

**MALVINA MARIA DE FREITAS DUARTE**

**A visita domiciliária realizada pelo enfermeiro no  
domicílio de candidatos a transplante hepático no  
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas  
Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Orientador:** Professor Doutor Marcelo Dias Sanches

Belo Horizonte  
Universidade Federal de Minas Gerais  
2011

Duarte, Malvina Maria de Freitas.  
D812v A visita domiciliária realizada pelo enfermeiro no domicílio de  
candidatos a transplante hepático no Hospital das Clínicas da Universidade  
Federal de Minas Gerais [manuscrito]. / Malvina Maria de Freitas Duarte. -  
- Belo Horizonte: 2011.  
99f.: il.  
Orientador: Marcelo Dias Sanches.  
Área de concentração: Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina.

1. Visita Domiciliar. 2. Enfermeiros. 3. Transplante de Fígado. 4.  
Dissertações Acadêmicas. I. Sanches, Marcelo Dias. II. Universidade  
Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WY 115

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Professor Doutor Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitora**

Professora Doutora Rocksane de Carvalho Norton

### **Pró-reitor de Pós-graduação**

Professor Doutor Ricardo Santiago Gomez

### **Pró-reitor de Pesquisa**

Professor Doutor Renato de Lima dos Santos

### **Diretor da Faculdade de Medicina**

Professor Doutor Francisco José Penna

### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Professor Doutor Tarcizo Afonso Nunes

### **Coordenador do centro de Pós-Graduação**

Professor Doutor Manoel Otávio da Costa Rocha

### **Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Professora Doutora Tereza Cristina de Abreu Ferrari

### **Chefe do Departamento de Cirurgia**

Professor Doutor Marcelo Eller Miranda

### **Chefe do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia**

Professor Doutor Roberto Eustáquio Santos Guimarães

### **Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia**

Professor Doutor Marcelo Dias Sanches

### **Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia**

Professora Doutora Ivana Duval de Araújo

### **Colegiado do programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia**

Professor Doutor Marcelo Dias Sanches

Professora Doutora Ivana Duval de Araújo

Professor Doutor Edson Samesima Tatsuo

Professor Doutor Alcino Lázaro da Silva

Professor Doutor Tarcizo Afonso Nunes

Professor Doutor Márcio Bittar Nehemy

Professor Doutor Marco Aurélio Lana Peixoto

Eduardo Angelo Braga (Representante Discente Titular)

Dedico este trabalho:

à minha mãe, Maria Leopoldina de Freitas (Dona Dú), hoje com 95 anos, exemplo de conduta, de paciência, de ternura, de carinho, de esforço, de generosidade e de luta pela vida;

ao meu pai, Domingos de Freitas Victoi (*in memoriam*) que ensinou-me a superar os desafios e ter firmeza e constância nos propósitos. Foi um exemplo de caráter, de estudo e de atividade constantes. Muitas saudades;

ao Eduardo, que sempre esteve a meu lado, valorizando o tempo dedicado à pesquisa científica, incentivando-me a realização deste trabalho;

ao Matheus, querido filho, sempre com seus olhos brilhantes e sorrindo, perguntava como havia sido meu dia, o que eu havia realizado. Sempre prestativo, colaborando com a busca dos artigos e incentivando-me a realizar as caminhadas diárias;

ao Túlio, querido filho, com seu senso de humor, sempre alegre, quebrava o clima, perguntando-me se tinha um tempinho para ele. Com isso, ele fazia com que eu me recolocasse e lembrasse que, além de mãe, eu sou exemplo para ele.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Ao orientador, professor doutor Marcelo Dias Sanches, pela paciência ao me ouvir; pelo incentivo e o respeito ao meu ritmo. Obrigada por ampliar meus horizontes e comprovar que o conhecimento é para vida.

Aos pacientes, que prontamente abriram seus domicílios, permitindo-me adentrar o espaço familiar de convívio e aceitaram responder os questionários propostos, tornando possível a realização desta dissertação.

À Universidade Federal de Minas Gerais, especialmente ao Hospital das Clínicas e ao Grupo de Transplantes do Instituto Alfa de Gastroenterologia, que me proporcionaram a realização desta dissertação.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me sustentar nos dias em que tive de empenhar-me na própria superação, e naqueles quando a alegria brotava do mais íntimo de meu ser pelas novas descobertas.

À professora mestre Júlia Maria Amorim de Freitas, minha irmã, que auxiliou-me na correção, na digitação e na formatação do texto, e forneceu o estímulo necessário para eu ser valente e enfrentar o desafio da escrita científica. Você, que é orgulho para toda nossa família, minha enorme gratidão.

Ao professor doutor Agnaldo Soares Lima, Coordenador do Grupo de Transplante do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG, por me fazer acreditar em “um pote de mel contido em minhas mãos” e estudar sobre este tema. Obrigada pelo constante incentivo, pela confiança em minha capacidade e pelo fornecimento dos dados estatísticos.

À enfermeira mestre Monalisa Maria Gresta, pela amizade, pela disponibilidade incansável com a colaboração dos artigos para realização deste estudo, pelo incentivo e pela convivência gratificante.

À enfermeira mestre Márcia Eller Miranda Salviano, pela amizade e incentivo recebidos para meu crescimento na profissão. Pela presteza em colaborar na construção deste estudo.

À professora doutora Roseni Rosângela de Sena, Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo compromisso histórico com a enfermagem na pesquisa domiciliar.

À minha irmã Maria Inês de Freitas Stein, que é enfermeira, exemplo de doçura, firmeza e generosidade, e que muito contribuiu com a busca dos artigos.

Às minhas irmãs Aparecida, Celeste, Thereza e Fátima Freitas, pelo carinho e o estímulo constantes para realização deste estudo.

Ao professor doutor Alcino Lázaro da Silva, minha enorme gratidão.

À enfermeira doutora Leonor Gonçalves e ao enfermeiro doutor professor Lúcio José Vieira, chefes da Vice Diretoria Técnica de Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFMG, pelo incentivo à pesquisa e por permitir a minha liberação para realização deste estudo.

À enfermeira mestre Telma Maciel Silva, chefe do Departamento do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais unidade Betim, pela confiança, apoio, incentivo, além da liberação para realização deste estudo.

À professora doutora Ângela Maria Quintão Lana, por ser fonte de estímulo e acreditar no potencial de seus alunos. Minha gratidão por toda colaboração durante as aulas de estatística e análise dos dados pesquisados.

Às enfermeiras Maria Cristina de Oliveira, Ângela Aparecida de Lima, Josely Santana de Amorim, Fernanda Botelho, Daniela Chaves, Sabrina Molica, Valdinéria Borges, que me estimulavam através de suas palavras de carinho, oferecendo-me artigos para realização deste estudo, além de assumirem, por um período, minhas atividades de trabalho no Hospital das Clínicas da UFMG.

Ao Mateus Pedrosa, pelas palavras de incentivo e por colaborar no levantamento de dados cadastrais dos pacientes.

À querida Dona Aurora Pepino, pelo estímulo e as palavras que elevavam minha autoestima. Pela amizade sincera e as correções de português.

Ao Guilherme Rocha, pelo processamento dos dados estatísticos.

À Fernanda Lima Castro e à Isabela Pirole, pelas traduções em inglês.

Ao Rafael Machado Duarte que, mesmo distante, colaborou com os artigos.

À bibliotecária Mariza Talim, pela cordialidade que sempre me recebeu e as buscas incansáveis do tema nos bancos de dados.

Ao professor Claret Orsini Teixeira, pela colaboração ao emprestar-me os livros e artigos.

À equipe multiprofissional do Grupo de Transplante do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG, onde o trabalho de cada um é imprescindível ao se prestar assistência de qualidade aos pacientes em todas as fases do transplante.

À doutora Virgínia Maria Vidigal Fernandes, pelos ensinamentos trilhados em busca deste objetivo.

À professora Dona Dina Sarah Boczar, que através de seu entusiasmo e disposição durante as aulas de inglês, estimulava-me à realizar este trabalho.

