

A educação em saúde como ferramenta para a redução da peritonite relacionada à diálise peritoneal: revisão integrativa

Health education as a tool for the reduction of peritonitis related to peritoneal dialysis: integrative review

Thamires Eugenio De Moraes¹ • Ionara Ribeiro Duarte² • Larissa Veloso Rezende³
Ana Cristina Silva Pinto⁴ • Leonor Coelho Da Silva⁵

RESUMO

Apesar das inúmeras medidas de prevenção recomendadas por diversas entidades internacionais, a peritonite permanece sendo a principal complicação relacionada à diálise peritoneal, responsável por 75% das complicações ou perdas de acesso peritoneal. O presente estudo tem como objetivo identificar a partir de publicações científicas, se intervenções educativas direcionadas ao paciente adulto portador de insuficiência renal crônica inserido em programa de Diálise Peritoneal implicam na queda das taxas de peritonite. Trata-se de uma revisão integrativa para a qual foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS e MEDLINE via PUBMED tendo sido eleito um total de 8 artigos. Os resultados demonstraram que a educação em saúde do paciente submetido a DP é uma atividade que compõe a assistência de enfermagem e o atendimento integral a saúde do paciente renal. E assim, foi observado que a adoção de intervenções educativas é uma medida de prevenção de peritonite recomendada por várias entidades internacionais e, portanto, a educação em saúde do paciente em DP tem se mostrado uma ferramenta eficaz para a redução da peritonite.

Palavras-Chave: Diálise Peritoneal, Educação de Pacientes como Assunto, Peritonite.

ABSTRACT

Despite numerous prevention measures recommended by several international entities, peritonitis remains the main complication related to peritoneal dialysis, which is responsible for 75% of complications or losses of peritoneal access. The present study have the purpose to identify, from scientific publications, whether educational interventions directed to adult patient with chronic renal failure inserted in a Peritoneal Dialysis program imply a decrease in peritonitis rates. This is an integrative review for which a bibliographic survey was carried out in the LILACS and MEDLINE databases via PUBMED, with a total of 8 articles selected. Results demonstrated that health education of patients submitted to PD is an activity that composes nursing care and the integral care of the renal patient's health. Thus, it was observed that adoption of educational interventions is a measure of prevention of peritonitis recommended by several international entities and, therefore, health education of patient in PD has been shown to be an effective tool for the reduction of peritonitis.

Keywords: Peritoneal Dialysis, Patient Education as Topic, Peritonitis.

NOTA

¹Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Teresa D'Ávila (UNIFATEA); Residência em Enfermagem Clínica Médica e Cirúrgica pela UNIRIO no Hospital Naval Marcílio Dias; MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção pela Faculdade INESP; Segundo Tenente (RM2-S) da Marinha do Brasil; Enfermeira assistencial na terapia intensiva do Hospital Naval Marcílio Dias. Email: thamyeugmoraes@gmail.com

²Bacharelado em Enfermagem, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM- 2013/1; Especialização em Clínica Médica e Cirúrgica/Treinamento em serviço nos Moldes de Residência do Hospital Naval Marcílio Dias- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO (2017-2019); MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção- Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, INESP (2017-2019). Email: io_nara19@hotmail.com

³Bacharelado em Enfermagem, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC, (2007-2011). Especialização em Enfermagem do Trabalho, Fundação UNIRG (2011-2012); Especialização em Clínica Médica e Cirúrgica / Treinamento em serviço nos Moldes de Residência do Hospital Naval Marcílio Dias - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO (2017-2019); Especialização de Enfermagem em Nefrologia, Universidade Estácio de Sá (2018-2019). Email: larissa_veloso@hotmail.com

⁴Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO (1998), Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (1999), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2004) e Doutorado em Enfermagem pela Escola De Enfermagem Anna Nery - UFRJ, Professora Adjunta II da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em EDUCAÇÃO EM SAÚDE, atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem Perioperatória - Cirurgia Ortopédica - Educação em saúde - Consulta de Enfermagem e Fenomenologia. Email: ana.3105@hotmail.com

⁵Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2017). Especialista em Paciente Crítico (São Camilo) e Nefrologia (UERJ). Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá (2006). Atualmente é doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UERJ, Capitão-Tenente (S) do Corpo de Saúde da Marinha do Brasil, preceptora da residência de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro no Hospital Naval Marcílio Dias. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: exposição a agentes biológicos, assistência hospitalar, enfermagem, enfermagem - prática, sociopoética e gestão da qualidade. Email: lecos80@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

O Brasil ocupa o terceiro lugar no mundo em número de pacientes em diálise, embora seja estimado que apenas um terço dos pacientes seja diagnosticado com doença renal crônica. Neste contexto, de acordo com o censo anual da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2016 havia 747 unidades de diálise ativas no país, a maioria concentrada na região sudeste, das quais 70% eram privadas, 10% públicas e 21% filantrópicas. Assim, havia um total estimado de mais de 120000 pacientes em tratamento dialítico por ano e um pouco mais de 9700 em Diálise Peritoneal (DP)⁽¹⁻²⁾.

