

O SIGNIFICADO DE VISITA DOMICILIAR PARA USUÁRIOS DE UM PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) EM GOIÂNIA

Elisete Regina Rubin De Bortoli Sant'Ana , Lúcia Taia, Marcelo Medeiros *

SANT'ANA, E. R. R. B; TAIA, L; MEDEIROS, M. - *O significado de visita domiciliar para usuários de um programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) em Goiânia*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

RESUMO - Trata-se de um estudo qualitativo que aborda a necessidade e importância da visita domiciliar sob o ponto de vista do usuário do programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). O objetivo foi conhecer e analisar o significado de visita domiciliar para usuários do programa CAPD de um hospital geral público da cidade de Goiânia. A coleta de dados foi realizada através de roteiro de entrevista previamente elaborado. Os resultados nos mostraram que a visita domiciliar desenvolvida pelo enfermeiro é de grande importância para o acompanhamento do usuário do programa. Concluímos que a visita domiciliar em CAPD é um procedimento que atende a maior parte dos usuários do programa atendendo às suas necessidades bio psico sociais colaborando com um tratamento especializado e de qualidade. O papel educativo do enfermeiro é fator fundamental para a implantação do programa e aplicação do processo de atualização garantindo a continuidade da qualidade e humanização do tratamento.

ABSTRACT - This study approaches the need and the importance of home visit by the user's meaning about the program of continuous peritoneal dialysis (CAPD). The objective was to know and to analyze the meaning of home visit for users of the program CAPD of a public general hospital in Goiânia. The data was collected through questionnaire application previously elaborated. The home visit developed by nurses has great importance for the user's of the program. Thus we concluded that the home visit in CAPD is a procedure that assists most of the users of that program, assisting to their needs, collaborating with a specialized treatment and of quality. The nurse educational activities is a fundamental factor to the implantation of the program guaranteeing to the continuity the quality of the treatment.

INTRODUÇÃO

Neste estudo propomos a discussão sobre alguns aspectos da visita domiciliar. Ao nos reportarmos a este assunto vale lembrar que tudo começou com a Enfermagem de Saúde Pública que visava uma assistência específica ao indivíduo, sua família e a comunidade, estendendo assim o atendimento hospitalar até o domicílio (SOBREIRA, 1981).

“A visita domiciliar, visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições sócio-econômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso” (KAWAMOTO et al, 1995, p. 35).

A visita domiciliar tem uma grande importância na área da saúde visto que, através dela, podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, prestar assistência, levantar dados sobre condições de

habitação e saneamento e aplicar medidas de controle, nas doenças transmissíveis ou parasitárias, e principalmente educar (KAWAMOTO et al, 1995).

Segundo SCOTNEY (1981), *“visitas domiciliares sistemáticas para localizar casos, fazer um levantamento da saúde e educação para a saúde deveriam de início, convergir para uma área específica e limitada”*. Nesse, sentido, deve estar adequada à realidade de vida de uma determinada população assim como atender às necessidades específicas de um programa de atendimento na área de saúde. Estes aspectos também são apontados por PADILHA et al (1994) onde, segundo as autoras a visita domiciliar é importante para identificar as condições social e sanitária do cliente do serviço bem como a sua família, no sentido de complementar as orientações do processo educativo da consulta de enfermagem, e, também, adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do cliente-família.

“O marco inicial da ação domiciliária transcende a um grupo de enfermeiras que por iniciativa própria e como voluntárias começaram a prestar cuidados domiciliares a uma comunidade prioritária, os doentes das zonas pobres. A realização dessas visitas permitiu-lhes identificar a estreita relação entre o fator sócio-econômico e o nível de saúde da comunidade, ou seja, o baixo nível sócio-econômico e o elevado índice de adoecimento da população pobre. Desde então, passaram a aliar, na assistência direta ao doente, o trabalho preventivo, destinado especialmente às mães e às crianças, visando a minimizar os problemas identificados e elevar o nível de saúde da população menos favorecida” (SOBREIRA, 1981, p.33).

William Rathbone citado por SOBREIRA (1981), refere que foi beneficiado com as atenções e cuidados prestados à sua esposa, por ocasião de uma moléstia fatal e, também por ser conhecido por seus sentimentos filantrópicos, criou o primeiro serviço de enfermeiras visitadoras, destinado a:

- Prestar assistência direta ao enfermo;
- Promover a educação do paciente e seus familiares sobre princípios de enfermagem, asseio corporal e higiene local e geral;
- Desenvolver a função de trabalhadora social.

Os surpreendentes efeitos dessas ações levaram a reconhecer a premência de enfermeiras qualificadas para tal modalidade de trabalho, motivando, assim, a criação da primeira Escola de Adestramento para Enfermeiras em Saúde, contando, para tal, com o concurso de Florence Nightingale. As alunas preparadas por essa escola, no final do curso de formação, recebiam o título de Enfermeiras Graduas em Saúde, mais tarde denominadas Enfermeiras de Saúde Pública (SOBREIRA, 1981).

