

A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA ASSISTENCIAL NO CUIDADO DE DOENTES CRÔNICOS

HOME VISITS AS AN ASSISTANCE STRATEGY IN CHRONIC DISEASE CARE

LA VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATEGIA ASISTENCIAL EN EL CUIDADO DE ENFERMOS CRÓNICOS

Mônica Ribeiro Canhestro¹
Elizabeth das Graças Silva²
Marilene Moreira³
Cristina M. Bouissou Soares⁴
José Silvério S. Diniz⁵
Eleonora M. Lima⁶
Gilce Moura Rodrigues de Oliveira⁷
Lílian Micheline Fernandes⁸

RESUMO

O estudo trata da importância da utilização da visita domiciliar na identificação de características e informações relacionadas às consequências da doença renal crônica na vida de pacientes e familiares atendidos pelos profissionais do Programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência na IRC em Crianças e Adolescentes do Hospital das Clínicas da UFMG. Foram visitados 21 doentes, sendo entrevistado um familiar. Entre as modificações ocorridas com a família, foram citadas as dificuldades de o familiar responsável pelos cuidados ter atividades fora do lar e as mudanças dos padrões alimentares de toda a família. A visita domiciliar se mostrou uma estratégia assistencial eficiente, contribuindo para a relação entre pacientes, familiares e profissionais.

Palavras-chave: Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar; Doença Crônica; Insuficiência Renal Crônica

ABSTRACT

This study emphasizes the importance of home visits in identifying the characteristics and information on the consequences of chronic renal disease in the life of patients and their families cared for by health workers in the Interdisciplinary Program for Prevention and Care in the Chronic Renal Failure for Children and Adolescents at the University Hospital of the Federal University of Minas Gerais. Twenty-one patients were visited and a family member of each one was interviewed. Modifications in the family included difficulties when the person caring for the patient had outdoor activities and the changes in eating patterns for the whole family. Home visits showed themselves to be an efficient strategy for care, contributing to the relation between patients, family members and health workers.

Key words: Home Care Services, Hospital-Based; Home Care Services; Chronic Disease; Kidney Failure, Chronic

RESUMEN

El estudio trata sobre la importancia de utilizar la visita domiciliar para identificar características e informaciones relacionadas con las consecuencias de la enfermedad renal crónica en la vida de pacientes y familiares atendidos por los profesionales del Programa Interdisciplinario de Prevención y Asistencia a la IRC (insuficiencia renal crónica) en Niños y Adolescentes del Hospital de Clínicas de la UFMG (Universidad Federal de Minas Gerais). Se efectuaron visitas a 21 enfermos y entrevista a un familiar. Entre las modificaciones ocurridas en la familia se citaron las dificultades del familiar responsable de los cuidados para conciliar sus tareas fuera del hogar y los cambios en la alimentación de toda la familia. La visita domiciliar demostró ser una estrategia asistencial eficiente que contribuye a la relación entre pacientes, familiares y profesionales.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Servicios de atención de Salud a Domicilio; Enfermedad Crónica; Insuficiencia Renal Crónica

¹ Enfermeira Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG

² Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFMG. Especialista em Administração de Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG

³ Assistente Social do Hospital das Clínicas da UFMG

⁴ Médica Nefrologista do Hospital das Clínicas da UFMG. Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina da UFMG

⁵ Médico Nefrologista. Professor Titular e Emérito da Faculdade de Medicina da UFMG

⁶ Médica Nefrologista. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo.

⁷ Médica Nefrologista do IPSEMG

⁸ Ex-bolsista de extensão do Programa Interdisciplinar. Enfermeira da Prefeitura de Belo Horizonte.

Endereço para correspondência: Rua Coronel José Perreira da Rocha 356/201 - Sta. Helena - Sete Lagoas/M.G. CEP 35 700 410 - Tel: 32489853 - E-mail :

I - INTRODUÇÃO

Hoje parece haver um consenso entre os profissionais que lidam com os doentes crônicos, de conferir à doença crônica o atributo da globalidade, quando se referem ao fato de a mesma não se deter em um único órgão acometido, mas afetar todas as ofertas da vida do enfermo, ou seja, suas obrigações sociais, sua vida familiar e seu trabalho. O doente é levado a mudanças em seu estilo de vida, pois se depara com novas tarefas a serem cumpridas, recomendadas pelos profissionais de saúde ou mesmo impostas pela própria doença. Este quadro se torna ainda mais complexo quando o doente é uma criança ou um adolescente. Suas vidas são da mesma forma alteradas, assim como a vida de seus familiares.