Entretanto, estudos mostram que complicações infecciosas, em especial a peritonite, são responsáveis por 75% das complicações ou perdas de acesso peritoneal e 16% da mortalidade relacionada à infecção⁽³⁻⁴⁾.

Neste sentido, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) consistem em eventos adversos ainda persistente nos serviços de saúde, que afetam negativamente a assistência, considerando a resultante elevação dos custos no cuidado do paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde do país⁽⁵⁾.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, existem duas modalidades de Diálise Peritoneal: a) Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) é realizada diariamente e de forma manual pelo paciente e/ou familiar, sendo geralmente efetuadas 4 trocas ao dia (manhã, almoço, tarde, noite), com tempo de troca de aproximadamente 30 minutos; b) Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) é realizada todos os dias, normalmente à noite, em casa, utilizando uma máquina cicladora, que infunde e drena o líquido, realizando as trocas automaticamente de acordo com a prescrição médica⁽²⁾.

O acesso à cavidade peritoneal é feito através de cateteres de vários tipos, inseridos pelo cirurgião, sendo mais amplamente utilizado o cateter de Tenckhoff, que proporciona longa permanência. Este dispositivo é habitualmente macio e flexível feito de silicone contendo uma faixa radiopaca que possibilita a sua visualização na radiografia desempenhando a função de estabilizar o cateter, limitar o movimento, impedir extravasamentos e proporcionar uma barreira contra microorganismos⁽⁶⁻⁷⁾.

Os pacientes submetidos à diálise crônica sofrem alterações do sistema imunológico e por serem frequentemente submetidos a procedimentos invasivos, são suscetíveis a IRAS. Em especial na DP, as complicações infecciosas mais comuns compreendem infecção do orifício de saída do cateter (IOS), infecção do túnel subcutâneo e, a mais frequente, peritonite, que é caracterizada pela inflamação do peritônio decorrente, na maioria dos casos, por infecção pelo *Staphylococcus aureus*, relatado como o agente etiológico mais frequente no Brasil⁽⁸⁻¹¹⁾.

Estudos apontam que um dos fatores de risco de maior incidência para complicações infecciosas na DP está associado à deficiência de informações sobre o tratamento dialítico^(3,12-14).

Diante disso, a educação em saúde torna-se fundamental para a minimização de maiores danos, como as IRAS, através da troca de conhecimentos e ações estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes/familiares, cabendo aos profissionais elaborar recomendações de acordo com a necessidade e a realidade vivida por seus pacientes⁽¹⁵⁾.

Além disso, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal apresenta em um dos seus objetivos, o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, promoção e prevenção de danos, reafirmando,

portanto, a responsabilidade do profissional de saúde em desenvolver estratégias educativas⁽¹⁶⁾.

Durante a terapia de diálise peritoneal, o paciente será avaliado pelo profissional em relação à motivação para o autocuidado, habilidade manual para realizar o procedimento, desde a limpeza do local com álcool, lavagem das mãos, higiene das mãos, armazenamento dos materiais para a diálise, assim como capacidade em detectar as complicações e destreza cognitiva para realizar balanços hídricos. O enfermeiro terá que adotar atividades de educação em saúde, baseado no seu conhecimento científico e prático, com capacitação de pacientes, familiares ou cuidadores, enfatizando a importância desses cuidados a fim de prevenir possíveis infecções, como a peritonite⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Neste contexto, as intervenções educativas acerca dos cuidados domiciliares com a Diálise Peritoneal surgem como uma importante ferramenta para a redução das taxas de complicações infecciosas, uma vez que o treinamento do paciente e/ou cuidador inclui não somente o ensino da técnica como também orientações gerais sobre o quadro clínico do doente, tratamento, intercorrências, urgências e novo estilo de vida. Assim, a promoção do autocuidado na resolução de complicações e na gestão da doença torna-se um dos pilares fundamentais para o sucesso da técnica de Diálise Peritoneal^(3,12-14).