As primeiras associações de enfermeiras visitadoras remontam 1896, na cidade de Búfalo, Filadélfia e Boston, recebendo, inicialmente, denominações diversas, adotando-se mais tarde, o nome de Associação de Enfermeiras Visitadoras (SOBREIRA, 1981).

Todo contexto histórico caracteriza bem as modalidades de trabalho das enfermeiras na comunidade: contínuo, destinado a clientes sãos, intervindo em ações tanto preventivas, como curativas, para o indivíduo, família e comunidade. (SOBREIRA, 1981).

No Brasil, a fundação da Escola de Enfermeiras Ana Néri, no Rio de Janeiro, em 1923, deu origem à Enfermagem de Saúde Pública, criada especialmente para a assistência à Saúde Pública e comunitária, nos moldes preconizados por Florence Nightingale. A importância profissional das Enfermeiras de Saúde Pública foi de tal vulto que as treze primeiras enfermeiras formadas em 1925 foram aproveitadas pela Superintendência Geral de Enfermagem, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Paralelamente ao desenvolvimento das atividades as precursoras da Enfermagem de Saúde Pública ou comunitária, devido ao espírito associativo e conhecimento científico, criaram, em 1926, a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), hoje Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) (SOBREIRA, 1981).

Em 1929, as enfermeiras brasileiras filiaram-se ao Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). O espírito científico das enfermeiras brasileiras desenvolveu-se de tal forma, a ponto de chegarem as mesmas a criarem a revista Anais de Enfermagem, em 1932 (SOBREIRA, 1981).

A enfermagem em saúde comunitária ou enfermagem comunitária é definida pela Organização Mundial de Saúde como: *“a síntese e aplicação de um amplo espectro de conhecimento e técnicas científicas para promoção, restauração e conservação da saúde comunitária”*. O sujeito primário de sua assistência é a comunidade e os grupos sociais dentro dela. As bases que fundamentam as ações de enfermagem são: históricas, renovadoras, científicas e normativas (SOBREIRA, 1981).

De acordo com KAWAMOTO et al (1995) a visita domiciliária é um método de trabalho em enfermagem que tem como objetivo principal levar ao indivíduo, no seu domicílio, assistência e orientação sobre saúde. Este objetivo é atingido através de:

- Supervisão de cuidados prestados pela família, ou por um de seus membros;
- Prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quando necessário;
- Levantar dados sobre as condições de saneamento em que vive a família, por meio de entrevistas e observações;
- Orientação sobre a prestação dos cuidados no domicílio, assuntos de higiene geral etc.

Para o sucesso de uma visita domiciliária, em primeiro lugar, é necessário termos uma seqüência bem elaborada dos passos: planejamento, execução, registro de dados e avaliação. Com isso, podemos apontar de acordo com KAWAMOTO et al (1995), algumas de suas vantagens:

- O profissional de saúde leva in loco os conhecimentos dentro do meio ambiente do grupo familiar, caracterizado por condições peculiares de

habitação e higiene. Torna mais fácil um planejamento de ações de enfermagem de acordo com condições observadas no domicílio;

- Um melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, por ser sigiloso e menos formal;
- Há uma maior liberdade para se expor os mais variados problemas, tendo se um tempo maior, do que nas dependências dos serviços de saúde.

As três principais desvantagens ou limitações são:

- Uma série de problemas, como horário de trabalho e afazeres domésticos, pode impossibilitar ou dificultar a sua realização;
- Ocorre um gasto de tempo maior, tanto em locomoção como na execução da visita;
- É um método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e locomoção.

A visita domiciliária faz parte do currículo de Graduação do curso de Enfermagem nas Universidades Brasileiras. Proporciona ao aluno experiência no planejamento, execução e avaliação de assistência à família. Os alunos fazem as visitas domiciliares, planejando as mesmas em um período e executando-as em outro, de acordo com o horário mais conveniente às famílias.

“Os docentes responsáveis farão a supervisão de todos os planos e relatórios e pelo menos uma execução. Os planos deverão ser mostrados aos docentes antes da execução da visita e os relatórios, antes de serem transcritos no prontuário do cliente” (NOGUEIRA et al, 1978, p. 32).

O profissional de enfermagem conhece as disponibilidades de saúde de sua comunidade e, uma vez que trabalha com população em seus domicílios, identifica facilmente suas necessidades e características sociais, econômicas e culturais, o que lhe permite tomar atitudes para mobilizar os recursos da comunidade, incrementar as atividades no propósito de minimizar os problemas de saúde vigentes (ARAÚJO, 1983).

A participação dos consumidores (comunidade) sobre programação, implantação e avaliação dos serviços de saúde, estimula seu interesse pelo próprio bem-estar e pela forma de alcançá-lo.

