



RELATO DE EXPERIÊNCIA

O apoio da atenção básica ao paciente em uso de diálise peritoneal: relato de experiência

Support from primary care patients in use of peritoneal dialysis: an experience report

Fernanda Lima¹, Bianka Sousa Martins Silva², Carolina Vinhas³, Isabela Vilas Boas⁴

RESUMO

Este artigo relata uma experiência com paciente de uma Unidade de Saúde da Família (USF) portadora de insuficiência renal, que realizava diálise peritoneal (CAPD). Os dados deste artigo foram obtidos através de visitas domiciliares realizadas por enfermeirandas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. Percebe-se nessa vivência a relevância da contribuição da atenção básica ao paciente em uso de CAPD e a importância do envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado integral à saúde dos pacientes.

Palavras-chave: Diálise Peritoneal. Assistência Domiciliar. Enfermagem.

¹ Enfermeira graduada na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Enfermeira assistencial do Centro de Assistência em Hipertensão e Diabetes (CADH) e do Instituto de Urologia e Nefrologia (IUNE).

² Enfermeira graduada na UEFS e mestre em Saúde Coletiva; Docente da Faculdade Anísio Teixeira (FAT).

^{3,4} Enfermeiras graduadas na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

ABSTRACT

This article describes an experience with a patient from a USF (Family Health Unit) carrier of renal failure, which performs peritoneal dialysis (CAPD). The data in this article were obtained through home visits by enfermeirandas the eighth semester of nursing course at the Universidade Estadual de Feira de Santana. It can be seen in this experience the relevance of basic care to patients using CAPD and the importance of involving health professionals in the integral health care of patients.

Key-words: Peritoneal Dialysis. Home Care. Nursing

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é considerada atualmente como um importante problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos

em programas assistenciais destinados ao controle e tratamento de IRC dobrou nos últimos anos. Trata-se de uma doença caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal e condiciona o paciente a realizar terapias de substituição da função renal na forma da diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante.¹

Para escolher o método de depuração sanguínea vários fatores são avaliados pela equipe de saúde, de modo que resulte beneficemente para a saúde do paciente, reduzindo a exposição a fatores de risco. A diálise peritoneal, um dos tipos de terapia substitutiva para depuração sanguínea, é um método de diálise que usa o peritônio como membrana semipermeável para a depuração de toxinas urêmicas variadas. A membrana peritoneal, funcionando como um equivalente “natural” do capilar de hemodiálise, regula a troca de água e solutos entre os capilares do interstício peritoneal e o líquido de diálise infundido na cavidade peritoneal.¹

Este modelo de diálise peritoneal é essencialmente um tratamento dialítico domiciliar. Para que o resultado obtido seja o sucesso do tratamento dialítico do paciente, é preciso que este e seus cuidadores estejam devidamente treinados para que possam realizar a técnica adequada exigida pelo tratamento. Estas

características inerentes ao tratamento causam repercussões psíquicas e emocionais ao paciente, bem como à sua família, já que provoca uma mudança em sua rotina.

O cuidado ao paciente e sua família em residência está preconizado nas atribuições de todos os profissionais de saúde que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como consta na Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 quando diz: “realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário”.²

O presente trabalho descreve visitas domiciliares realizadas a uma família pertencente à área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família na área rurícola de Feira de Santana em que um dos seus integrantes realiza diálise peritoneal. Esta atividade foi desenvolvida durante o cumprimento da prática de disciplina Estágio Supervisionado I, componente curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Durante as visitas domiciliares foram investigados os aspectos diretamente relacionados com a técnica para realização da diálise peritoneal, além de aspectos psicossociais que envolviam a referida

família no que tange o tratamento dialítico, visando intervir positivamente com ferramentas disponíveis na atenção básica.

A atenção básica pode contribuir para o sucesso do tratamento dialítico em domicílio tendo como eixo de acompanhamento a família e o indivíduo de forma holística. Tal posição encontra-se respaldada na lei 8.080/90, a qual dispõe que o indivíduo deve ser assistido de forma integral, equânime e universal e, de forma mais direcionada, na Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 a qual dispõe que deve ser realizado:

“prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que

influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade”.²

Para garantir os princípios regidos pelas leis supracitadas, a visita domiciliar é uma ferramenta de grande importância, em destaque ao paciente em uso da diálise peritoneal contínua. Este 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.³

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência onde os envolvidos foram: uma senhora idosa, 74 anos, portadora de IRC e adepta do procedimento da diálise peritoneal, além de três parentes próximos que se revezavam durante os dias para realizar o tratamento e prestar assistência de forma adequada. Atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe

sobre os aspectos ético-legais dos trabalhos de investigação científica,⁴ foram mantidos o anonimato da senhora, que denominamos de Dona Hortência, bem como o de seus parentes, que serão citados como P1, P2 E P3.