Por fim, a atuação do enfermeiro em uma unidade de DP é fundamental para a qualidade da assistência ao paciente dialítico, uma vez que, é de responsabilidade desse profissional planejar e supervisionar a execução de medidas assistenciais e educativas que visem a promoção do autocuidado e proporcionem melhor qualidade de vida para esta clientela⁽⁶⁾.

Dessa forma, considerando a limitação de publicações nacionais acerca da temática abordada, o estudo visa contribuir para o contexto acadêmico e para a prática da assistência de enfermagem, fundamentando o exercício da educação em saúde na consulta de enfermagem com o paciente renal crônico inserido em programa de DP.

Considerando, ainda, que as intervenções educativas direcionadas ao paciente renal inserido em programa de DP e sua família contribuem na queda das taxas de infecção e, que a promoção da gestão do autocuidado favorece o sucesso da terapia renal substitutiva, este estudo traz o seguinte questionamento: Em pacientes adultos com insuficiência renal crônica inseridos em programa de DP, como a educação em saúde afeta a redução das taxas de peritonite?

Diante do contexto exposto, a pesquisa tem como objeto de estudo a educação em saúde de paciente renais crônicos em DP como importante ferramenta para a redução das taxas de infecção associadas ao cateter peritoneal, sendo traçado o seguinte objetivo: Identificar, a partir de publicações científicas, as intervenções educativas que implicam na redução de peritonite aplicadas ao paciente adulto portador de insuficiência renal crônica.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, sendo um método que permite incluir a avaliação de pesquisas pertinentes para subsidiar a tomada de decisão na melhoria da prática e do estudo clínico e que busca sintetizar as evidências disponíveis sobre determinado assunto, além de identificar fragilidades que poderão conduzir ao desenvolvimento de novas pesquisas⁽²¹⁾.

Dessa forma, o percurso metodológico do estudo foi definido de acordo com as seis etapas da revisão integrativa propostas por Botelho, Cunha e Macedo⁽²²⁾.

Na primeira etapa foi selecionada a questão norteadora da pesquisa, definindo as estratégias de busca, descritores e bases de dados. O levantamento bibliográfico eletrônico ocorreu no dia 23 de junho de 2018 nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) via PUBMED, envolvendo os campos título, resumo e assunto e utilizando os descritores: Peritoneal Dialysis, Patient Education as Topic e Peritonitis. Os descritores utilizados para pesquisa foram extraídos do Portal de Descritores das Ciências da Saúde, sendo utilizado o operador booleano AND para associação.

Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: artigos completos, dissertações e teses em português, inglês e espanhol, sem custos, que abordassem a temática das intervenções educativas direcionadas ao paciente adulto portador de insuficiência renal crônica em DP como ferramenta para a redução das taxas de peritonite, publicados e indexados, no banco de dados da LILACS e MEDLINE via PUBMED no período de 2008 a 2018. Os critérios de exclusão contemplaram os guidelines, estudos em outros idiomas, estudos encontrados apenas parcialmente e que tivessem algum custo para a obtenção.

Na terceira etapa ocorreu a identificação dos estudos sendo o levantamento bibliográfico realizado no dia 23 de junho de 2018. Em seguida, na quarta etapa, foram propostas as categorias para discussão e análise das evidências identificadas. Os estudos selecionados foram analisados criticamente a fim de apontar as semelhanças e divergências entre os mesmos.

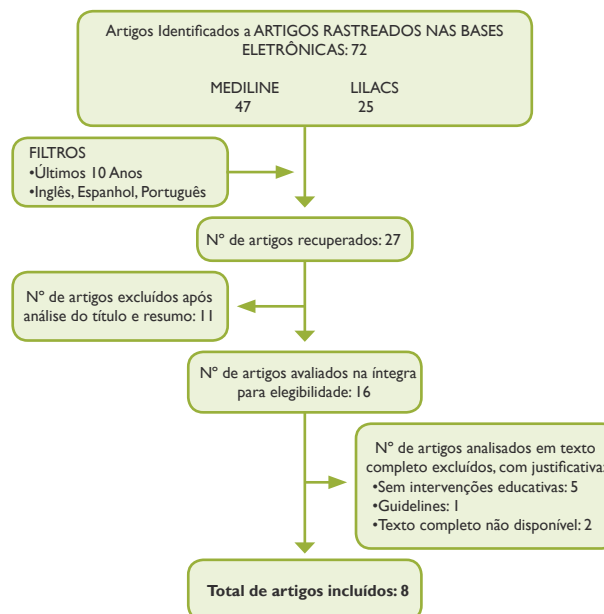
Na etapa seguinte, ocorreu a análise e interpretação dos resultados e por fim, a sexta e última etapa compreendeu a apresentação da revisão com a síntese do conhecimento obtido descrevendo com clareza os principais aspectos resultantes do estudo.