Na prática observamos que tais pacientes e seus familiares se comportam de formas diversas em relação à doença crônica. Alguns se adaptam mais rapidamente, outros de maneira mais lenta e alguns nunca se adaptam. Parece-nos claro que para tais pacientes atingirem algum nível de adaptação, necessitam de suporte constante por parte dos profissionais de saúde, a fim de que possam equilibrar as complexas conexões entre a própria doença, o regime de tratamento e o estado emocional. Eles necessitam dos cuidados especiais de profissionais que busquem o desenvolvimento de estratégias apropriadas para cada situação. Essas estratégias devem ser desenvolvidas não só a partir da perspectiva das famílias, como também dos próprios pacientes e não unicamente dentro da ótica e conhecimento dos profissionais de saúde. Para tanto, é necessário conhecer melhor a criança e o adolescente portador de doença crônica e sua família, saber como compreendem e sentem o processo saúde-doença, conhecer seus valores e as práticas dos diferentes grupos sociais aos quais pertencem. Dessa maneira, haverá uma maior compreensão das necessidades do paciente, o que propiciará uma adequada intervenção do profissional.

Dentro desse contexto, buscando prestar assistência global e contínua às crianças e adolescentes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em tratamento conservador bem como a seus familiares, foi criado, em 1990, o Programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência na IRC em Crianças e Adolescentes. O programa faz parte da Unidade de Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e é composto por uma equipe interdisciplinar formada por nefrologista pediátrico, pediatra, urologista pediátrico, enfermeira, psicóloga, nutricionista e assistente social.

A equipe vem atuando no sentido de promover a assistência integral e interdisciplinar às crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica, bem como a seus familiares.

Buscando atingir tal objetivo são desenvolvidas atividades conforme recomendações de cada profissional que participa do programa com atendimento individualizado. Existem ainda atividades em que ocorre a participação de todos os membros buscando uma homogeneidade de atitudes e condutas que beneficiem os doentes.

Dentre as atividades desenvolvidas destacamos a visita domiciliar que vem sendo realizada com os seguintes objetivos:

- avaliar o ambiente familiar em que vive o doente;
- conhecer a família procurando identificar os membros ou outras pessoas que colaboram no tratamento do doente;
- buscar identificar fatores que propiciam ou não a adesão ao tratamento;
- reforçar e/ou fornecer orientação sobre a doença, o tratamento e a importância da adesão.

A visita domiciliar há muito vem sendo realizada como uma atividade de assistência à saúde e sua evolução histórica está muito ligada à evolução da própria enfermagem. Pode funcionar como um instrumento para se trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade na prestação de assistência à saúde dentro do seu contexto social, desde que seja realizada mediante processo racional e com objetivos bem definidos. Ainda que tal atividade tenha um alto custo, é indicada e justificada para clientes que necessitam de um suporte maior ao cuidado efetuado nos serviços de saúde, valendo como estratégia de reforço de orientações, para esclarecimento de dúvidas, sedimentação de conhecimentos e reflexão e auxílio na resolução de problemas da família.^(1,2)

As visitas domiciliares são ainda apresentadas como uma importante estratégia para se estabelecer uma interação com a comunidade, conhecer a realidade em que vive o paciente e ainda atentar para os fatores que constituem riscos de saúde para o mesmo.⁽³⁾

O estabelecimento desta interação levará ao desenvolvimento de um trabalho eminentemente educativo, ajudando as famílias a elaborar estratégias para lidarem com as dificuldades advindas da doença crônica em um de seus membros.

Essa atividade vem sendo utilizada em várias experiências de atendimento a pacientes com necessidades especiais, e em todas elas tem sido apresentada como uma estratégia capaz de fortalecer as relações entre pacientes, familiares e profissionais de saúde.^(4,5)

Pelo exposto, acreditamos ser a visita domiciliar uma atividade que vem auxiliando os profissionais do programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência na IRC em Crianças e Adolescentes a atingir os objetivos propostos pelo mesmo.

2 - OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo identificar, por meio de visitas domiciliares, algumas características e informações relacionadas às conseqüências da doença renal crônica na vida de pacientes e de seus familiares.