À equipe de Transportes do Hospital das Clínicas da UFMG, através do Rômulo Marra, Denise Cristina, Vânia Montanari, Maria Cecília Dias, aos motoristas Ivair Goulart, Milton Pedro, Paulo Martins, José Neves e especialmente, ao motorista Carlos Eduardo que, como um GPS humano, cortava os bairros, descia e subia becos, ruas e avenidas, encurtando os caminhos para chegarmos aos endereços mais difíceis em tempo hábil, o que nos permitia a realização de mais de uma visita por manhã.

Para triunfar é necessário vencer, para vencer é necessário lutar, para lutar é necessário estar preparado, para estar preparado é necessário prover-se de uma grande inteireza de ânimo e de uma paciência a toda a prova. Isto requer, por sua vez, levar constantemente ao íntimo da vida o incentivo da suprema esperança de alcançar aquilo que se anela como culminação feliz da existência.

Carlos Bernardo González Pecotche

## RESUMO

Analisar o papel do enfermeiro no programa de visita domiciliar e identificar os fatores das condições sociodemográficas dos candidatos a transplante que podem influenciar no cuidado domiciliar pós-transplante hepático foram objetivos deste estudo: uma pesquisa prospectiva, qualitativa, de caráter descritivo, realizada no domicílio de 100 candidatos ao transplante hepático atendidos no ambulatório de Transplantes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. As indicações para transplante foram cirrose etanólica 31,0%, cirrose criptogenética 24,0% e cirrose pós-viral C 21,0%. Setenta por cento dos pacientes eram do gênero masculino, 37,0% residiam nos municípios da grande Belo Horizonte, 47,0% residiam com cônjuge e filhos, 68,0% tinham como cuidadores seus familiares e amigos. Quanto a renda familiar, 42,0% recebiam até um salário mínimo, 67,0% tinham profissões classificadas como serviços gerais, bancário e militar, 66,0% eram aposentados e 62,0% eram analfabetos ou possuíam apenas ensino fundamental incompleto. Apesar de 38,0% possuírem plano de saúde suplementar, 99,0% dos transplantes seriam realizados pelo Sistema Único de Saúde. Setenta e três por cento dos domicílios eram próprios, 56,0% tinham de 5 a 8 cômodos, 84,0% tinham cobertura de laje e 56,0% tinham piso de cerâmica. Oitenta e um por cento eram arejados, porém mofo e infiltração estavam presentes em 45,0% deles. Luz elétrica estava presente em 100,0%, rede de esgoto em 91,0%, água tratada em 97,0%, caixa d'água com fechamento em 95,0%, filtro de água em 77,0%, coleta de lixo acima de quatro vezes por semana e presença de animais domésticos em 59,0%. O diagnóstico de enfermagem "Manutenção do lar prejudicada" foi detectado em 89,0% dos domicílios e 65,0% necessitavam de melhorias e em 68,0% elas poderiam ser feitas até um mês. Quanto ao nível de orientação dos pacientes, 99,0% não sabia o que levar no dia do transplante e 38,0%, como guardar adequadamente os medicamentos. Concluiu-se que a visita domiciliária possibilita ao profissional enfermeiro estabelecer uma estratégia de educação que envolve o paciente e seus familiares, no domicílio, favorece a comunicação e permite interação positiva na evolução do seu tratamento.

Palavras chave: Enfermeiro, Visita Domiciliar, Transplante Hepático.

## ABSTRACT

The present study aimed to analyze the role of a nurse in a home care program and identify the sociodemographic conditions of transplant candidates which can influence the home care of liver post-transplant patients. This study consisted of prospective, qualitative, and descriptive research carried out in the homes of 100 liver transplant candidates attended to at the Transplants Emergency Clinic of the Clinical Hospital of the Federal University of Minas Gerais (UFMG). Recommendations for transplants included ethanolic cirrhosis (31.0%), cryptogenic cirrhosis (24.0%), and post-viral C cirrhosis (21.0%). Within the sample, 70% of the patients were male; 37.0% reside in the greater metropolitan area of the city of Belo Horizonte, Brazil; 47.0% live with their spouse and children; and 68.0% relied on their family and friends as caretakers. As regards the family income, 42.0% received up to one minimum salary, 67.0% had professions classified as general services, bank teller, and military personnel, 66.0% were retired, and 62.0% were illiterate or had only an incomplete elementary education. Although 38.0% had a supplementary health plan, 99.0% of the transplants were to be performed by the Brazilian Sole Health System (SUS). Seventy-three percent of the homes were privately owned, 56.0% had 5 to 8 rooms, 84.0% had tiled roofs, and 56.0% had ceramic tile floors. In the homes, 81% were well-ventilated; however, mold and infiltration could be identified in 45.0%. Electricity was found in 100.0%, sewage system in 91.0%, treated water in 97.0%, covered water tank in 95.0%, water filter in 77.0%, as well as garbage collection more than four times per week and the presence of domesticated animals in 59.0% of the homes. The nursing diagnosis, called "Damaged Home Maintenance" could be detected in 89.0% of the homes, where 65.0% needed home improvements and, in 68.0% of the homes, the maintenance could be executed within one month's time. Concerning the level of medical advice provided to the patients, 99.0% did not know what to take on the day of the transplant and 38.0% did not know how to properly store their medications. It can therefore be concluded that home care opens the door for the professional nurse to establish an educational strategy that involves the patient and his/her family members at home, favors communication, and allows for positive interaction in the evolution of the patient's treatment.

Key words: Nurse, Home Care, Liver Transplant.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à zona da cidade .....	20
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à escolaridade .....	20
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à estrutura familiar .....	21
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à profissão.....	21
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao vínculo empregatício .....	22
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à renda familiar .....	22
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à quem realiza as tarefas diárias no domicílio .....	23
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao cuidador que irá acompanhar o paciente em seu tratamento.....	23
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à indicação para o transplante .....	25
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao domicílio .....	25
<b>Gráfico 11</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao número de cômodos nos domicílios .....	26
<b>Gráfico 12</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao número de degraus para o acesso ao domicílio.....	27
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de cobertura do domicílio .....	28
<b>Gráfico 14</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de cobertura do piso .....	29
<b>Gráfico 15</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de banheiro .....	30
<b>Gráfico 16</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de animal doméstico.....	31
<b>Gráfico 17</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à limpeza da caixa d'água.....	33

<b>Gráfico 18</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tempo de troca da vela do filtro de água .....	34
<b>Gráfico 19</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à conservação das paredes .....	35
<b>Gráfico 20</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tempo necessário para organizar o domicílio .....	37
<b>Gráfico 21</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à realização das mudanças sugeridas .....	38

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação aos dados antropométricos .....	20
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao convênio médico .....	24
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	24
<b>Tabela 4</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação a problemas vivenciados no relacionamento familiar .....	24
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à rede de esgoto .....	26
<b>Tabela 6</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à área externa do domicílio .....	26
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação aos muros .....	27
<b>Tabela 8</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao acesso do domicílio .....	27
<b>Tabela 9</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto ao uso de corrimão na escada .....	28
<b>Tabela 10</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de arejamento .....	29
<b>Tabela 11</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença de infiltração e mofo dentro do domicílio .....	30
<b>Tabela 12</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença da pia na cozinha .....	30
<b>Tabela 13</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à parede no banheiro .....	31
<b>Tabela 14</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença de animais domésticos .....	31
<b>Tabela 15</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto à retirada de pássaros e outros animais .....	32
<b>Tabela 16</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao fechamento da caixa d'água .....	32

<b>Tabela 17</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto à limpeza da caixa d'água.....	32
<b>Tabela 18</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença de filtro de água.....	33
<b>Tabela 19</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto à troca da vela do filtro .....	34
<b>Tabela 20</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à coleta de lixo .....	35
<b>Tabela 21</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de melhoria dos domicílios.....	35
<b>Tabela 22</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação a orientar o que levar no dia da realização do transplante .....	36
<b>Tabela 23</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em a relação à necessidade de orientação quanto ao retorno ambulatorial após a realização do transplante.....	36
<b>Tabela 24</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto ao local adequado para se guardar medicamentos .....	37
<b>Tabela 25</b> - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à “Manutenção do lar prejudicada”.....	37