Três revisores avaliaram independentemente os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica. Foi realizada uma seleção dos estudos, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Quando possível, os estudos em potencial que preencheram os critérios de inclusão foram obtidos.

RESULTADOS

O levantamento bibliográfico resultou na identificação de 72 artigos potencialmente relevantes, sendo 47 pela MEDLINE e 25 pela LILACS. Após a seleção dos estudos, foram recuperados 27 artigos dos quais, 16 foram excluídos por não ter associação com a temática abordada, 01 por se tratar de um guideline e 02 não foram encontrados na íntegra mesmo sendo esgotadas todas as possibilidades de tentativa de obtenção. Assim, amostragem final do estudo foi composta por 8 artigos, como mostra a figura a seguir:

Figura 1. Fluxograma do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Em relação ao ano de publicação, tanto em 2009 como em 2013 foram publicados apenas 01 artigo (12,5%). Já nos anos de 2011, 2015 e 2016, foram identificados 02 artigos em cada ano (25%). A média anual de publicação para o período estudado representa 1,6 artigos ao ano.

Quanto à nacionalidade dos artigos, a Austrália tem o maior número de publicações (n=03, 37,5%), enquanto outros países como Brasil, Canadá, Uruguai, Turquia e Alemanha possuem apenas 01 publicação cada (12,5%). Tal condição evidencia a escassa publicação a cerca da temática em âmbito nacional.

Foi utilizado um instrumento elaborado pelas autoras com a finalidade de extrair e analisar os dados dos estudos incluídos na revisão, composto dos seguintes itens: autor, ano, objetivo do estudo e principais resultados obtidos (Quadro 1).

Quadro 1. Síntese dos artigos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

AUTOR	ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Figueiredo AE et al.	2015	Avaliar o impacto das características de treinamento nas taxas de peritonite.	Características analisadas: data do treinamento, duração da sessão de treinamento em horas e número de pessoas treinadas. Pacientes que receberam um treinamento cumulativo de >15h tiveram incidência significativamente menor de peritonite em comparação com <15h. A presença de um cuidador e o número de pessoas treinadas não estavam significativamente associados à taxa de incidência de peritonite. O treinamento nos 10 dias imediatos após o implante do cateter foi associado com a maior taxa de peritonite (0,32 por ano), comparado com o treinamento antes do implante do cateter (0,28 por ano).
Gadola L et al.	2013	Avaliar o impacto de um programa de treinamento multidisciplinar nas taxas de peritonite e nas habilidades dos pacientes em DP.	Após a introdução do programa de educação multidisciplinar em DP, as taxas gerais de peritonite diminuíram significativamente. .
Jose MD et al.	2011	Propor medidas práticas para melhorar os desfechos clínicos de pacientes em DP.	Seleção apropriada do paciente; profilaxia e tratamento oportuno de complicações infecciosas; investigação das causas sociais do fracasso da técnica; educação do paciente e apoio contínuo; governança clínica e padrões profissionais.