3 - CASUÍSTICA E MÉTODO

Para o presente estudo foi feita a opção por um estudo descritivo uma vez que, através dos dados coletados nas visitas domiciliares foram levantadas características que nos levaram a um melhor conhecimento dos doentes atendidos pelo Programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência na IRC em Crianças e Adolescentes e seus familiares.

O estudo foi desenvolvido entre os doentes cadastrados no Programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência na IRC em Crianças e Adolescentes. Essa

clientela é atendida regularmente no Ambulatório Bias Fortes, que é um dos anexos que compõem o complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

Foram consideradas como população para este estudo todos os pacientes e familiares atendidos pelo Programa. A amostra foi composta pelos pacientes visitados e seus familiares no período de julho de 2001 a julho de 2002, perfazendo um total de 21 visitas domiciliares. A seleção dos pacientes se baseou nos seguintes critérios:

- doentes que vinham apresentando pouca adesão ao tratamento;
- doentes e familiares com dificuldades no entendimento do processo da doença e de seu tratamento;
- familiares com dificuldades variadas de comparecerem ao ambulatório;
- doentes em fase de preparação para o tratamento dialítico;
- doentes e familiares nos quais se percebia uma necessidade maior de escutá-los em suas dificuldades.

A coleta dos dados se deu durante as visitas domiciliares realizadas pelas enfermeiras e pela assistente social do Programa. As visitas eram previamente agendadas com o doente e seu familiar durante consulta no Ambulatório Bias Fortes. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas realizadas com os familiares, quando era feito o preenchimento do formulário (anexo I) criado pelos profissionais do programa. A todos respondentes foi apresentado o Termo de Consentimento (anexo 2) que foi lido e assinado pelo mesmo.

Através dos dados coletados foi feita a análise das seguintes variáveis:

- caracterização do paciente: sexo, idade, procedência, diagnóstico de base;
- condições encontradas na casa; saneamento, higiene, existência de condições adequadas para Diálise

Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD);

- caracterização da família: número de componentes, renda familiar, responsável pelo provimento financeiro, responsável pelo cuidado direto do paciente;
- modificações ocorridas na vida dos familiares devido à doença;
- modificações ocorridas na vida do paciente devido à doença;
- dificuldades encontradas no cuidado do paciente;
- expectativas.

Os dados foram analisados a partir do levantamento de frequência simples das variáveis.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos pacientes

Em relação às características dos pacientes visitados os dados são apresentados na Tab. 1. Em relação ao sexo, constatou-se que 52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino. A idade dos mesmos variou entre 2 anos e mais de 13 anos com maior frequência na faixa etária de 7 a 12 anos (48%) seguida dos maiores de 13 anos (33%).

Quanto à procedência, observou-se que 43% dos pacientes residiam em Belo Horizonte (BH) e igual porcentagem, ou seja 43%, residiam na grande BH. Um total de 14% residiam em cidades próximas a BH. Aqui é importante ressaltar que os pacientes que residem na grande BH e nas cidades próximas (67%), percorrem grandes distâncias para chegarem até o ambulatório, muitas vezes sendo necessário o uso de mais de um coletivo, acarretando uma grande despesa com transporte. Mesmo aqueles que residem em Belo Horizonte, na sua maioria estão em bairros afastados da área central, o que os leva a enfrentar a mesma dificuldade financeira com o transporte. A localização afastada também os leva a um gasto de tempo maior para chegarem até o ambulatório.

Em relação aos diagnósticos de base das crianças, verificamos que as uropatias aparecem com maior

Tabela 1 - Características dos pacientes visitados

Característica	N	%
1- Sexo		
Masculino	10	48
Feminino	11	52
2 - Faixa etária		
2 – 6 anos	4	19
7 – 12 anos	10	48
> 13 anos	7	33
3 - Procedência		
B.H.	9	43
Grande B.H.	9	43
Interior	3	14
4 - Diagnóstico de base		
Uropatias	10	48
Congênitas e hereditárias	5	24
Glomerulopatias	4	19
Outros	2	9

freqüência (48%), sendo que as doenças congênitas aparecem em segundo lugar com 24%. Com 9% aparecem outros diagnósticos tais como síndrome hemolítica urêmica. Em outro estudo mais ampliado realizado na mesma população, as uropatias aparecem também como a causa básica mais comum da IRC.⁽⁶⁾