O enfermeiro fornece serviço direto, treina a família para fazer o que pode por si mesma; determina mecanismos que favorecem uma aproximação entre o serviço, a educação e a comunidade, os quais estabelecem uma filosofia comum que permite a todos participarem da previsão dos recursos humanos necessários e sua avaliação, capaz de satisfazer as necessidades de atenção de enfermagem em saúde comunitária (ARAÚJO, 1983).

Dentro do contexto da insuficiência renal crônica e a escolha do método de tratamento dialítico, a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), tem tido um avanço científico de grande valia nos últimos anos levando os profissionais de enfermagem a uma preocupação contínua no que se refere à visita domiciliar a estes pacientes, pois esta se constitui de um conjunto de ações importantíssimas referentes à escolha e manutenção desta modalidade de

tratamento dialítico, exigindo um envolvimento de uma equipe multiprofissional que visa atender o paciente como um todo, em suas necessidades bio-psico-sociais, bem como seus familiares.

A diálise peritoneal crônica começou no mundo em 1962. No Brasil foi introduzido em 1980 pelo médico nefrologista Riella. Em 1983, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), regulamenta a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), como opção terapêutica para insuficiência renal crônica (RIELLA, 1996).

Segundo BEVILACQUA (2000, p. 3):

“Ao término do ano 1999, cerca de 1.200.000 pacientes estavam sendo submetidos a tratamento dialítico em todo o mundo, dos quais 140.000 (11,7%) em diálise peritoneal. Neste mesmo período, dados do DATASUS indicavam a existência de 44.879 pacientes em diálise no Brasil (280,5 pacientes por milhão de habitantes). Destes, 3.505 (7,8%) encontravam-se em DPAC e, 430 (1,0%) em diálise peritoneal automatizada (DPA). Estes dados apontam que o Estado de São Paulo possui o maior número de pacientes (39,2%) na técnica, enquanto que apenas Roraima não aloca nenhum”.

Nesse sentido, BARRIGUELLI (1994, p. 62) complementa que:

“O custo do tratamento para nefropatia grave é alto. A portaria nº 38, de 3 de Março de 1994, emitida pela Secretaria de Assistência à Saúde e realizada pela Câmara Técnica criada pela portaria GM/MS 39 de 02 de abril de 1993 e expedida pelo Drº Gilson de Cássia Marques de Carvalho, estabeleceu uma abordagem integral para atendimento dos pacientes renais crônicos no âmbito do SUS”.

A maioria dos pacientes em tratamento dialítico é mantida com as verbas do SUS, muito raro um ou outro que tem plano de saúde. Outro agravante é que a renda familiar destes pacientes é baixa. O benefício de aposentadoria é concedido ao segurado, independente do período de carência, que após filiação à Previdência Social, é acometido de: Nefropatia Grave. (BARRIGUELLI, 1994).

A diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), utiliza o peritônio como membrana de filtração e depuração do sangue. A membrana peritoneal é uma membrana permeável, ou seja, permite a passagem de substâncias de um lado para outro, mede aproximadamente 22.000 cm^2 (2 m^2). Este processo dá-se através de difusão e osmose. A presença de glicose nos banhos funciona como agente osmótico, ou seja, retira os excessos de líquidos do paciente, pelo processo de ultrafiltração. Para iniciar este tratamento, se implanta um cateter na cavidade peritoneal através de um ato cirúrgico. Esta via de acesso peritoneal é permanente. Através dele será introduzido cerca de dois litros de líquido, já preparado e estéril, que é fornecido em bolsas plásticas flexíveis e atóxicas. Este líquido permanece de 6 a 8 horas na cavidade abdominal e será trocado 3 a 4 vezes por dia, sete dias por semana. Por isso o nome diálise contínua (BARRIGUELLI, 1994; RIELLA, 1996).

A principal vantagem deste tipo de diálise é “limpar” o sangue das substâncias tóxicas de forma contínua, não havendo uma restrição rigorosa do líquido e da dieta. Ela controla melhor a pressão arterial e o peso do paciente. Quem faz as trocas das bolsas é o próprio paciente ou seu familiar em seu próprio domicílio, o paciente pode efetuar este tipo de diálise no decurso de suas atividades normais de trabalho e lazer, isto é, não necessita se deslocar obrigatoriamente ao centro de diálise, em esquemas rígidos de horário, como acontece na hemodiálise (BARRIGUELLI, 1994; RIELLA, 1996).

Motivação e responsabilidade por parte do usuário são condições essenciais para o uso deste tipo de tratamento. O maior inconveniente é o risco de peritonite (infecção do peritônio), cuja prevenção é fundamental para o sucesso do tratamento. Para isto ele é treinado por um enfermeiro, para efetuar corretamente a técnica de lavagem das mãos, cuidados com o ambiente do local da troca, seguir todas as instruções para o correto procedimento de troca de bolsas, além do autocuidado com seu cateter. A higiene corporal e da residência é de fundamental importância para a manutenção do CAPD (BARRIGUELLI, 1994).