Mudge DW et al.	2016		Seleção apropriada do paciente; profilaxia e tratamento oportuno de complicações infecciosas; investigação das causas sociais do fracasso da técnica; educação do paciente e apoio contínuo; governança clínica e padrões profissionais.
Nessim SJ	2011	Discutir as estratégias baseadas em evidências para reduzir o risco de infecção.	Uso de antibióticos no momento da inserção do cateter; seleção do modelo do cateter e da técnica de inserção, treinamento do paciente, conexões da DP, profilaxias e escolha da solução de DP.
Ozturk S et al.	2009	Avaliar a mudança no conhecimento dos pacientes com DP sobre seu tratamento e prática através de repetidas visitas domiciliares.	À medida que o tempo de DP aumentava, o conhecimento e prática sobre infecções e medicação também aumentava, uma vez que eles recebiam treinamento durante todas as visitas de acompanhamento. Entretanto, os scores de higiene pessoal não melhoraram ao decorrer do período estudado.
Schaepe C, Bergjan M.	2015	Revisar a literatura atual sobre as intervenções educativas utilizadas na DP.	Os resultados abordaram diversos aspectos relacionados ao treinamento em DP, que incluíram as características do aluno e do treinador; o que, como e onde deve ser ensinado; qual a duração do treinamento, avaliação e necessidade de reciclagem.
Zhang L et al.	2016	Revisar criticamente as evidências clínicas que sustentam o treinamento de pacientes em DP enfocando quatro áreas principais: quem deve fornecer treinamento e como, quando e onde deve ser realizado para obter os melhores resultados.	O treinamento deve ser aplicado por enfermeiros qualificados com formação especializada enfocando a aprendizagem de adultos. A proporção treinador/paciente deve ser de 1:1. As práticas do treinamento devem ser padronizadas de acordo com os princípios de aprendizagem de adultos respeitando a capacidade de aprendizado individual. Ao final do treinamento, os pacientes precisam atender aos objetivos mínimos de executar com segurança todos os procedimentos, reconhecer indícios de contaminação/ infecção e ser capaz responder corretamente a questionamentos relacionados à DP. Não foram apontadas evidências sobre com que frequência o treinamento deve ser aplicado.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Realizou-se a análise temática dos artigos selecionados para fins de categorização dos dados, emergindo assim, as seguintes categorias: I) Recomendações para reduzir o risco de infecção relacionada à DP; II) Aspectos considerados para a

aplicação do treinamento em DP; III) Metodologia empregada no treinamento em DP.

Categoria I: Recomendações para reduzir o risco de infecção relacionada à DP

De acordo com Nessim (2011), na peritonite relacionada à DP, a peritonite de origem fúngica representa o desfecho mais severo, responsável por cerca de 44% dos óbitos, sendo recomendada a retirada do cateter assim que diagnosticada. Na peritonite bacteriana, entre os Gram-positivos, o *S. aureus* é o maior responsável pela remoção do cateter, enquanto a *Pseudomonas* lidera o grupo dos Gram-negativos. As estratégias adotadas para reduzir o risco de infecção incluíram o uso de antibióticos no momento da inserção do cateter, seleção do modelo do cateter e da técnica de inserção, treinamento do paciente, cuidados com as conexões da DP, profilaxias e escolha da solução de DP⁽²³⁾.

Para Jose et al. (2011), as principais medidas práticas para melhorar os desfechos clínicos de pacientes em DP incluem a seleção apropriada do paciente, profilaxia e tratamento oportuno de complicações infecciosas, investigação das causas sociais do fracasso da técnica, educação do paciente e apoio contínuo além de governança clínica e padrões profissionais⁽²⁴⁾.

Contribuindo com as afirmações de Jose et al. (2011), o estudo de Mudge et al. (2016) propõe as mesmas recomendações práticas baseadas em evidências publicadas e iniciativas emergentes para melhorar ainda mais os desfechos clínicos do paciente submetido à DP⁽²⁵⁾.

Assim, evidenciou-se que todos os autores inclusos na categoria concordam que a educação em saúde ou treinamento do paciente em relação a sua modalidade de tratamento está entre as principais recomendações para reduzir o risco de infecção relacionada à DP.

Categoria II: Aspectos considerados para a aplicação do treinamento em DP

No que tange aos aspectos a serem considerados para a aplicação do treinamento em DP, Zhang et al. (2016) defende que se deve focar quatro áreas principais: quem deve fornecer treinamento e como, quando e onde deve ser realizado para obter os melhores resultados⁽²⁶⁾.

Para o autor, o treinamento deve ser aplicado por enfermeiros qualificados com formação especializada, obedecendo à proporção treinador/paciente de 1:1. As práticas do treinamento devem ser padronizadas de acordo com os princípios de aprendizagem de adultos respeitando a capacidade de aprendizado individual. Ao final do treinamento, os pacientes precisam atender aos objetivos mínimos de executar com segurança todos os procedimentos, reconhecer indícios de contaminação/ infecção e ser capaz de responder corretamente a questionamentos relacionados à DP.

O estudo não encontrou evidências sobre com que frequência o treinamento deve ser aplicado, porém as Diretrizes de Prevenção de Peritonite da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal (2011) sugerem que o treinamento deve ser realizado três meses após a primeira capacitação e posteriormente, uma vez ao ano no mínimo. Além disso, deve também ser aplicado após episódios de hospitalização, peritonite ou infecção por cateter, mudança na destreza, visão ou acuidade mental. É recomendada a realização do treinamento em ambiente privado, silencioso, com higiene adequada e bem iluminado, preferencialmente na

casa do paciente⁽²⁷⁾.