4.2 Condições encontradas nas casas

Em relação às condições encontradas nas casas, os dados são apresentados na Tab. 2. Em 95% dos pacientes visitados as moradias tinham condições adequadas de saneamento básico o que inclui água encanada, esgoto, luz elétrica e coleta de lixo. Em 5% observou-se a falta de um desses itens. Tratando-se de pacientes renais crônicos e possíveis candidatos à diálise domiciliar, não só a presença dos itens relacionados é importante, mas também as condições de higiene da moradia, a possibilidade de um local adequado para a realização do procedimento, a existência de local adequado para armazenamento do material e até a avaliação das vias de acesso

para o transporte do material necessário à diálise. Em relação às condições de higiene das moradias observou-se que 81% delas tinham boas condições, em 14% as condições não eram adequadas e em 5% tal observação não foi relatada. Em relação à existência de condições gerais para a realização de diálise no domicílio, observou-se que em 53% das moradias as condições eram favoráveis sendo necessárias pequenas mudanças possíveis de serem realizadas. Em 33% das moradias foi constatada a impossibilidade da realização de tal procedimento. Em 14% das moradias tal observação não foi feita. A constatação da impossibilidade da realização de métodos dialíticos intracorpóreos no domicílio, em 33% dos doentes visitados, torna-se motivo de preocupação por estarmos lidando com crianças para as quais tais métodos têm uma boa indicação por manterem um equilíbrio do meio interno mais perto da normalidade.⁽⁷⁾ A manutenção das atividades da criança, a não interrupção dos afazeres domésticos e profissionais dos pais, a permanência da criança menos

Tabela 2 - Condições das moradias dos pacientes visitados

1- Presença de saneamento básico	N	%
Sim	20	95
Não	1	5
2- Condições de higiene/moradia adequada		
Adequada	17	81
Inadequada	2	9
Não mencionada	1	5

tempo no hospital, são também citados como vantagens da diálise domiciliar.⁽⁸⁾

4.3 Caracterização das famílias

A Tab. 3 apresenta os dados relacionados à caracterização das famílias.

Em relação à composição familiar, observou-se o predomínio de famílias menos numerosas com 71% delas tendo de 3 a 5 componentes. Em 19% das famílias observou-se a presença de 6 a 8 componentes. Famílias numerosas com 9 a 12 componentes foram encontradas em 10% das famílias visitadas.

No que se refere à renda familiar observou-se que 71% das famílias tinham renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos. Com mais de 3 salários foram encontrados 14% das famílias e 10% das famílias com renda entre 1 a 1 e meio salário mínimo. Em 5% das famílias esta informação não foi obtida. Podemos constatar uma renda familiar baixa na maioria das famílias (81% estão entre 1 a 3 salários mínimos) o que vem a ser um agravante em relação a todas as demandas oriundas do tratamento da IRC. A dificuldade em adquirir medicamentos não fornecidos nos postos, a falta as consultas por não ter o dinheiro do transporte, exames que não são realizados por não serem pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), complementos alimentares que não são adquiridos, são alguns dos reflexos de rendas familiares tão baixas.

Em relação a qual membro da família é o responsável pelo provimento financeiro, encontrou-se em 33%

das famílias o pai como o único responsável. Em 23% das famílias tem-se que o pai e a mãe dividem essa responsabilidade. Em 19% das vezes houve famílias em que ocorre a participação de outros membros, como tios e avós. Em 9% das famílias tal responsabilidade é apenas da mãe, e com igual freqüência houve aquelas em que os responsáveis são o pai e um dos filhos. O que se pode perceber é que em 68% das famílias mais de um membro se envolve no sustento financeiro da família, o que é uma tendência atual, mas permanecem em faixas salariais baixas, comprovando rendas individuais igualmente baixas.