O CAPD é essencialmente um tratamento dialítico domiciliar. Seu sucesso repousa fundamentalmente no paciente, que necessita possuir a capacidade e a resolução em manter o tratamento, efetuar as trocas de bolsas com igual cuidado e seguir as instruções sobre os vários aspectos clínicos e técnicos inerentes a esta modalidade dialítica (BEVILACQUA, 2000).

Para tanto, um programa ou plano de aprendizado necessita ser estabelecido, comprovar-se consistente e incorporar protocolos simples de passo a passo, iniciando-se antes do paciente ser admitido à unidade para treinamento. (BEVILACQUA, 2000).

De acordo com BEVILACQUA (2000, p. 4):

“O tratamento dialítico em CAPD exige, para seu bom desenvolvimento, uma equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, psicólogos, nutricionista e assistente social. A condução multidisciplinar dessa terapêutica dialítica será exercida pelo médico. Entretanto, em determinadas situações, a responsabilidade direta sobre as ações que influenciem ou modifiquem a condução terapêutica pode, e deverá ser naturalmente exercida por qualquer outro membro da equipe”.

O enfermeiro participa da avaliação inicial do paciente; da decisão sobre terapia dialítica; faz a visita domiciliar aos pacientes quando indicados, com preenchimento do formulário próprio; ministra o treinamento teórico-prático sobre a técnica, identificando habilidades e limitações; acompanha o período de “break-in”; abre o sistema e faz troca de equipo; participa na análise periódica da evolução dos pacientes; coleta as informações para manutenção do banco de dados do serviço; fornece primeiro atendimento às urgências e emergências; controla o estoque e materiais de CAPD; preenche registro e pedido de material de implante junto ao fornecedor; em situações excepcionais, procede a troca de bolsas com o paciente internado; faz atualização

(retreinamento) periódica dos pacientes; faz treinamento do pessoal de enfermagem do hospital (BEVILACQUA, 2000).

A experiência tem demonstrado que a terapia de substituição renal é um processo dinâmico; muito freqüentemente os pacientes irão utilizar mais que uma opção terapêutica no curso de seu tratamento. Dessa forma, é fundamental que os profissionais tornem disponíveis ao paciente, as modalidades de diálise peritoneal e hemodiálise, apresentado ambos os métodos de forma inequívoca e didática a este (BEVILACQUA, 2000).

“Havendo a opção ou a possibilidade de opção pela DPAC, no caso de paciente cuja descrição do domicílio seja precária, assim como do restante da família, realizar-se-á visita domiciliar com a participação do enfermeiro e/ou assistente social. Encerrada esta etapa inicial, as conclusões serão apresentadas à equipe, que decidirá, levando em consideração a opção do paciente e a possibilidade do mesmo vir a ser submetido a essa ou aquela modalidade dialítica. Caso a opção final seja por DPAC, o paciente será reavaliado pelo médico que analisará a viabilidade da opção e estabelecerá a data para início do treinamento em acordo com a enfermagem” (BEVILACQUA, 2000, p. 7).

A visita domiciliar deve ser encarada como uma ajuda que a equipe presta ao paciente na tentativa de facilitar-lhe a adaptação de seu domicílio para ter um local para a realização das trocas de bolsas. Deve também servir como oportunidade de conhecer o paciente em seu lar, em condições de menor tensão emocional, bem como a seus familiares. Não devemos descuidar também do aspecto social da visita domiciliar, que em geral, é muito valorizado pelos pacientes, os quais preparam-se para receber os visitantes, o que pode propiciar um ambiente informal. Esse ambiente informal pode facilitar o estreitamento de laços que virão a fortalecer a relação paciente-profissional de saúde.

De acordo com BEVILACQUA (2000), os itens a serem observados durante a visita são os seguintes:

- Número de cômodos;
- Tipo de construção
- Rede elétrica e facilidade de acesso para comunicação telefônica;
- Saneamento básico e pavimentação da rua;
- Condições de iluminação e ventilação da casa;
- Avaliação do local de trocas e local de armazenamento das bolsas;
- Número de pessoas que vivem na casa;
- Relacionamento interpessoal dos moradores.

A visita domiciliar é imprescindível para o programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua de uma instituição de saúde, pois fornece subsídios para que a equipe de saúde direcione esta modalidade de tratamento de acordo com as condições sócio-econômicas de cada paciente. Durante a visita domiciliar o enfermeiro faz orientações, avalia, ajuda na tomada de decisão certifica se o paciente pode ou não ingressar neste tipo de tratamento de

acordo com a qualidade de sua residência, instalações sanitárias, saneamento básico e nível cultural.

Nos dias de hoje, deparamo-nos com uma realidade sócio-econômica baixa da maioria dos usuários do Hospital Geral Público Federal, nível escolar baixo o que dificulta na assimilação e compreensão das orientações, moradia inadequada para o procedimento de DPAC e, em alguns casos, falta de apoio familiar.