O estudo teve como cenário uma comunidade rurícola, do município de Feira de Santana-Bahia, no qual existem 1.075 famílias acompanhadas por uma equipe de saúde da família, sendo que a família de Dona Hortência é uma delas.

Para a realização da pesquisa, traçamos cinco passos a ser seguidos:

1. Levantamento das necessidades: Nesta fase, identificamos o que buscaríamos com esse estudo e conseqüentemente, dessa família. Buscamos saber então, quais as mudanças ocorridas na rotina de Dona Hortência e de seus parentes após a adesão ao CAPD, a sua preferência pelo tratamento dialítico atual ou anterior (CAPD ou Hemodiálise, respectivamente), como ela se sente com o novo tratamento, como a unidade de saúde da família poderia colaborar, entre outros questionamentos.

2. Planejamento: Nesta fase, decidimos de que forma conseguiríamos obter as informações que precisamos. De acordo com Kawamoto et al (1995), “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

DESENVOLVIMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES

No início das visitas domiciliares buscou-se demonstrar atenção e interesse no cotidiano da família em questão, bem

sócio-econômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso”. Diante disto, optamos por adquirir as informações através de quatro visitas domiciliares, realizando observação assistemática.

3. Execução e registro dos dados: Colocamos em prática o que foi decidido no planejamento. Foram realizadas as quatro visitas domiciliares e feito anotações do que foi visto e escutado, juntamente com registros fotográficos;

4. Análise: Com base nas informações coletadas, realizamos análise dos dados;

5. Implementação: Nesta última fase, buscamos intervir no contexto da atenção básica à saúde, tentando sensibilizar alguns profissionais de saúde da unidade para esse caso e capacitá-los para uma possível assistência.

como a criação de um vínculo harmonioso para que se conseguisse abranger não só a questão fisiopatológica de Dona Hortência, mas também o psicológico de todos os envolvidos. Cada visita teve duração de aproximadamente uma hora, e foram

realizadas em quatro dias de uma única semana.

Na primeira visita, fomos informadas que a paciente tinha necessitado procurar atendimento na nefroclínica que presta assistência ao seu problema renal em decorrência de uma alergia medicamentosa. Logo, o primeiro contato aconteceu com P1, filha de Dona Hortência e uma das responsáveis pelo cuidado na diálise.

No primeiro momento foi expressa a intenção em realizar o relato de experiência baseado no caso de Dona Hortência e a relevância desta temática na atenção básica. P1 se mostrou receptiva e

se dispôs a colaborar no decorrer do processo. Foi mostrado o quarto de Dona Hortência que passou por reformas para promover a adaptação e facilitar o procedimento da diálise (Figura 1).

O quarto passou a conter além da cama, uma pia com torneira adequada para evitar o contato das mãos, suporte com papel toalha, suporte de sabão, um relógio de parede, lixeira, suporte de soro e uma mesa, que segundo P1, fica previamente montada com todo o material a ser usado na próxima diálise (Figura 2 e 3). Já na sala de estar da casa, se encontram encaixotado o restante dos materiais a serem usados (Figura 4).



Figura 1 - Entrada do quarto de Dona Hortência



Figura 2 - Infraestrutura do quarto de Dona Hortênsia



Figura 3 - Infraestrutura do quarto de Dona Hortênsia.