Ao buscarmos conhecer qual membro da família é tido como o responsável pelo cuidado direto com a criança, constatou-se que em 76% das famílias a mãe assume essa responsabilidade. Apenas em 5% das famílias observa-se a participação do pai juntamente com a mãe. Em nenhuma família foi mencionado ser esta responsabilidade delegada ao pai. Em 19% das famílias foi encontrado que tios e avós eram responsáveis por tal cuidado. Tais dados só vieram confirmar algo já bastante conhecido que é o fato de caber às mães o cuidado com filhos doentes, na maioria das vezes sobrecarregando-as por ainda trabalharem fora do lar e cuidarem de outros filhos. As mães são citadas como sendo as que se envolvem mais no processo de tratamento, indo mais ao hospital e interagindo mais com a equipe de profissionais que

Tab. 3 - Características das famílias visitadas

I - N° de pessoas	N	%
3 a 5	15	71
6 a 8	4	19
> 9	2	9
2 - Renda familiar		
1 a 1 _ salários	2	10
2 a 3 salários	15	71
Mais de 3 salários	3	14
Não informou	1	5
3 - Responsável pelo provimento financeiro da família		
Pai	7	33
Mãe	2	9
Pai/Mãe	5	23
Pai/Filhos	2	9
Mãe/Filhos	1	4
Outros	4	19
4 - Responsável pelo cuidado direto do doente		
Mãe	16	76
Pai	0	0
Mãe/Pai	1	5
Outros	4	19

cuidam da criança.⁽⁹⁾

4.4 Modificações ocorridas na vida dos familiares devido à doença

Nas 21 entrevistas realizadas com o familiar, houve um total de 28 citações de mudanças ocorridas devido à presença da criança doente, conforme mostra a Tab. 4. A mais citada (28%) foi o fato de o responsável pelos cuidados com a criança, na grande maioria das vezes a mãe como já mencionado anteriormente, ficar impossibilitado de exercer atividades de trabalho fora do lar devido às demandas de cuidados para com a criança enferma. Em nossa experiência profissional observamos que algumas mães passam a viver em função da criança doente, tendo menos tempo para os outros membros da família, deixando de se cuidar e restringindo atividades de lazer.

Outra modificação, citada em 25% das vezes, refere-se às alterações nos padrões alimentares de toda a família

devido a mudanças necessárias à dieta da criança. Os familiares passam também a se privar de determinados alimentos para evitarem que a criança os veja e, conseqüentemente, os queira.

Em seguida, citada 21% das vezes, aparece a queixa da grande sobrecarga de tarefas para o cuidador da criança. Tal queixa resulta do fato de a mãe ser, na grande maioria das vezes, a responsável pelos cuidados, como já apresentado.

As limitações na vida social, citadas em 14% das vezes, parecem ser uma conseqüência da sobrecarga de cuidados, das limitações financeiras e até das restrições alimentares. O isolamento social da família em que um dos membros é portador de doença crônica é um acontecimento freqüente que pode deixar o doente mais vulnerável a transtornos emocionais, perpetuar e criar problemas para o enfrentamento da doença. A natureza da doença, o estigma social, como no caso da aids, a negação da família em falar da situação do doente, são alguns fatores apontados como possíveis razões para tal isolamento.⁽¹⁰⁾

Tab. 4 - Modificações ocorridas na vida dos familiares devido à doença

I - Modificações na vida dos familiares	N	%
Não poder trabalhar fora	8	28
Mudanças nos padrões alimentares	7	25
Sobrecarga de tarefas	6	21
Limitações na vida social	4	14
Evitar nova gravidez	1	3
Mudança de cidade	1	3
Não houve	1	3

4.5 - Modificações ocorridas na vida do paciente devido à doença

Em relação às modificações ocorridas na vida do paciente devido à doença, os familiares entrevistados fizeram 27 citações (Tabela 5). Em 41% das vezes a modificação citada foi a alteração dietética. Estes se queixam da dificuldade de restringir alimentos somente para as crianças, sendo

necessário restringir de toda a família como já colocado.

Interrupções na vida escolar e privação nas atividades de lazer, foram igualmente citadas em 15% das vezes. Em algumas situações, as demandas do tratamento tais como exames, consultas e mesmo internações, dificultam a freqüência da criança à escola.

A doença crônica aqui deixa marcada uma de suas principais características, ou seja, impor limitações físicas,

Tab. 5 - Modificações ocorridas na vida do paciente devido à doença

I- Modificações	N	%
Alterações na dieta	11	41
Não houve	6	22
Interrupção da vida escolar	4	15
Privação de lazer	4	15
Total dependência dos pais	2	7

alimentares e de lazer na vida de seus portadores.⁽¹¹⁾

4.6 - Dificuldades encontradas pelos familiares no cuidado com o paciente

Houve 35 citações que se referiram a dificuldades encontradas no cuidado com o doente (Tab. 6). Em 26% das vezes voltaram a fazer referência à dieta, ao citar como uma dificuldade a manutenção da dieta adequada. Restringir alimentos que são do agrado da maioria das crianças, torna-se uma tarefa difícil que exige vigilância constante por parte do cuidador.