Corroborando com o autor supracitado, Shaepe e Bergjan (2015) afirmam que os principais aspectos a serem considerados para a aplicação do treinamento devem incluir as características do aluno e do treinador, o que, como e onde deve ser ensinado, qual a duração do treinamento e a avaliação e necessidade de reciclagem. Segundo os autores, os pacientes devem aprender habilidades técnicas e de autogerenciamento, respeitando a capacidade individual de aprendizado considerando que pessoas de idade avançada, indivíduos portadores de comorbidades e pessoas com menores níveis educacionais necessitam de mais tempo para adquirir habilidades de autocuidado e tem maior probabilidade de desenvolver peritonite⁽²⁸⁾.

Ambos os estudos concordam que o treinamento deve respeitar a capacidade individual de aprendizado de cada paciente considerando suas características e peculiaridades. Por outro lado, diferentemente do primeiro estudo, no segundo, os achados entre a relação do ambiente de aprendizado e as taxas de peritonite não foram relevantes e a reciclagem deve ser realizada de acordo com a necessidade de cada paciente.

Já para Figueiredo (2015) os fatores a serem considerados para aplicação do treinamento em DP compreendem a data do treinamento (antes ou após a inserção do cateter), a duração do treinamento e o número de pessoas treinadas (individual ou em grupo). O estudo demonstrou que o treinamento após o implante do cateter está associado com a maior taxa de peritonite (0,32 por ano) quando comparado com o treinamento antes do implante do cateter (0,28 por ano). Em relação à duração do treinamento, quanto maior a duração menor a taxa de peritonite associada. Pacientes que receberam um treinamento cumulativo de mais de 15h tiveram incidência significativamente menor de peritonite em comparação com os que receberam menos de 15h. A relação entre o número de pessoas treinadas e a taxa de peritonite não revelou achados significativamente importantes⁽¹⁹⁾.

Categoria III: Metodologia empregada no treinamento em DP

No que se refere à metodologia empregada no treinamento em DP, Ozturk (2009) defende que o treinamento em DP e a avaliação deste através de repetidas visitas domiciliares podem influenciar melhores práticas. Durante o estudo, 15 pacientes receberam um treinamento inicial aplicado por enfermeiras especializadas durante consultas ambulatoriais de rotina que ocorreram seis vezes durante o período de três semanas após a inserção do cateter PD. Posteriormente, os pacientes eram acompanhados através de visitas domiciliares, sendo que a cada visita, um novo processo era discutido e os primeiros revisados. As visitas eram realizadas por dois profissionais os quais não tiveram sua área de atuação mencionada no estudo. Os mesmos se utilizavam de uma ficha de avaliação composta por questões abertas divididas em oito temas principais: nutrição, constipação, sala de troca, peritonite, infecções, medicamentos, higiene pessoal e materiais de DP.

A análise das respostas revelou efetividade nesta modalidade de treinamento, uma vez que os pacientes eram treinados a cada visita. Os resultados demonstraram que quanto maior o tempo em DP, maior o conhecimento e prática sobre infecções e medicação. Por outro lado, foram observadas algumas deficiências como, por exemplo, a falta de informação sobre qual alimento a ser evitado na dieta e as dificuldades

estruturais encontradas no ambiente doméstico do paciente. Para o autor, tais falhas evidenciaram a necessidade de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento desses pacientes⁽²⁹⁾.

Já no estudo de Gadola (2013), foi adotado um método que compreendia a utilização de um programa de treinamento multidisciplinar. O mesmo consistia em aulas individuais ministradas em um ambiente confortável e fornecendo material impresso e informações sobre solução de problemas e prática de trocas de DP. A partir da segunda sessão e ao longo do curso, um breve questionário oral sobre o material ensinado na sessão anterior era aplicado; respostas erradas eram revisadas, com repetição de toda a sessão, se necessário.