A visita domiciliar em diálise peritoneal contínua é uma exigência da portaria Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde (GM/MS) 39 de 02 de abril de 1993, onde os profissionais de saúde vão avaliar a possibilidade de liberação deste tipo de tratamento no âmbito domiciliar. É um procedimento de custo alto porque se necessita de carro, combustível, tempo em horas maior do que uma consulta, profissionais especializados e em alguns fica inviabilizado a visita principalmente quando se trata de atendimento no interior do estado.

Em contrapartida, as instituições de saúde que tem um programa de visita domiciliar sistematizado e contínuo verificam o alto nível de assistência prestada ao paciente, com uma redução significativa nos índices de peritonites, minimizando os custos relacionados a este tratamento, melhorando a qualidade de vida do paciente, envolvendo o paciente e sua família.

Desta forma, torna-se necessário um estudo a respeito da visita domiciliar sob o ponto de vista do usuário do programa de diálise peritoneal ambulatorial contínuo (CAPD) do Hospital Geral Público Federal, no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem.

OBJETIVO

Considerando os aspectos até aqui abordados, estabelecemos enquanto objetivo deste estudo conhecer e analisar as percepções dos usuários do programa de diálise peritoneal ambulatorial contínuo (CAPD) em um hospital geral público federal da cidade de Goiânia, Goiás, acerca da visita domiciliária.

METODOLOGIA:

Estudo de abordagem qualitativa de acordo com a proposta de MINAYO (1994, p. 22). Segundo a autora, a pesquisa qualitativa pressupõe conhecer o fenômeno de forma aprofundada, não estabelece a amostra, a formulação das hipóteses, são, em suma, afirmações provisórias a respeito de determinado problema em estudo.

Tomando como referência a pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (MINAYO et al. 1994; MEDEIROS, 1999).

Com base em MINAYO (1994), concebemos campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma

realidade empírica a ser estudado a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.

É preciso termos em mente que a busca das informações que pretendemos obter está inserido num jogo cooperativo, onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo e que foge à obrigatoriedade. Portanto viabilizamos como campo de estudo o Serviço de Tratamentos Dialíticos de um hospital geral público federal.

Na pesquisa qualitativa, ainda é necessária uma interação entre o pesquisador e os atores sociais envolvidos no trabalho. Nesse processo, mesmo partindo de planos desiguais, ambas as partes buscam uma compreensão mútua. O objetivo prioritário do pesquisador não é ser considerado um igual, mas ser aceito na convivência (MINAYO, 1994).

Nada substitui o olhar atento de um pesquisador de campo à realidade das relações sociais. A interação entre o pesquisador e os atores sociais estudados, é parte fundamental da investigação qualitativa. Assim, estabelecemos enquanto sujeitos do estudo os usuários do programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua de um Hospital Geral Público Federal.

No momento da entrevista foi solicitada a cada participante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme as prerrogativas da portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, após as devidas considerações sobre as pesquisadoras, a pesquisa e a utilização das informações.

A população de estudo foi constituída de 16 usuários do programa dialítico de um Hospital Público Federal com residência em Goiânia, que haviam recebido visita domiciliar prévia para liberação da implantação do tratamento de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD).

Foi elaborado um roteiro de entrevista específico para o presente estudo, contendo dados sócio-econômicos, tempo de tratamento, significado e importância da visita domiciliar em CAPD.

No intuito de anular a resposta falsa, para cada item, manteve-se uma resposta alternativa de desconhecimento sobre o procedimento. Uma vez autorizado, foi agendada uma visita domiciliar com o usuário e entregue um texto explicativo sobre a finalidade do estudo, sua importância e necessidade das informações provenientes dos usuários do serviço.

Atentamos para o fato de que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1994). Portanto não nos prendemos no caráter numérico, mas sim na qualidade das informações obtidas através dos sujeitos.

Os dados coletados foram analisados de acordo com a modalidade temática da proposta da análise de conteúdo. Esta se propõe a identificar os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode ter significado para as questões em tratamento (BARDIN, 1979).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Neste estudo observamos que dentre os 16 usuários do programa de diálise peritoneal a maior parte era do sexo feminino, com faixa etária entre 25 a 62 anos de idade e residente em Goiânia. Alguns referem que se mudaram para Goiânia depois do início do tratamento. No fator que se refere ao nível de escolaridade 3 são analfabetos, 4 nível primário, 4 nível secundário e 5 com 2º Grau.

A maioria reside nos bairros na periferia de Goiânia, com renda familiar de um salário mínimo (R\$ 151,00). Moram em casas de alvenaria com saneamento básico e água tratada, seguindo as exigências mínimas do cômodo para as trocas das bolsas de diálise peritoneal segundo as normas do Ministério de Saúde.

Discutimos os resultados através das duas categorias seguintes que tratam dos significados da visita domiciliar e a necessidade de outras visitas sob o ponto de vista do usuário do programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua.