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	- Janela apenas com a estrutura metálica, sem os vidros .....	44
<b>Figura 2</b>	- Construção inacabada. Janela com tapume .....	45
<b>Figura 3</b>	- Escadas na primeira visita e após retorno .....	47
<b>Figura 4</b>	- Corrimão já instalado nas escadas, na visita de retorno.....	48
<b>Figura 5</b>	- Inexistência de muros nos domicílios .....	49
<b>Figura 6</b>	- Mofo nas telhas de amianto, durante a 1ª visita e cobertura com policloreto de vinila, na visita retorno .....	50
<b>Figura 7</b>	- Mofo nas telhas, detectado na 1ª visita. Cobertura com telhas trocadas e colocação da cobertura de laje na visita retorno .....	50
<b>Figura 8</b>	- Infiltração e mofo no quarto, sem janela e sem ventilação .....	51
<b>Figura 9</b>	- Corredor na 1ª visita e corredor em reforma na visita de retorno .....	52
<b>Figura 10</b>	- Cozinhas sem a presença de pia.....	53
<b>Figura 11</b>	- Banheiros com presença de mofo, infiltração e sem chuveiro .....	54
<b>Figura 12</b>	- Banheiros reformados, na visita de retorno .....	54
<b>Figura 13</b>	- Presença de galinhas, porco e pássaros área externa .....	55
<b>Figura 14</b>	- Caixa d'água sem cobertura da tampa e presença de cisterna .....	56
<b>Figura 15</b>	- Presença de objetos em cima do guarda roupa, poeira e ambientes sem organização .....	60
<b>Figura 16</b>	- Filtros com mofo externo .....	62

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>3</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Aspectos históricos da visita domiciliária .....</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Conceitos gerais sobre a visita domiciliária .....</b>	<b>6</b>
<b>3.3 O papel do enfermeiro na visita domiciliária .....</b>	<b>7</b>
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1 Casuística .....</b>	<b>11</b>
<b>4.2 Período da coleta de dados .....</b>	<b>12</b>
<b>4.3 Aspectos éticos .....</b>	<b>12</b>
<b>4.4 Trabalho de Campo .....</b>	<b>12</b>
<b>4.5 Coleta dos Dados e categorização das variáveis .....</b>	<b>13</b>
<b>4.5.1 Categorização das variáveis .....</b>	<b>13</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>6.1 Orientações prestadas aos pacientes durante a visita domiciliária .....</b>	<b>58</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>72</b>
<b>Apêndice 1 - Protocolo de Visita Domiciliar .....</b>	<b>72</b>
<b>Anexo 1 - Parecer COEP .....</b>	<b>75</b>
<b>Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Adultos) .....</b>	<b>76</b>
<b>Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Até 6 anos) .....</b>	<b>77</b>
<b>Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (7 a 12 anos) .....</b>	<b>78</b>
<b>Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (13 a 17 anos) .....</b>	<b>79</b>
<b>Apêndice 6 - Diagnósticos de Enfermagem Levantados Durante a Realização de Visitas Domiciliárias .....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O transplante hepático é um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna. Seu sucesso depende de infraestrutura hospitalar completa e de equipe multiprofissional altamente treinada no procedimento cirúrgico e no acompanhamento de pacientes gravemente debilitados e já imunodeprimidos pela doença que motivou o transplante (MIES, 1998).

O paciente na fase pré-transplante hepático requer assistência multiprofissional, em particular de enfermagem, por ser essa uma assistência direta e contínua (CARVALHO et al., 2007).

O enfermeiro do transplante hepático tem papel vital e ativo na equipe mutiprofissional no que diz respeito à abordagem do cuidado de pacientes com doença irreversível do fígado. Como membro da equipe, contribui com o resultado do tratamento. No sistema de assistência de enfermagem, abrange todas as fases do transplante e fornece tratamento coordenado de alta qualidade ao paciente (OVERMAN et al., 1989).

Considerando-se que a estrutura sócio-familiar é um dos itens que compõe o protocolo de avaliação do paciente, a adequação dela é um dos indicadores de sucesso do procedimento a longo prazo (SALVIANO, 2007).

A enfermagem participa e atua em todas as fases do transplante hepático, iniciando pelo ambulatório, ou seja, a porta de entrada do paciente. Nesse contexto, vivencia-se a alta tecnologia que envolve a realização dos transplantes como um procedimento cirúrgico, nível IV (FONSECA; ROCHA, 1999), considerado de alta complexidade e do outro a atenção primária, com foco nos aspectos básicos que envolvem desde a moradia, cuidados de higiene, saneamento.

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, em Resolução 292/2004, normatizou a atuação do enfermeiro nos transplantes, com objetivo de planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem, em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. Ao receptor e sua família inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar). Cabe ao enfermeiro realizar intervenções de enfermagem,

tratamento e/ou prevenção, evitando complicações e/ou minimizando os riscos que possam interferir no transplante; realizar visita domiciliar, com o objetivo de implementar a Sistematização de Assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Apesar de todas as dificuldades, a família, diante da vivência do transplante, necessita alterar todo o seu funcionamento para atender às suas demandas. Portanto, a doença constitui um evento familiar. A família deve ser incorporada aos cuidados dos profissionais que irão acompanhar todas as fases do transplante (MENDES; OLIVEIRA, 2007).

Sendo assim, quando o paciente e a família são informados da necessidade da realização do transplante hepático, a ansiedade, a angústia, a incerteza, a insegurança e o medo são claramente percebidos pela equipe de enfermagem. Esse é o momento de acolhimento, de esclarecimento e de atenção ao paciente e à sua família. Além disso, a comunicação previamente estabelecida simplifica a avaliação do enfermeiro para facilitar o aprendizado do paciente estabelecendo os métodos de ensinar focados em sua recuperação (OVERMAN et al., 1989).

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais iniciou seu programa de transplante hepático em 24 de setembro de 1994. Desde então, foram realizados 712 transplantes de fígado, sendo 29 re-transplantes até 12 de agosto de 2011. Atualmente, em média, 85 pacientes encontram-se inscritos em lista de espera para transplante hepático, na Instituição.

Desde 2000, o grupo vem realizando visitas domiciliárias e observou-se que fatores como condições do domicílio, renda, relações interpessoais e outras variáveis tem grande influência na vida dos candidatos ao transplante hepático e de suas famílias. Esta pesquisa subsidiará esses fatores ao demonstrar como eles acontecem extramuros, tanto em nível ambulatorial como hospitalar.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Analisar as variáveis sócio-demográficas: gênero, faixa etária, renda familiar, escolaridade, trabalho, localização, núcleo familiar e as condições dos domicílios, que estão diretamente associadas a qualidade de vida dos candidatos ao transplante hepático.

### **Objetivos Específicos**

1. Analisar o papel do enfermeiro no programa de visita domiciliar;
2. Identificar os fatores das condições sócio demográficas do candidato a transplante hepático, que podem influenciar no cuidado domiciliar pós-transplante.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 Aspectos históricos da visita domiciliária**

Na Grécia (443 a.C.), são encontrados relatos de médicos que percorriam as cidades para prestar assistência às famílias, de casa em casa, orientar quanto ao controle e à melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo (DUARTE; DIOGO, 2000; SOUZA; LOPES, 2004).

No século XV, organizações militares e ordens religiosas iniciaram o desenvolvimento de uma forma de atendimento domiciliário. As primeiras tentativas de uma sistematização metodológica nos meados do século XIX, iniciaram-se em Liverpool, Inglaterra, e foi Wilian Rathbone, que criou o primeiro serviço de enfermagem de saúde pública domiciliária (DUARTE; DIOGO, 2000).

Esses dados indicam que essa ação dentro da área de saúde remonta à formação da própria área de saber e contribui para a evolução do cuidado como parte da função do enfermeiro.

Com o passar do tempo, a experiência mostrou que o sistema apresentava resultados positivos, o que levou os dirigentes dos distritos sanitários a considerarem que, se empregassem mulheres com educação superior como médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas, haveria uma otimização na assistência aos pobres (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Duarte e Diogo (2000, p.3) também informam que “o primeiro trabalho domiciliário surgiu no início do século XIX, na Carolina do Sul, onde um grupo de 16 senhoras da comunidade prestava cuidados em domicílio”.