O número de sessões, sua duração e os materiais utilizados eram adaptados às personalidades e contextos culturais dos pacientes e parceiros, e as sessões continuavam até que os participantes respondessem aos questionários pós-sessão perfeitamente. Esse teste pós-sessão incluía questões relacionadas, assim como no estudo de Ozturk (2009), a oito temas principais: doença renal crônica e modalidades de terapia de substituição renal; cavidade e membrana peritoneal, difusão e ultrafiltração; concepções de limpeza e esterilidade, lavagem das mãos; soluções peritoneais, suprimentos e troca de bolsas; adequação e cronograma de diálise peritoneal; resolução de problemas; nutrição e dieta; complicações da doença renal crônica e tratamento farmacológico.

Diferentemente do primeiro estudo, o treinamento geralmente era realizado no ambulatório antes da colocação do cateter, mas se o paciente precisasse iniciar a DP com urgência, era fornecido durante a hospitalização. O enfermeiro de DP, nutricionista e nefrologista participavam ativamente. Em circunstâncias especiais, um psicólogo ou assistente social também participava.

Semelhante ao estudo de Ozturk (2009,) a enfermeira de DP também visitava as residências e os espaços de trabalho dos pacientes. No entanto, em dissonância com o primeiro estudo, se as condições ambientais fossem inadequadas, o assistente social era acionado a fim de ajudar a melhorá-las⁽³⁰⁾.

Ambos os estudos supracitados abordam a visita domiciliar como um método importante para a detecção de pontos mais fracos da prática da DP e concordam ainda, que o atendimento multidisciplinar implica melhores resultados no que tange à redução da peritonite e outras infecções relacionadas à DP.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos artigos foi observada que a educação em saúde do paciente submetido a DP é uma atividade que compõe a assistência de enfermagem e o atendimento integral a saúde do paciente renal.

Os artigos identificados evidenciaram que a adoção de intervenções educativas é uma medida de prevenção de peritonite recomendada por várias entidades internacionais. Assim, os artigos analisados evidenciaram a educação em saúde como uma ferramenta eficaz para a redução da peritonite.

Além disso, foi identificado que o acompanhamento contínuo e multidisciplinar do paciente renal crônico também interfere significativamente na redução das taxas de infecção relacionada à DP. Assim, a consulta de enfermagem surge como uma estratégia de acompanhamento que abrangeria todos os aspectos necessários para a abordagem do paciente submetido à DP, especialmente o treinamento dessa clientela.

Por fim, considerando a escassez de publicações



nacionais sobre a temática abordada, julga-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que fundamentem a prática da consulta de enfermagem ao doente submetido à DP com o intuito de proporcionar um atendimento integral à saúde do paciente renal crônico.