1. O significado da visita domiciliar em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD).

As entrevistas de um modo geral nos mostram que a visita domiciliar é um instrumento que atende ao usuário em suas necessidades bio-psico-sociais, pois a maioria entende a visita domiciliar como um momento de esclarecimento das dúvidas, inspeção do cômodo que servirá para a troca das bolsas e valorização do ser humano onde ele é reconhecido, assistido, ouvido, onde os seus anseios, suas expectativas são sanadas por uma pessoa que se tornou amiga (profissional-amigo) que além de ensinar ouve as suas dificuldades e lhe traz um sorriso amigo um abraço confiante e seguro, valorizando o paciente levantando a sua auto-estima.

De acordo com os relatos:

“É bom, porque eles vêem o meu estado de saúde. Da ânimo pra gente. Eu não queria aceitar o tratamento. A pessoa explica esclarece, eu pensava que era coisa de outro mundo”.(E-06)

“É importante porque o paciente precisa ser orientado, cobrado, porque a gente tem o hábito de bulir à técnica, esquece, daí a qualidade seria preservada. Numa pessoa não esclarecida, existe muita peritonite”.(E-07)

“É importante porque fica tão carente. Justifica para dar apoio moral e para ver que não está jogada, a gente se sente discriminada”.(E-08)

“Significou muito, veio avaliar o meu cômodo se estava em ordem para fazer CAPD, se não fosse a autorização dela eu não saberia se podia usar o cômodo ou não, muito importante, bom demais”.(E-12)

Segundo KAWAMOTO (1995) é através da visita domiciliar que podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o paciente e sua família, procurando prestar assistência e aplicando medidas de controle, nas doenças transmissíveis ou parasitárias e principalmente educar.

A visita domiciliar é algo que deve acontecer com a maior naturalidade sem pressa para começar e terminar, sem formalidades dando oportunidade ao paciente e seus familiares para expressarem as suas dúvidas, alegrias e incertezas.

É um momento único onde o profissional tem a oportunidade de assistir o seu paciente no meio em que ele vive, podendo planejar uma assistência de acordo com a realidade de vida e os recursos da comunidade, solicitando outros profissionais ou serviços que forem necessários para a reabilitação bio-psico-social do mesmo.

Apenas dois pacientes demonstraram que não entenderam o significado da visita domiciliar em CAPD, isto nos leva a analisar dois fatores que poderiam interferir no momento da entrevista:

a) Condições físicas/emocionais do paciente:

Apresentam o nível cultural baixo, idade acima de 60 anos, falta de perspectiva com a vida, auto estima baixa, problemas familiares, todos estes fatores poderiam ter interferido na ausência de respostas. O momento da visita domiciliar é especial e único, mas muitas vezes o paciente está passando por agravos inerentes ao dia a dia de cada um e não consegue sentir-se à vontade, fica inibido diante das perguntas, não verbalizando o seu verdadeiro sentimento e conhecimento. Portanto é necessário que o profissional visitador conheça a realidade física de vida do seu paciente, conheça o paciente e a realidade de saúde do mesmo fato estes que contribuíra na elaboração de um plano assistencial.

b) Falta de *feedback*:

No CAPD o *feedback* é introduzido desde o início do treinamento, pois é necessário que diariamente o pacientes e seu familiar treinado reproduza passo a passo a técnica demonstrada até que não haja nenhum erro, ou melhor, execute a técnica de acordo com as orientações fornecidas pelas empresas mantenedoras destes medicamentos e materiais descartáveis para CAPD. No que diz respeito ao conteúdo teórico o paciente também tem que saber um pouco mais sobre sua doença e engajar-se ao tratamento dialítico.

Os profissionais ao ministrarem um treinamento de CAPD devem ter a certeza que o paciente e seus familiares compreenderam e assimilaram as orientações exigindo a devolução das práticas e conteúdos. Cabe a nós profissionais a sensibilidade de estar sempre avaliando, checando, re-treinando e prevenindo possíveis complicações, com a educação continuada contribuindo assim para que o CAPD seja um tratamento domiciliar de qualidade.

De acordo com os relatos:

“Importante...” (E-10).

“Não sei, é bom...” (E-05).

2. A importância da visita domiciliar em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD):

Apenas um dos entrevistados havia sido contemplado com duas visitas domiciliares e como ele todos manifestaram necessidade de outras visitas para um acompanhamento onde as técnicas seriam revisadas, havendo incentivo, pois com o tempo tudo se torna rotina e acabam pulando etapas por acharem que sabem tudo e que ninguém irá saber.

Observamos a necessidade de atenção, de sentir que alguém se importa com eles, que alguém veio ver se eles estão bem e se estão executando corretamente as técnicas para troca das bolsas que antes eram cobrados rigorosamente pelo enfermeiro. Conforme apontam QUEIROZ & EGRY (1983), a assistência de Enfermagem por intermédio da visita domiciliária mostra sua eficácia em termos de desenvolvimento global da família no tocante à saúde.

O tempo escolhido pela maioria para o intervalo entre uma visita e outra ficou num período de seis meses a um ano, se não houver intercorrências.