Figura 4 - Materiais encaixotados na sala de estar

Durante a visita foi realizado o levantamento do histórico de Dona Hortência, buscando conhecer quando iniciou sua patologia, os tratamentos anteriores e as mudanças ocorridas na rotina de todos os envolvidos. Segundo P1, sua mãe é portadora de insuficiência renal há aproximadamente um ano e realizava hemodiálise através de cateter por impossibilidade na realização de fístula. Após 7 meses de tratamento, tornou-se inviável a hemodiálise por cateter, sendo necessário a nova escolha de tratamento, o que então foi sugerido pela equipe de nefroclínica. Após avaliação e discussão foi escolhido o CAPD. As técnicas atuais de diálise peritoneal utilizam infusão e, após períodos variados, drenagem da solução através do cateter intraperitoneal. Mais especificamente a CAPD, a infusão e a drenagem são feitas utilizando a força gravitacional.¹

Ainda durante a primeira visita, P1 relatou que para assumir o papel assistencial, ela e as outras duas cuidadoras passaram por um treinamento teórico-prático promovido pela nefroclínica, buscando capacitá-las para prestarem assistência de forma adequada. Em decorrência disto, P1 relatou, também, sobre as mudanças ocorridas na rotina familiar, que precisou sofrer ajustes e

realizar um planejamento no cuidado à Dona Hortência, já que todas as envolvidas no processo trabalham e possuem afazeres individuais. Esse é um dos motivos pelo qual a unidade de saúde da família deveria estar inserida nesse contexto, possuindo profissionais capacitados na realização da assistência ao paciente em uso de diálise peritoneal ou até mesmo realizando a supervisão da técnica quando for realizada pelos familiares.

Na segunda visita, chegamos no momento da troca do líquido intra-abdominal e tivemos a oportunidade de assistir, respeitando os limites da distância dos objetos em uso e em uso de máscaras descartáveis. Dessa maneira, foi possível perceber a aceitação de Dona Hortência e sua adesão ao tratamento dialítico, sua preocupação com o autocuidado quando se mostra preocupada com o horário marcado para troca e, além disso, o seu incômodo em ter que chamar o cuidador, nesse dia P1. Muito receptiva às nossas visitas, Dona Hortência e P1 nos apresentaram todos os materiais utilizados no momento da troca, modo de manuseio destes e cuidados assépticos necessários.

Nesse sentido é de grande importância a avaliação profissional sobre o modo correto de realização destes cuidados, e, caso fosse treinado para tal,

esse papel poderia ser feito pelo profissional da atenção básica, utilizando ainda este momento para educação em saúde e assistência psicossocial.

Nessa visita P1 se mostrou muito atenciosa, cuidadosa e responsável com Dona Hortênsia. Porém, apresenta-se com a saúde fragilizada, agravada pela sobrecarga de trabalho em casa e no seu emprego e também precisava de cuidados. Sobre este aumento da sobrecarga, “se por um lado temos a satisfação do cliente, por outro temos o cansaço do cuidador. O idoso submetido a este tratamento sofre por se tornar dependente do cuidador, causando sobrecarga emocional e psicossocial”.⁵ A estratégia que tem como base a família, poderia intervir positivamente na assistência prestada ao usuário.

Na terceira visita, o familiar cuidador de Dona Hortênsia foi P2. Durante o diálogo P2 citou o problema que existia em relação ao transporte, custo e em casos de emergência, onde é dependente de terceiros. A ESF é a porta de entrada para o serviço de saúde e deve garantir este suporte nos momentos que a ambulância esteja na unidade, principalmente em momentos emergentes. Assim, é necessário o vínculo entre a unidade e a família.

Neste dia de visita, chegamos no momento final da troca do líquido intra-

abdominal. E, afim de evitar exposição a fatores de risco para infecção, não assistimos os cuidados prestados. P3, mostrando confiança na equipe, conversou sobre outros problemas familiares vivenciados, envolvendo inclusive Dona Hortênsia. Porém estes problemas não parecem influir na relação cuidado-cuidador, mas provoca mais ansiedade e sobrecarga nos atores envolvidos nesse processo.

Questionamos Dona Hortênsia sobre qual o método de depuração sanguínea que ela mais gostou. Inicialmente ela respondeu hemodiálise, porque ela ia para cidade e passeava. Mas, quando se tratou de qualidade e vida, deu preferência a diálise peritoneal, queixando-se apenas de falta de apetite. Este tipo de tratamento permite maior liberdade de dieta, frutas e líquidos, maior flexibilidade de horários para realizar a diálise, o paciente é treinado e orientado para o seu autocuidado, preserva a função residual por mais tempo, promovendo uma maior qualidade de vida e possibilita maior estabilidade cardíaca, menor variação do peso e maior controle da pressão arterial e anemia.⁶

Na quarta e última visita, com a certeza em mente que a atenção básica possui responsabilidade com o paciente em uso de diálise peritoneal e nos sentindo

vinculadas ao caso de Dona Hortência, convidamos a Enfermeira da unidade para nos acompanhar nessa visita, buscando sensibilizá-la para essa questão.