REFERÊNCIAS

1. Pecoits-Filho R et al. Overview of peritoneal dialysis in Latin America. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, Fevereiro de 2007 [acesso em 18 de set de 2018]; 27(3):316–321. Disponível em: <http://www.pdiconnect.com/content/27/3/316>
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia. [publicação online]; 2016. [acesso em 22 jun 2018]. Disponível em <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>
3. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. *Prevenção de Infecção relacionada à Diálise*. São Paulo: APECIH, 2005.
4. Moura AR. *Diálise Peritoneal: Experiência de dez anos de um centro de referência no Nordeste do Brasil* [dissertação]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe, 2017.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [base de dados online]. *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*. Brasília: Anvisa, 2017. Acesso 22 de junho 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>
6. Torreão CLI, Souza SR, Aguiar BGC. Cuidados de enfermagem ao cliente em diálise peritoneal: contribuição para prática e manejo clínico. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2009, 1; 317-325.
7. Smaltzer CS, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 12° ed. vol. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
8. Brasil. Resolução nº 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2004. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>
9. Brasil. Nota Técnica nº 06/2017 GVIMS/GGTES/ANVISA. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Serviços de Diálise. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília; setembro de 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>
10. Taddeo FL. Diálise e hemodiálise. In: Fernandes A.T. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 771-4.
11. Santos, ACML. *Influência dos fatores clínicos e microbiológicos na evolução das peritonites por Bacilos Gram-negativos não fermentadores em diálise peritoneal* [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita Filho. Faculdade de Medicina, 2018.
12. Abud ACF, Kusumota L, Santos MA, Rodrigues FFL, Damasceno MMC, Zanetti M L. Peritonite e infecção de orifício de saída do cateter em pacientes em diálise peritoneal no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015, 23(5):902–909
13. Abreu RC et al. Influência do Treinamento na Evolução da Diálise Peritoneal. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2008, 30(2): 126-31
14. Guerreiro V. *Viver a Gestão do Auto-cuidado em Diálise Peritoneal: Perspectiva do Doente*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2012. Relatório de Estágio.
15. Teixeira PA, Braga ALS, Andrade M, Santana PPC. A contribuição da educação no enfrentamento das infecções relacionadas à assistência à saúde: Revisão integrativa. *Revista In Derme Enfermagem Atual* [revista em internet] Abril/Maio/Junho de 2015 [acesso em 27 de set de 2018]; 73. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/uploads/revistas/111/revista.pdf>
16. Brasil. Portaria GM/MS 1.168, de 15 de junho de 2004. Institui a política nacional de atenção ao Portador de Doença Renal. *Diário Oficial da União*. De 17 de Junho de 2004. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm
17. Vieira TG, Jacobi CS, Timm AMB, Lacchin AJB. Práticas de Educação em Saúde para pacientes que realizam diálise peritoneal no domicílio. *Revista Contexto & Saúde Ijuí*. Jan/Jun de 2011 [acesso em 25 de out de 2018]; 10(20):1217-1222. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1777>
18. Figueiredo AE, Kroth LV, Lopes MHI. Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. *Revistas eletrônicas PUCRS Scientia Medica*. Jul./Set 2005 [acesso em 24 de out de 2018]; 15:198-202. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1567/1170&a=bi&pagenumber=1&w=100>
19. Figueiredo AE, Moraes TP, Bernardini J, Poli-de-Figueiredo CE, Barretti P, Olandoski M, Pecoits-Filho R. Impact of patient training patterns on peritonitis rates in a large national cohort study. *Nephrol Dial Transplant* [revista em internet] Jan de 2015 [acesso em 28 de out de 2018]; 30:137–142. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204318>
20. Santos GS. *Cartilha educativa acerca dos cuidados com o cateter de diálise peritoneal: um estudo descritivo* [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora Costa, Universidade Federal Fluminense, 2017.
21. Martins RJ. *Perfil clínico e epidemiológico da doença renal crônica: revisão integrativa*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Trabalho de Conclusão de Curso para Bacharel em Enfermagem.
22. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* [revista em internet] mai/ago 2011 [acesso em 28 de set de 2018]; 5(11):121-36. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220>
23. Nessim SJ. Prevention of Peritoneal Dialysis-Related Infection. *Seminars in Nephrology*, 2011; 31(2):199-212
24. Jose MD, Johnson DW, Mudge DW, Tranæus A, Voss D, Walker R, Banniste KM. Peritoneal dialysis practice in

- Australia and New Zealand: A call to action. *Nephrology* [revista em internet] Janeiro de 2011 [acesso em 28 de set de 2018]; 16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21175973>
25. Mudge DW, Boudville N, Brown F, Clayton P, Duddington M, Holt S, Johnson DW, Jose MD, Saweirs W, Sud K, Voss D, Walke R. Peritoneal dialysis practice in Australia and New Zealand: A call to sustain the action. *Nephrology* [revista em internet] Julho de 2016 [acesso em 27 de out de 2018]; 21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26807739>
26. Zhang L, Hawley CM, Johnson DW. Focus on peritoneal dialysis training: working to decrease peritonitis rates. *Nephrol Dial Transplant* [revista em internet] Fevereiro de 2016 [acesso em 27 de out de 2018]; 31:19–29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26908816>
27. International Society Peritoneal Dialysis. Guidelines Recommendations. *Peritoneal Dialysis International* [revista em internet] Julho de 2011 [acesso em 20 de set de 2018]; 30:393–423. Disponível em: <http://www.pdconnect.com/content/30/4/393.full.pdf>
28. Schaepe C, Bergjan M. Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* [revista em internet] Abril de 2015 [acesso em 20 de set de 2018]; 52:882–898. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25616708>
29. Ozturk S, Yucel L, Guvenc S, Ekiz I S, Kazancioglu R. Assessing and training patients on Peritoneal Dialysis in their own homes can influence better practice. *Journal of Renal Care* [revista em internet] Setembro de 2009 [acesso em 18 de out de 2018]; 35(3):141–146. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19689696>
30. Gadola L, Poggi C, Poggio M, Sáez L, Ferrari A, Romero J, Fumero S, Ghelfi G, Chifflet L, Borges PL. Using a multidisciplinary training program to reduce peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International* [revista em internet] Julho de 2013 [acesso em 26 de out de 2018]; 33:38–45. Disponível em: <http://www.pdconnect.com/content/33/1/38>

Recebido: 2019-02-19

Aceito: 2019-11-20