Esses autores, assim como Matias e Pereira (2010) e Lopes; Saupe e Massaroli, 2008), relembram que, no Brasil o desenvolvimento da assistência domiciliária manteve estreita relação com a enfermagem. Suas primeiras atividades são descritas em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Naquela época, o País passava por várias epidemias (como febre amarela e peste) que comprometiam a economia. Assim, Carlos Chagas trouxe ao Brasil enfermeiras americanas com objetivo principal de preparar profissionais no país para atuarem no combate às

epidemias. Essa iniciativa em 1920 culminou com a criação do primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras, posteriormente transformado na Escola de Enfermagem Ana Néri. Estas enfermeiras foram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para atuarem nos domicílios na orientação das famílias. O curso de Enfermeiras Visitadoras Sanitárias foi introduzido por Amaury de Medeiros, na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, como parte do serviço de profilaxia da tuberculose (DUARTE; DIOGO, 2000; LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008; MATIAS; PEREIRA, 2010).

A visita domiciliária foi incluída como atividade de saúde pública em 1920 destacando-se como iniciativa do Departamento Nacional de Saúde Pública. A prevenção de doenças era o objetivo principal do serviço de visitadoras no Brasil, que, além de prestarem assistência, priorizavam aspectos educativos de higiene e cuidados dos doentes (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008; MATIAS; PEREIRA, 2010; SOUZA; LOPES, 2004).

Com a inserção do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde, aponta-se a visita domiciliária como eixo transversal, considerada uma estratégia da equipe de saúde, que cumpre quatro princípios básicos da atenção primária: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Também seguem os três princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: universalidade de acesso, equidade na assistência e integralidade da assistência (SOSSAI; PINTO, 2010).

A esse respeito, Silva e Sena (2008) ensinam que:

para se construir uma prática pautada na integralidade, os profissionais de saúde devem estar capacitados para atender a demanda dos pacientes e oferecer ações e/ou procedimentos preventivos. Esta perspectiva deve ser defendida em toda a linha de cuidados, ou seja, todos os serviços devem se ocupar tanto da promoção e da prevenção quanto da assistência curativa (SILVA; SENA, 2008, p.49).

O conhecimento de como é desenvolvida a visita domiciliária pelas diferentes equipes de saúde, permite propor e reordenar ações de forma a ampliar o potencial de intervenção dos profissionais, bem como organizar

suas práticas para responder às necessidades das famílias (DRULLA et al., 2009).

A visita domiciliária pode ser considerada um instrumento de ações com aspectos educativos: atendimento domiciliar, internação domiciliar, visita domiciliar, e traz no seu cerne atuações que priorizam orientações para o autocuidado, manutenção e promoção da saúde, monitoramento dos agravos, situações específicas, temporárias ou não, bem como acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar (ABRAHÃO; LAGRANCE, 2007).

### **3.2 Conceitos gerais sobre a visita domiciliária**

A visita domiciliária é entendida como tipo de atendimento domiciliário feito pelo profissional de saúde e/ou equipe e realizada na residência dos usuários e suas famílias. Tem como objetivo de avaliar as demandas do paciente e de seus familiares, bem como o ambiente em que vivem. A equipe interdisciplinar fornece orientações relativas aos cuidados necessários, que serão realizados pelo cuidador, seja ele familiar, leigo ou profissional (DUARTE; DIOGO, 2000).

A visita domiciliária vem a ser, pois, um grande instrumento utilizado no processo de educação em saúde. É um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas e oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (SOSSAI; PINTO, 2010).

Neste momento, deve-se ressaltar que as visitas domiciliárias não são novidade e nem exclusividade do Programa de Saúde da Família, uma vez que essa atividade é um instrumento que pode ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde (MATIAS; PEREIRA, 2010).

O desafio está em incorporar a visita domiciliária como atividade dirigida, um dos meios de se obter do paciente e da família sua participação no planejamento, na organização e no controle dos cuidados. Essa atividade, não só tornará os sujeitos autônomos na participação das ações de saúde, como também trará a compreensão de que a visita domiciliária possibilita um

olhar atento às reais necessidades dos pacientes/familiares e leva os profissionais a (re)significar as suas práticas (ROSSETTO-MAZZA, 1994).

Neste trabalho, a opção foi pelo termo visita domiciliária, pelo fato de que essa expressão abrange, de forma mais pertinente, o que aqui se propõe.

### **3.3 O papel do enfermeiro na visita domiciliária**

A visita domiciliária é uma das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros que realizam o atendimento ambulatorial ao paciente no período pré-transplante hepático. O papel do enfermeiro nas ações educativas ao paciente e seus familiares, é fundamental no período perioperatório. Portanto é imprescindível ser adequado às necessidades do paciente e de sua família. A adesão do paciente ao tratamento e ao seguimento clínico resulta no sucesso do próprio transplante (SASSO; GALVÃO, 2005).

Ainda, há de se observar que os enfermeiros atuantes na equipe de transplante hepático necessitam desenvolver habilidades e competências na educação em saúde, e proporcionar aos pacientes e aos seus familiares informações sobre todas as fases do transplante, tendo sempre em mente que a responsabilidade de mudança depende do paciente. Através da visita domiciliária o enfermeiro tem acesso à realidade dos pacientes, reconhece seus problemas, fraquezas e fragilidades e identifica suas necessidades de saúde (SOSSAI; PINTO, 2010).

Portanto, em relação ao familiar/cuidador, cabe ao enfermeiro atendê-lo com orientações pertinentes, apoio e escuta para o enfrentamento da situação de doença que se instala, nem sempre de forma esperada pelo núcleo familiar. Quanto ao domicílio, torna-se importante uma avaliação detalhada de suas condições habitacionais, onde se dará o cuidado, e como os membros se relacionam entre si. O enfermeiro deve realizar avaliação das condições do ambiente, reconhecimento do espaço físico, onde se busca encontrar um mínimo de condições para o cuidado e, se preciso, realizar mudanças e adaptações, de comum acordo junto da família (ANDRADE et al., 2010).

Sob o ponto de vista de Nogueira e Fonseca (1977), a visita domiciliária, como método de trabalho para o enfermeiro junto às famílias, apresenta as vantagens de proporcionar o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto, caracterizado pelas condições do domicílio, e pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família.

A abordagem da família deve ocorrer com a identificação do nome e função do enfermeiro, além da explicação dos objetivos que trouxeram-no ao domicílio. “O visitador deve ser amável, sem ser íntimo, tentar colocar as pessoas à vontade com sua presença e não interferir nos afazeres domésticos” (NOGUEIRA; FONSECA, 1977, p. 36). É dessa forma que o enfermeiro “deve manter-se sempre dentro dos objetivos, e controlar as interferências externas que poderiam prejudicar a entrevista com os membros da família” (NOGUEIRA; FONSECA, 1977, p. 36). A manutenção, pois, do “respeito à neutralidade acerca das opiniões, dos comportamentos, dos traços culturais, dos conhecimentos e das experiências da família e não demonstrar reações de surpresa, de aprovação, de desaprovação ou de indiferença total, quando qualquer membro dela expressar suas idéias” (NOGUEIRA; FONSECA, 1977, p.36).

A família é o coração de toda a vida e é onde as conexões emocionais mais profundas são feitas. Uma crise de saúde em um membro da família influencia tanto o paciente quanto seus membros, direta e indiretamente. Os efeitos incluem ajustes no estilo de vida, reconstrução de papéis, dificuldades financeiras, emocionais, dependência em relação aos seus membros e mudanças na saúde dos familiares. Diante do diagnóstico da doença, um novo equilíbrio deve ser alcançado através do auto ajuste dos membros da família (CHOU et al., 2009).