A dificuldade de ministrar aos doentes os medicamentos necessários foi citada em 23% das vezes. Grande número de medicamentos, gosto desagradável de alguns deles são citados como fatores responsáveis por tais dificuldades.

As dificuldades financeiras para manter a dieta adequada e para a compra de medicamentos foi citada

em 14% das vezes. Com igual frequência foram citadas as dificuldades em comparecer às consultas no ambulatório. As longas distâncias a serem percorridas pelos pacientes até o ambulatório, por morarem, em sua maioria, em bairros afastados; o tempo despendido entre o transporte e a permanência no ambulatório, afastando-os do trabalho ou mesmo de atividades do lar e o dinheiro gasto com o transporte são apontados como motivos que dificultam a presença às consultas.

Em 8% das vezes os familiares relataram não ter dificuldades na manutenção dos cuidados para com o paciente, embora as famílias selecionadas para a visita domiciliar tenham sido aquelas que, na opinião dos profissionais, tinham algum tipo de dificuldade de adesão ou aquelas em que o paciente seria admitido em um programa de diálise, o que também na opinião dos profissionais, era um fato capaz de gerar desequilíbrio

Tab. 6 - Dificuldades encontradas pelos familiares no cuidado do paciente

I- Dificuldades	N	%
Não adesão do paciente à dieta	9	26
Não adesão aos medicamentos	8	23
Dificuldade financeira em manter dieta e/ou medicamentos	5	14
Dificuldade em comparecer às consultas	5	14
Não há	3	8
Paciente não obedecer ao responsável	2	6
Freqüentes internações	1	3

4.7 - Expectativas dos familiares em relação ao tratamento

Conforme mostra a Tab. 7, houve 20 citações que se referiram às expectativas dos familiares em relação

ao tratamento. Em 50% das vezes foi citada a esperança de cura por meio do tratamento. Embora pacientes e familiares sejam orientados sobre o caráter irreversível da disfunção renal, a esperança na cura parece ser uma das estratégias utilizadas para impulsioná-los no enfrentamento das dificuldades.

Tab. 7 - Expectativas dos familiares em relação ao tratamento

I- Expectativas	N	%
Espera a cura por meio do tratamento	10	50
Acredita que os cuidados são para toda a vida	5	25
Acredita na cura por meio do transplante	3	15
Teme a hemodiálise	1	5
Não aceita o tratamento dialítico	1	5

CONCLUSÕES

Para os profissionais que atuam no Programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência da IRC em Crianças e Adolescentes, a visita domiciliar tem propiciado um melhor conhecimento dos pacientes e de seus familiares, levando-os a uma capacidade maior de compreensão das queixas e dificuldades, principalmente aquelas relacionadas com a doença.

As visitas geraram mudanças no relacionamento dos profissionais com os pacientes e seus familiares,

promovendo entre estes uma interação que tem contribuído de forma positiva para o andamento do tratamento. Os contatos do profissional com o doente, a partir de uma visita são quase sempre modificados, como se o profissional se tornasse mais cúmplice do doente em relação ao andamento do tratamento.

Em relação aos doentes e suas famílias percebemos que estes se sentem valorizados com o fato de receber elementos da equipe em sua casa e a visita se torna um acontecimento importante dentro da família. Por se

encontrarem em seu meio, mostram-se mais abertos para expor suas experiências, muitas vezes indo muito além daquelas ligadas apenas à doença. Mostram-se sempre mais receptivos às orientações e revelam com mais facilidade suas dúvidas e temores.

Entre as conseqüências da doença na vida dos doentes e seus familiares, ressaltamos que a dificuldade resultante das restrições alimentares é citada como a mais marcante na vida dos doentes, com uma dificuldade enfrentada pelos cuidadores, e ainda como uma modificação importante imposta à vida das famílias. Tal fato aponta para a necessidade do desenvolvimento de estratégias alternativas, tais como troca de receitas entre os familiares e atividades em grupo, com o objetivo de ajudá-los no enfrentamento de tal dificuldade.