Durante a visita, buscamos interagir com a paciente e entre alguns assuntos informais, decidimos indagá-la sobre a forma que a unidade de saúde da família de sua comunidade poderia colaborar com seu caso. Ela referiu estar satisfeita com o atendimento da unidade, relatou comparecer ao posto quando ainda conseguia deambular pelo seu peridomicílio, mas mesmo se tornando inviável, não tinha do que reclamar. Neste momento, P3 estava presente e expôs sua opinião de forma tranqüila, porém consciente dos seus direitos enquanto usuária do SUS:

“Entendo que o pessoal do posto é ocupado, o posto vive cheio e a ambulância nem sempre está lá. Mas, acho que poderiam ter colaborado com o transporte quando Dona Hortência. fazia hemodiálise três vezes por semana na cidade. A distância é longa, e pagávamos uns R\$60 mais ou menos de carro. Além do que, nunca vieram fazer nenhuma visita a ela.”

IMPLEMENTAÇÃO

Percebe-se a responsabilidade da unidade de saúde para com os pacientes crônicos, principalmente se tratando de Dona Hortência, por ser residente de zona rural e possuir uma baixa renda. O acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário e expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam.⁷ Logo, percebe-se uma dificuldade tanto no acesso geográfico dessa usuária, quanto no acesso econômico. Essa situação não condiz com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que se orienta pelo princípio do acesso universal e igualitário.

Na prática, ocorre que a ambulância nem sempre está na unidade de saúde, sendo encaminhada a outras diligências para prestação de serviços. Esta situação cria dificuldades no cotidiano da unidade com relação à assistência da demanda. P3 ainda relatou compreender essa situação e não procura culpados, nem muito menos julga os profissionais da unidade.

Após a realização das visitas domiciliares e da percepção nítida da importância da participação da equipe da

ESF no processo de cuidado do paciente em uso da diálise peritoneal, decidimos realizar um momento de educação permanente com os profissionais de saúde da ESF. Este momento teve como objetivo apresentar o conteúdo, tirar dúvidas e ressaltar a grande valia da assistência prestada pela atenção básica a este usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta experiência reafirmou a importância da atenção básica na assistência ao paciente em uso de diálise peritoneal. Isso se deve ao fato de que ao nos inserirmos no contexto da atenção básica vinculada ao paciente que realiza esse tratamento, pudemos visualizar de forma nítida as responsabilidades que a unidade de saúde da família, enquanto SUS possui para realizar serviço de saúde de forma adequada.

A unidade de saúde deveria possuir profissionais capacitados para realizar o procedimento da CAPD quando os familiares não pudessem e sempre que necessário, ou até mesmo para realizar uma supervisão da técnica feita por eles. Para isso, as visitas domiciliares adquirem

Estavam presente as técnicas de Enfermagem, o odontólogo, estudantes de Enfermagem da UEFS em estágio na referida unidade e bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA), o qual tem como um dos seus pilares de atuação a educação em saúde.

função essencial, exigindo um envolvimento da equipe da enfermagem, visando atender o paciente como um todo, em suas necessidades bio-psico-sociais, bem como seus familiares. Percebemos também, que a unidade de saúde da família colaboraria se buscasse romper com as barreiras do acesso geográfico para a manutenção do tratamento, disponibilizando transporte em situações emergentes.

Espera-se que este estudo sensibilize a todos que atuam no contexto da atenção básica, para colocar em prática os princípios do SUS e fazer valer a máxima: “Saúde é direito de todos e dever do estado”.

REFERÊNCIAS

1 Pecoists Filho R, Riella MC. Insuficiência renal crônica. In: Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Recebido em: 03/04/2015
Aceito: 04/06/2015.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

3 Sant'ana ERB, 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, 2001; 3 (2).

4 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Brasília, 1997.

5 Silva HG, Silva MJ. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2003; 5 (1); 10-4.

6 Brunner LS, Suddarth DS. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgico.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999

7 Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no Brasil: 1998 e 2003. Ciência e Saúde Coletiva, 2006; 11 (4): 975-86.

Correspondência:
Bianka Sousa Martins Silva
E-mail: biankabio@bol.com.br