Alguns fatores merecem relevância, como olhar a família na sua vulnerabilidade e sua fragilidade, ampliando o foco sobre ela. Trabalhar com a escuta reconhecendo sua heterogeneidade. Não olhar a família de forma fragmentada, mas trabalhar com o conjunto de seus membros. Se um membro está precisando de assistência, sua família estará também. Reconhecer a família como potencializadora de ações e como sujeito capaz de maximizar recursos. O Estado não pode substituir a família, por isso ela tem de ser ajudada (DRULLA et al., 2009).

Destaca-se a importância de se agendar a visita domiciliar, evitando assim o constrangimento da família ou o risco de não encontrar um membro ou o cuidador, disponível. O enfermeiro já não pode se contentar com as informações das consultas, sempre em ambiente controlado, se deseja compreender o paciente. As interfaces culturais de um caso, por exemplo, dificilmente são explicitadas no ambulatório (DRULLA et al., 2009).

A visita deve ter um caráter profissional, não social, como lembrado por Savassi e Dias (2006), para guiar a atenção a um espaço privilegiado de percepção de aspectos da vida do paciente, os quais não aparecem durante os atendimentos ambulatoriais (MENDES; OLIVEIRA, 2007).

Certamente, o caminho que se visualiza é o da construção do conhecimento com vistas a ampliar esse campo de atuação do enfermeiro no cuidado pré-transplante hepático. As famílias ainda se encontram despreparadas quando recebem a notícia da gravidade da doença de seu familiar e necessitam de toda orientação sobre as condições e os cuidados necessários ao domicílio.

É possível, então, afirmar que os enfermeiros que prestam esse atendimento pré-transplante hepático devem conhecer todas as etapas pelas quais o paciente, seus familiares e os acompanhantes irão passar.

O atendimento ambulatorial é um verdadeiro campo experimental de ensino/aprendizagem, em que se colocam em prática todas as habilidades e competências, preparando o paciente para um tratamento de alta complexidade.

De um lado, as relações interpessoais aliadas ao nível cultural e socioeconômico dos pacientes e, do outro, a alta tecnologia que envolve o transplante hepático, como a doação, a cirurgia, os imunossupressores, e o sistema de alocação de órgãos por gravidade da doença hepática.

Durante o período de realização do protocolo pré-transplante, Gresta (2000) descreve que o “tempo de espera é relatado como um período de “angústia” e “agonia”. A imprevisibilidade das doações, as eventuais instabilidades clínicas e limitações físicas, a que estão expostos os candidatos, o agravamento progressivo da doença são fatores responsáveis por sentimentos de depressão, desgaste, desespero, e pelo inevitável confronto com a morte” (GRESTA, 2000).

O profissional de enfermagem vem a ser, pois, aquele que se capacitou e se encontra preparado para prestar o cuidado ao paciente neste período de sua vida.

Nogueira e Fonseca (1977) consideram que a família é a principal responsável pela execução de ações que “visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.” Portanto, o enfermeiro deve evitar tomar decisões por ela e sugerir alternativas para a utilização adequada dos recursos disponíveis na própria família e na comunidade. Um dos requisitos essenciais para uma interação entre o enfermeiro e o paciente é a adoção de um vocabulário adequado ao nível de sua compreensão.

Além disso, Andrade et al. (2010) descrevem um papel primordial na orientação ao cuidador, referindo-se tanto a cuidados específicos relacionados ao quadro clínico quanto a ações. Essas ações à primeira vista podem parecer corriqueiras a um profissional de saúde, porém, para um leigo, tornam-se extremamente trabalhosas se não houver orientação adequada, além de trazer riscos à saúde de quem cuida e danos para quem é cuidado. A enfermagem deve estimular a participação do paciente no seu cuidado, ainda que sua ajuda seja mínima.

Após a realização da visita, o enfermeiro solicitava aos pacientes ou familiares que relatassem o que entenderam e assimilaram a respeito dos conteúdos abordados. Com foco nos cuidados básicos, foram vivenciadas as situações que envolvem desde saneamento, domicílio, até o convívio dentro do núcleo familiar.

## **4 MÉTODO**

Este trabalho abrange um estudo prospectivo, qualitativo, de caráter descritivo, realizado no domicílio dos pacientes candidatos ao transplante hepático, atendidos no Ambulatório Bias Fortes, prédio anexo ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Os dados abaixo foram anotados em roteiro estruturado do protocolo da visita domiciliária (APÊNDICE 1), realizada no grupo de amostragem composto de 100 pacientes visitados em seus domicílios. As tabelas foram geradas a partir de dados colhidos referentes ao assentimento do entrevistado. Os gráficos foram elaborados tendo em vista o número de opções apresentadas para o entrevistado.

### **4.1 Casuística**

As visitas domiciliárias foram realizadas pelo pesquisador, no domicílio de 100 pacientes (adultos e crianças), que frequentavam o ambulatório de pré-transplante hepático do Hospital das Clínicas.

Todos os pacientes sujeitos desta pesquisa já estavam com seus protocolos pré-transplante em andamento. Os critérios de inclusão referem-se aos pacientes que já haviam realizado quatro ou cinco consultas ambulatoriais que residiam na região metropolitana de Belo Horizonte e demais municípios da região metropolitana de Belo Horizonte.

Aos pacientes que possuíam MELD (Model for End Stage Liver Disease) que os pontuava entre os primeiros da lista de receptores, a visita era realizada após a primeira consulta ambulatorial.

Os critérios de exclusão foram pacientes residentes no interior do estado de Minas Gerais e demais estados da Federação e aqueles portadores de insuficiência hepática fulminante.

## **4.2 Período da coleta de dados**

O período de coleta de dados ocorreu de agosto de 2010 a maio de 2011, quando foi realizada a visita domiciliária. Foram preenchidos os questionários seguidos de visitação e coleta dos dados sobre o domicílio (APÊNDICE 1).

## **4.3 Aspectos éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, atendendo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 196, de 10 de outubro de 1996, que regulamentam a realização de pesquisas, envolvendo seres humanos.

A coleta de dados só teve início após a liberação pelo COEP n° 01880203000-10 (ANEXO 1) e a prévia autorização da Diretoria de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas, com autorização das chefias do Ambulatório Bias Fortes e do Instituto Alfa de Gastroenterologia, responsáveis pelo local onde o Grupo de Transplante Hepático está inserido.

Após aceitarem o convite para a participação na pesquisa, os pacientes realizavam a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES 2, 3, 4 e 5).

As dúvidas e os objetivos da pesquisa eram esclarecidos, conforme recomendação da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), pela pesquisadora e, só então, a assinatura do Termo era realizada. No caso de adolescentes ou crianças, o Termo era lido para eles, na presença dos pais e responsáveis.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado em duas vias, sendo uma para arquivo da pesquisadora e outra entregue ao paciente (sujeito da pesquisa ou seu responsável legal). Não houve recusa dos pacientes e familiares em participar da pesquisa.

## **4.4 Trabalho de Campo**

O transporte até o domicílio do paciente era agendado com antecedência, com horários definidos previamente com o paciente e os seus familiares.

Esse transporte foi realizado por meio do veículo do Serviço de Transportes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, com o motorista. Para que esta atividade se realizasse, houve autorização e liberação através da Chefia do Serviço de Transportes do Hospital das Clínicas.

O roteiro até o domicílio dos pacientes era definido anteriormente, para evitar perda de tempo e diminuir o ônus do deslocamento. Para que fosse feito o roteiro, entrava-se em contato com a família, de modo que houvesse a indicação a respeito de um ponto de referência perto do domicílio, facilitando, assim, o deslocamento até as residências.

#### **4.5 Coleta dos Dados e Categorização das Variáveis**

A ficha de coleta de dados era previamente preenchida com os dados dos pacientes constantes no sistema informatizado do Grupo de Transplante e confirmados junto ao paciente e a família, no início da visita, realizada no domicílio dos pacientes, pelo enfermeiro pesquisador.

Todo levantamento dos dados foi realizado pela autora da pesquisa e armazenado em um banco de dados desenvolvido no programa Microsoft Excel for Windows 2000, para elaboração das planilhas de dados elaboradas no programa estatístico SAS 9.1, 2003, quando foram realizadas todas as análises descritivas.