De acordo com relatos:

“Pode ser, para não ficar esquecido”. (E-05)

“Sim, porque a gente tem o hábito de bulir a técnica. Tem que ser mais disciplinado, cobrado. É difícil estar doente. É ansiosa. Quer parar de fazer. Cansa. Quer fazer rápido, coisa metódica, muito enjoada”. (E-07)

“Sim, porque é bom para mim quanto para vocês, porque sempre estamos aprendendo alguma coisa, vocês estão dentro da área e podem passar alguma coisa, estão sempre sabendo. Eu acho necessário sim”. (E-08)

“Sim, para ver se está certo. A gente faz o tratamento e elas não vem ver se está direito. Está jogada, exigem no hospital e não vem conferir se está fazendo direito”. (E-09)

“Sim, pelo seguinte: peguei 2 infecções, vistoria de 8 em 8 meses, para ver se o cômodo está do jeito que estava, avaliar o cômodo novamente. (E-12).

“Seria bom. Trazer mais esclarecimentos, alguma dúvida que possa ter. A gente sente bem com a visita, mais animado”. (E-13)

A visita domiciliar em diálise peritoneal tem princípios científicos e segue normas da Portaria do Ministério de Saúde (BRASIL, 1998). É encarada como uma ajuda que a equipe presta ao paciente e sua família na tentativa de facilitar-lhe a adaptação de seu domicílio para ter um local adequado para a realização do tratamento.

A visita domiciliar é um marco fundamental para a liberação ou não desta modalidade de tratamento dialítico, visto que somente os profissionais qualificados e experientes, podem avaliar, opinar e ajudar a família a decidir juntamente com toda a equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, as ações de educação em saúde são fundamentais para os profissionais que atuam neste meio intervindo na mudança dos hábitos, costumes e comportamento dos pacientes e seus familiares, buscando o sucesso do tratamento através da prevenção.

A prevenção é uma incógnita para todos e veio nos despertar para a onipotência humana diante de questões complexas como a antibioticoterapia e o controle da infecção, onde, a ciência avançada e complexa ainda não encontrou respostas para algumas questões, como por exemplo, a peritonite. Contudo, através das observações realizadas e informações conseguidas é preciso dispor e esgotar todos os mecanismos, que são: a prevenção através da educação contínua e efetiva que será a estratégia determinante para debelar esta infecção.

Nos dias de hoje a melhor estratégia para se evitar uma peritonite ou qualquer outra patologia é a prevenção e isto só é possível através de uma educação continuada, avaliando o paciente como um todo, através de uma equipe multiprofissional. Quando há o envolvimento de uma equipe multiprofissional nos cuidados ao paciente, a recuperação tende a ser melhor e mais rápida.

De acordo com ARAÚJO (1983) é possível minimizar os problemas de saúde vigente, através da identificação da necessidade e características sócio-econômico e culturais, o que permite uma mobilização dos recursos da comunidade. Quando há o envolvimento do paciente e seu familiar, cria-se um interesse pelo próprio bem-estar e, também, pela forma de alcançá-lo.

Como podemos observar também em BEVILACQUA (2000), o CAPD é um tratamento dialítico domiciliar cujo sucesso repousa fundamentalmente no paciente no seu envolvimento com o tratamento e sua habilidade de ação e discernimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) é um tratamento dialítico que depende exclusivamente da integração do paciente e seus familiares com o tratamento. O paciente interage no seu habitat, não havendo rigor de horário, nem acúmulo de gente estranha ao seu redor porque ele está em casa. O risco de adquirir uma peritonite é quase zero, pois não haverá contato com o ambiente contaminado do hospital, devendo o paciente seguir corretamente as técnicas para a troca das bolsas, o que resultará numa economia hospitalar quanto ao uso de antibióticos de última geração.

É através da visita domiciliar que os profissionais de saúde darão suporte técnico científico para os pacientes que podem se beneficiar com esta modalidade de tratamento domiciliar. É um benefício mútuo tanto no que se refere ao paciente quanto ao aprendizado da equipe. Podemos observar que a

visita domiciliar sob o ponto de vista do usuário atende a necessidade do mesmo e de seus familiares havendo uma interação maior entre paciente-família-equipe sem a formalidade que há nos hospitais. Para que tudo isto ocorra tranquilamente sem o paciente ficar constrangido é fundamental que se explique durante o treinamento para implantação do programa de CAPD o que é a visita domiciliar, qual o seu objetivo e benefícios minimizando a ansiedade do mesmo quando for agendada uma visita seja de primeira vez ou uma segunda visita.

É necessário dar continuidade nestas visitas num período mínimo de 6 meses, porque encontramos vários pacientes com dúvida após ano de tratamento, com excesso de material do CAPD, trincado nas paredes, sinais de infiltração na parede e acima de tudo carentes. Carentes sim, com necessidade de ser ouvido, avaliado pela equipe que antes só exigia perfeição e que após implantação do programa não foi ou não retornou para verificar se tudo continuava bem, se estava de acordo com o solicitado gerando em alguns sentimentos de abandono, desânimo pela vida o que irá influenciar na qualidade do tratamento.