A partir de todo o conhecimento gerado no presente estudo, a visita domiciliar é apontada com uma estratégia assistencial que pode contribuir para a promoção de mudanças de comportamentos, pode vir a funcionar como um processo educativo para o autocuidado e, ainda, pode ser uma maneira eficiente de deixar explícito aos pacientes e seus familiares o interesse da equipe em conhecê-los e ajudá-los a vencer suas dificuldades.

REFERÊNCIAS

1. Mazza MMPRA. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. 1994; 2: 60-68.

2. Padilha MICS, Carvalho MTC, Silva MO, Pinto VT. Visita domiciliar-

uma alternativa assistencial. Rev.Enf..UERJ 1994; 2: 83-90.

3. Yamamoto RM, Primo E, Cardoso I et al. Um modelo de ensino para médicos residentes na área de pediatria comunitária: a visita domiciliar contribuindo para uma formação profissional mais abrangente. Pediatría 1998; 3: 172-8.

4. Palma M, Barros JFV, Macieira MS. Visita domiciliar: um instrumento na assistência de enfermagem ao paciente alcoolista. J.Bras.Psiquiatr. 2000; 8: 287-92.

5. Façanha AAA, Muarrek MHM, Hosken MM. Relato de experiência de visitas domiciliares e consultas de enfermagem aos excepcionais de Londrina. Semina: Ci. Biol./Saúde 1992; 13: 84-8.

6. Soares CMC et al. Curso clínico da insuficiência renal crônica em crianças e adolescentes admitidos no programa interdisciplinar do HC-UFG. J.Bras. Nefrol. 2003; 25: 117-25.

7. Warady BA, Hebert D, Sullivan EK, Alexander SR, Tejani A. Renal transplantation, chronic dialysis, and chronic insufficiency in children and adolescents. Pediatr Nephrol 1997; 11: 49-64.

8. Toledo VL, Noda M, Carvalhaes JT. Seleção de crianças e adolescentes para tratamento com diálise peritoneal ambulatorial contínua: roteiro de visita domiciliar. Acta Paul. Enf. 2002; 15: 27-32.

9. Silver EJ, Westbrook LE, Stein REK. Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. J. Pediatr. Psychol. 1998; 23: 5-15.

10. Gongora, JN. El impacto psicosocial de la enfermedad crônica en la familia. IN : La familia: realidade e mito. Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces, 1998. apud Castro EK, Piccinini CA. Psicologia: Reflexão e Crítica 2002; 15: 625-35.

11. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. Rev. Latino-Am. Enf. 2002; 10: 1-14.

Recebido em: 13/07/2005

Aprovado em: 22/11/2005

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - ESCOLA DE ENFERMAGEM - FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA NA IRC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DURANTE A VISITA DOMICILIAR

RESPONDENTE :

1 - CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICA DA FAMÍLIA

Identificação da família : _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Resumo da condição do doente: _____

Condições de higiene da moradia: _____

Modificações necessárias caso venha a fazer CAPD _____

2 - INTERRELACIONAMENTO FAMILIAR

Como os membros da família se relacionam entre si: _____

Como os membros da família se relacionam com a criança / adolescente doente _____

3 - IMPACTO DA DOENÇA NA VIDA DA CRIANÇA / ADOLESCENTE DOENTE E NA FAMÍLIA COMO UM TODO

Quais os membros da família se envolvem diretamente no cuidado da criança / adolescente: _____

Limitações impostas pela doença na vida da criança / adolescente: _____

Modificações ocorridas na vida dos outros membros da família a partir do problema de saúde da criança/adolescente: _____

Dificuldades encontradas no cuidado da criança / adolescente doente: _____

Facilidades encontradas: _____

A família conta com algum tipo de ajuda no cuidado com a criança / adolescente doente _____

4 - EXPECTATIVAS

Quais suas expectativas em relação ao tratamento da criança / adolescente: _____

Sugestões em relação aos cuidados que estão sendo prestados pela equipe de saúde: _____

Avaliação do familiar e/ou paciente em relação à visita: _____

Responsável pela visita: _____

Encaminhamentos: _____

5- INFORMAÇÕES OU COMENTÁRIOS ADICIONAIS (registrar receptividade) _____