##### **4.5.1 Categorização das variáveis**

Cada item teve suas variáveis categorizadas da seguinte forma:

###### **a) Nome do paciente**

O nome do paciente deve ser preenchido com todos os dados, ou seja, de forma completa, sendo a variável que, a princípio, irá identificá-lo.

###### **b) Número do registro hospitalar**

O número do registro hospitalar de cada paciente refere-se a uma variável relevante, visto que acompanha todos os procedimentos referentes a ele, contribuindo para sua identificação.

#### **c) Domicílio**

As regiões dos domicílios, onde se realizaram as visitas em Belo Horizonte foram: oeste, noroeste, nordeste, norte, sudoeste, leste, centro-sul e sul. Os municípios da Grande Belo Horizonte foram: Sabará, Contagem, Betim, Santa Luzia, Vespasiano, Ibirité, Ribeirão das Neves, Igarapé, Aranha.

#### **d) Gênero**

A variável gênero indica o sexo do paciente, constando, pois, masculino e feminino.

#### **e) Peso, altura e idade**

O peso e a altura dos pacientes foram aferidos no ambulatório, no momento da consulta de enfermagem. A idade foi coletada a partir dos dados existentes no programa do grupo de transplante.

#### **f) Naturalidade**

A indicação do local de nascimento do paciente era arrolada nas informações referentes, ainda que, não fizesse parte do objeto de pesquisa deste trabalho.

#### **g) Escolaridade**

Os níveis de escolaridade, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008), foram classificados em: ensino fundamental incompleto/analfabeto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo.

#### **h) Da estrutura familiar**

O número de pessoas nas famílias agrupou-se da seguinte forma: apenas paciente; paciente e cônjuge; paciente, cônjuge e filhos; paciente, familiares e amigos.

#### **i) Indicação para o transplante**

O diagnóstico foi definido como causa da doença hepática que motivou o transplante.

#### **j) Capacidade funcional do paciente**

Na população pesquisada foram detectados os diagnósticos de enfermagem e classificados de acordo com a NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA Internacional, 2010) (APÊNDICE 6).

**k) Local onde guardava os medicamentos**

Caixa plástica, metal, madeira; papel, sacola/ bandeja/ cestinha; armários (corredor/cozinha/quarto); prateleira/estante (quarto/sala); gaveta cômoda/guarda roupa/criado.

**l) Quem acompanhava o paciente em seu tratamento**

Familiares, amigos e cuidador formal.

**m) Profissão**

As profissões foram agrupadas da seguinte forma:

**m1)** Estudante, sem profissão, do lar. Aqueles que não têm renda.

**m2)** Serviços gerais (confeiteiro, motorista, *office boy*, comerciante feirante de domingo, ascensorista, operador de máquina de tecidos, vigilante, cartazista, corretor de imóveis, atendente de correios, bancário, protético, taxista, educador social, técnico em contabilidade, cobradora de ônibus, serralheiro, eletricista, soldador, açougueiro, militar, mestre de obras, marceneiro, operário, auxiliar de escritório, borracheiro, pedreiro amador, torneiro mecânico, pintor, carpinteiro, instrutor de auto escola, churrasqueiro, cozinheira, cabeleireira, cuidadora, operadora de caixa, costureira, contadora, artesão, camareira, metalúrgico, garçom), aqueles que possuíam remuneração até três salários mínimos vigentes.

**m3)** Advogado, professor universitário, empresário, administrador aqueles que possuíam remuneração acima de três salários mínimos vigentes. Salário mínimo vigente (2010/2011), R\$545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais), Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011 (BRASIL, 2011).

**n) Trabalho**

Empregado (autônomo ou contratado), desempregado, aposentado/afastado.

**o) Renda familiar**

A renda familiar foi classificada pela quantidade de salários mínimos vigentes no momento da coleta de dados e agrupada da seguinte forma: até

um salário mínimo vigente; até três salários mínimos vigentes; acima de três salários mínimos vigentes.

**p) Fonte pagadora**

Sistema Único de Saúde e particular. A primeira verificação refere-se ao item de utilização do Sistema Único de Saúde que cobre a realização do transplante hepático e todo o tratamento.

**q) Tarefas diárias**

A realização das tarefas diárias no domicílio foi classificada da seguinte forma: 1. paciente; 2. cônjuge; 3. familiares; 4. diarista (1 a 2 vezes por semana); 5. empregada doméstica (6 dias na semana).

**r) Comunicação entre os familiares**

Caracteriza o modo de se comunicar do paciente com seus familiares. O paciente considerado como quem comunica bem é aquele que extravasa seus sentimentos, desenvolvendo estratégias de enfrentando do tratamento sem gerar estresse aos familiares. O que não comunica bem é aquele paciente ansioso, ou tímido, ou depressivo, ou encontra-se no estágio de encefalopatia.

**s) Domicílios**

Os domicílios foram classificados segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) em própria, alugada, domicílio de parentes. O tipo de construção foi classificado como: alvenaria e madeira.

A coleta de dados no domicílio, durante as visitas realizadas aos pacientes, teve a intenção de classificar como variáveis:

**s1) Pisos das áreas externas, muros, escadas e corrimão**

Os pisos das áreas externas encontrados foram: cimentadas, cerâmica, terra, ardósia. Se havia presença de muros ou não, e a presença de escadas e corrimão.

**s2) Infiltrações e mofo, conservação das paredes e teto**

A infiltração e o mofo foram agrupados quanto a sua presença e/ou ausência. A conservação das paredes quanto ao grau de sujidade: limpas, ou precisavam ser pintadas e o teto quanto ao tipo de cobertura: laje, só telhado ou cobertura de policloreto de vinila.

**s3) Iluminação e arejamento**

Quanto à iluminação, se possuía ou não luz elétrica. Foi verificado se o domicílio era arejado ou abafado, de acordo com as condições apresentadas consensuais.

#### **s4) Pisos internos do domicílio**

A cobertura dos pisos dos domicílios foi classificada como: cerâmica, taco/madeira, cimento, chão de terra, ardósia.

#### **s5) Cozinha e água**

Se continha pia. Quanto à água, verificou-se se havia filtro de água (sim ou não), além do tempo de troca da vela do filtro de água e, até mesmo, se possuíam purificador de água, assim como se a água tratada, era da Companhia de Saneamento de Minas Gerais, cisterna ou mina.

#### **s6) Caixa d'água com fechamento e tempo de limpeza**

Presença ou não de caixa d'água (sim ou não); se continha fechamento (sim ou não); há quanto tempo lavou a caixa d'água, ou seja: até seis meses; de sete meses a um ano; mais de um ano; não lembra; não possui.

#### **s7) Presença de rede de esgoto; coleta de lixo**

Presença de rede de esgoto (sim ou não). Coleta de lixo: se é realizada nos domicílios e quantas vezes por semana (até três vezes e acima de quatro vezes por semana).

#### **s8) Banheiro completo, paredes, luminosidade**

Se havia banheiro completo, ou seja: com chuveiro, pia, vaso sanitário; incompleto: falta de pia, ou vaso, ou chuveiro; e, quando não havia banheiro.

#### **s9) Paredes do banheiro**

Azulejadas ou com reboco.

#### **s10) Luminosidade do banheiro**

Se o banheiro era abafado (com janela pequena ou sem janela, se o ambiente era escuro); se o banheiro era arejado (com janela grande, iluminado) ou se não possuíam banheiro no domicílio.

#### **s11) Limpeza geral do domicílio**

A classificação era: ótimo, se o domicílio era bem conservado e limpo; bom, se o domicílio possuía pequenos problemas de limpeza; ruim/péssimo, se havia presença de lixo jogado; e muito sujo.

## **s12) Animais domésticos**

A variável previa a possibilidade de possuírem ou não animais domésticos e quais eram: cachorro, pássaros, aves, coelho, gato entre outros. Além disso, foi observado se os animais ficavam dentro do domicílio, no telhado, na área externa ou se ficavam localizados apenas na área externa e no telhado externo.