Sabemos, por outro lado, das dificuldades enfrentadas pelos serviços de tratamentos dialíticos para dar continuidade a estas visitas. Entre elas citamos:

- 1- Falta de profissional especializado
- 2- Falta de apoio das instituições em contratar profissionais;
- 3- Falta de transporte, principalmente para os pacientes que moram no interior;
- 4- Demanda grande de pacientes, entre outros.

Há uma carência grande no mercado de trabalho em nossa cidade, com isto há uma sobrecarga de serviço em cima do enfermeiro nefrologista porque a demanda é enorme. Segundo BEVILACQUA (2000), no final do ano de 1999, cerca de 1.200.000 pacientes estavam sendo submetidos a tratamento dialítico em todo o mundo, dos quais 140.000 (11,7%) em diálise peritoneal.

Tratando-se de saúde é momento de refletirmos sobre as rotinas pré-estabelecidas, pois a assistência de enfermagem sofre constantes atualizações de técnicas, de aperfeiçoamento, de aprendizado, de humanização. Por isso que é compensador trabalhar na área de saúde, porque nunca paramos por aqui, sempre haverá uma busca constante do saber.

Ao iniciarmos o presente estudo, observamos que o parecer da visita domiciliar para verificar se a residência do paciente atendia as exigências para implantação do programa de diálise peritoneal, era feito no livro Ata. No entanto, este relatório não obedecia a uma sistematização das informações, não sendo muitas vezes anotadas as rotinas com rigor.

A visita domiciliar é o melhor meio para aumentar a qualidade da educação para a saúde, porque o pessoal aprende muito nas visitas. O maior progresso

pode ser obtido através de visitas planejadas em uma área selecionada para levantar os problemas de saúde e comportamento (SCOTNEY, 1981, p. 82).

Nesse sentido, considerando que o relatório da visita precisa obedecer a um esquema definido e inserido no prontuário do paciente, acreditamos que um formulário específico poderá auxiliar na padronização das primeiras visitas domiciliares, além de auxiliar em pesquisas científicas e contribuir para a continuidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais envolvidos no serviço.

Portanto, diante destas considerações acreditamos que alcançamos os objetivos deste estudo de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente renal crônico que se encontra em tratamento no programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). Observamos que a visita domiciliar para implantação do programa bem como visitas periódicas visando a manutenção da qualidade do tratamento com especial atenção nos aspectos da auto estima do paciente, são imprescindíveis para garantir essa qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, M.J.B. **Ações de Enfermagem em Saúde Pública e em Doenças Transmissíveis**

– Rio de Janeiro. Ed., 1983.

BARDIN, A. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, Martins Fontes, 1979.

BARRIGUELLI, N. **A Insuficiência Renal e o seu Tratamento**. Um guia para o paciente renal crônico. São Paulo, (AP.R.E.C.) Editoração eletrônica: Baxter Hospitalar Ltda, 1994.

BEVILACQUA, J.L., GUERRA, A.M.M., **Protocolo para CAPD**, São Paulo, Baxter Hospitalar Ltda. Junho/2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3998/98**. Dispõe sobre Terapia Renal substitutiva. DOU, n. 238, seção 1, p. 12. 1998.

KAWAMOTO, E. E. SANTOS, M. C. M., MATTOS T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo, E.P.U., 1995.

MEDEIROS, M. **Olhando a lua pelo mundo da rua**: representações sociais da experiência de vida de meninos em situação de rua. Esc. Enf. USP, Ribeirão Preto, 1999.

MINAYO, M.C.S. et all. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

NOGUEIRA, M.J.C. et al. **Manual para o ensino de enfermagem em saúde pública**. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, 1978.

PADILHA, M.I.C.S; CARVALHO, M.T.C; SILVA, M. O; PINTO, V.T. **Visita domiciliar**: uma alternativa assistencial. Ver. Enf. UERJ. v. 2, nº 1, p. 83-90, 1994.

QUEIROZ, V.M. EGRY, E. Y. **Modelo de Plano de Visita Domiciliária**. Ver. Esc. Enf. USP, São Paulo, 17(3):205-211 1983.

RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos** - 3ª edição Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.

SCOTNEY, N. **Educação para a saúde**. São Paulo, Paulinas, 1981.

SOBREIRA, N.R. **Enfermagem comunitária**. Rio de Janeiro. Interamericana, 1981.

AUTORES

Elisete Regina Rubin De Bortoli Sant'Ana - Enfermeira, Especialista em Nefrologia, Supervisora do Serviço de Tratamentos Dialíticos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás;

Lúcia Taia - Enfermeira, Especialista em Nefrologia, Gerente da Unidade de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás;

Marcelo Medeiros - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

NOTA: Artigo baseado em Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem em Nefrologia da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás;

[Topo da página](#)



A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença **Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional**.