### **Orientações realizadas aos pacientes**

Durante as visitas domiciliárias, percebeu-se a necessidade de orientação ao paciente e seus familiares quanto à: internação para realização do transplante e normas institucionais durante a permanência no hospital; reserva do dinheiro para comprar os medicamentos na alta pós-transplante; lista do que levar no dia que for chamado para a realização do transplante; esclarecimento de que o órgão do doador pode não estar em condições para o transplante e que poderá retornar ao domicílio logo a seguir à internação; determinação de quais pessoas irão ficar com o paciente durante a internação hospitalar.

Quanto às condições do domicílio, foram listados os problemas para identificação das prioridades na assistência: intervenções, encaminhamentos, providências e condutas a serem tomadas, tais como: retirar infiltração, mofo, pintura, organização do quarto, em cima do guarda roupa, limpeza em geral; orientar passar pano com água sanitária em toda casa; limpeza e higiene do banheiro onde o paciente irá utilizar; lavar a caixa d'água; trocar vela do filtro de água; retirar passarinhos e outros animais; providenciar caixa e local adequado para guardar os medicamentos; providenciar corrimão para escada.

### **Avaliação do pesquisador**

Há necessidade de realizar retorno ao domicílio: sim ou não, por quê? Essa questão teve o intuito de colher informações a respeito de quanto tempo era necessário para organizar o domicílio, na visão do paciente e de seus familiares (até um mês, de um a dois meses, acima de dois meses).

### **Visita domiciliária de retorno**

A realização das mudanças sugeridas foi questionada através das opções: sim ou não. Domicílio em reforma (ainda não realizada a visita de

retorno); evolução do paciente; óbito em lista de espera; encaminhado à hepatologia clínica; recaída etanólica.

## 5 RESULTADOS

Setenta por cento dos pacientes eram do gênero masculino e 30,0% do gênero feminino.

A Tabela 1 refere-se à idade em anos completos e aos dados antropométricos, (peso e altura).

**Tabela 1**

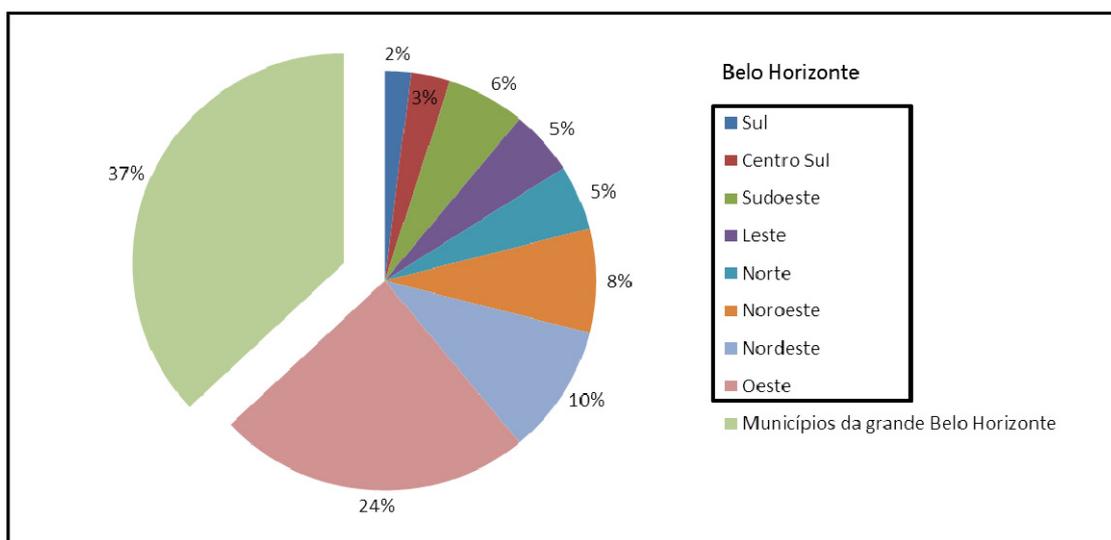
Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação aos dados antropométricos

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Cv (%)</b>
Peso (kg)	100	71,06	18,66	23,00	121,00	26,26
Altura (cm)	100	165,49	11,63	118,00	190,00	7,03
Idade (anos)	100	50,99	13,29	9,00	71,00	26,06

Dados antropométricos (2010-2011)

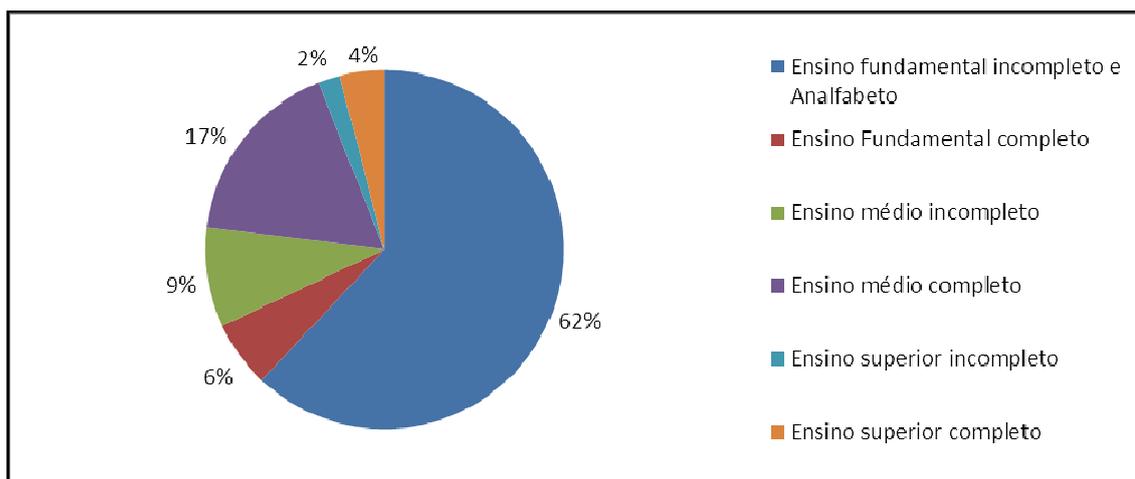
Cinquenta e oito por cento dos pacientes nasceram no interior de Minas Gerais, 29,0% nasceram em Belo Horizonte e 13,0% nasceram em outros estados da federação.

O gráfico 1 situa os locais dos domicílios visitados.



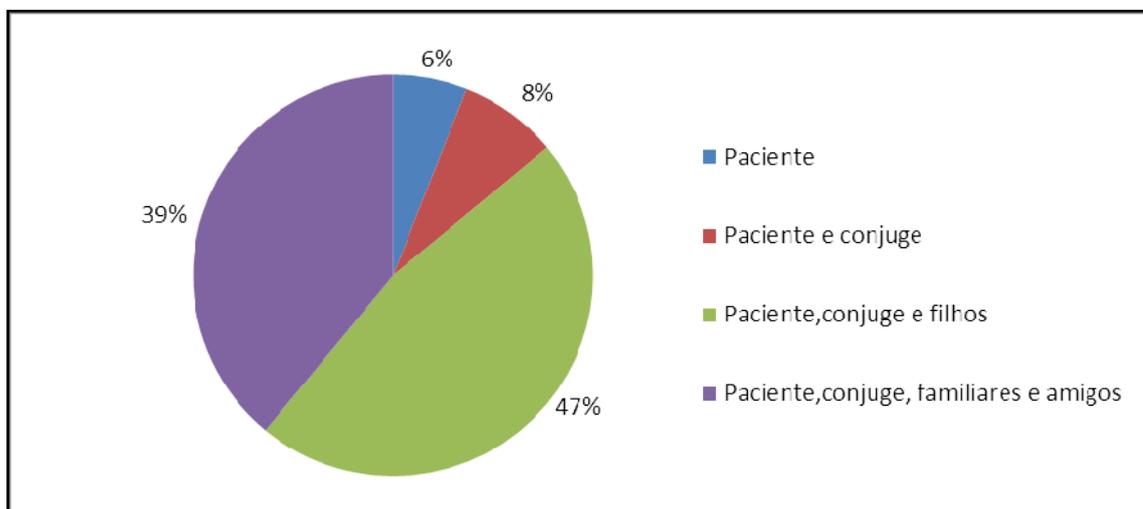
**Gráfico 1** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à zona da cidade de Belo Horizonte e municípios da grande Belo Horizonte visitados.

O gráfico 2 apresenta a escolaridade dos pacientes que aguardam para a realização do transplante hepático. Observa-se que 62,0% deles eram analfabetos ou possuíam o ensino fundamental incompleto.



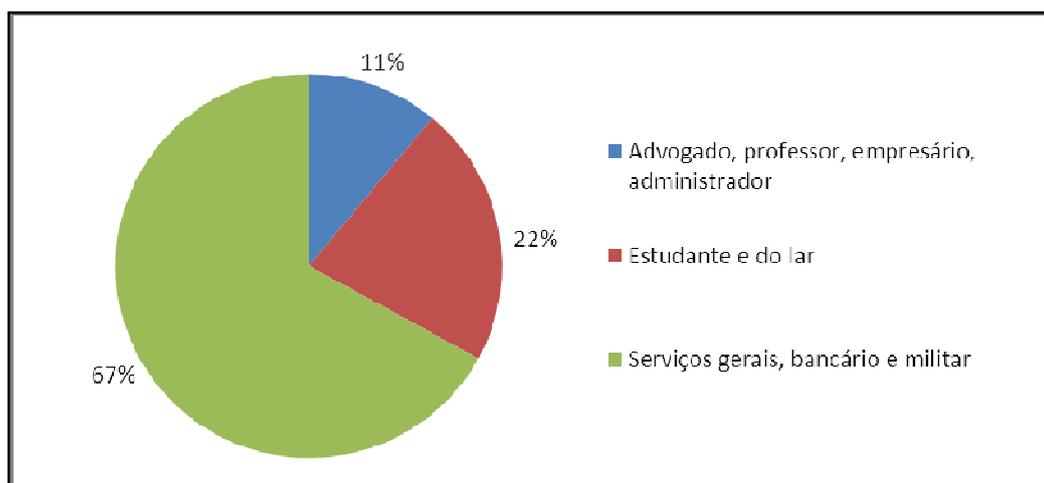
**Gráfico 2** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à escolaridade.

Em relação à estrutura familiar dos pacientes, o gráfico 3 demonstra que 47,0% dos pacientes residiam com cônjuge e filhos.



**Gráfico 3** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à estrutura familiar.

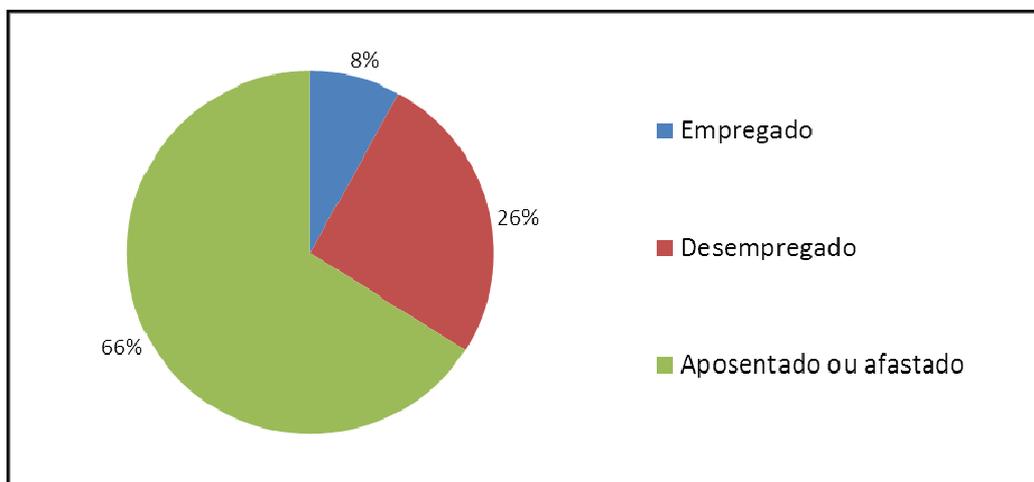
O gráfico 4 representa as profissões dos pacientes durante o período da coleta de dados.



**Gráfico 4** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à profissão.

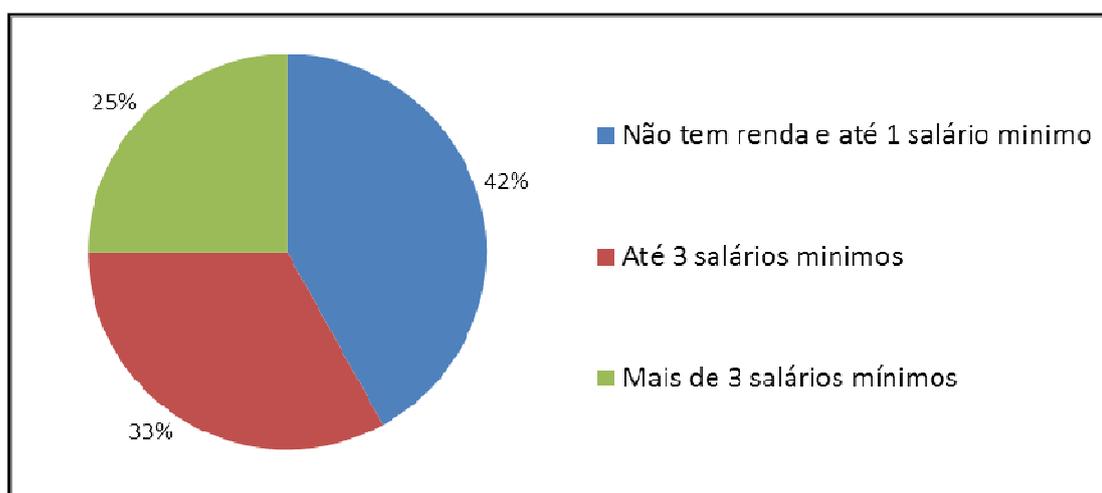
Observa-se predominância das profissões na área de serviços gerais 67,0%.

O gráfico 5 representa o vínculo empregatício, sendo constatado que 66,0% dos pacientes estavam aposentados ou afastados e 26,0% desempregados. Somente 8,0% deles estavam empregados.



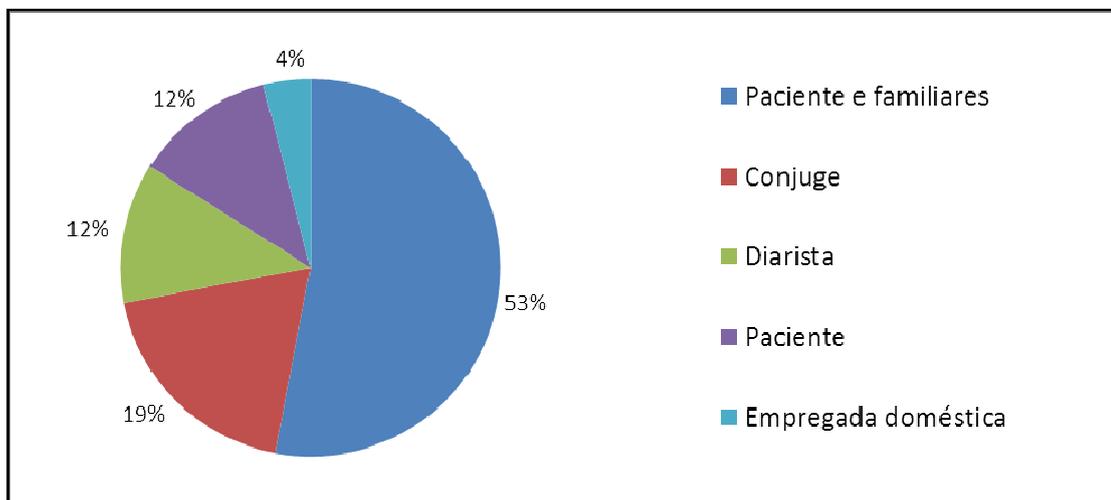
**Gráfico 5** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao vínculo empregatício.

Em relação à renda familiar 42,0% das famílias ou não têm renda ou recebe até um salário mínimo vigente (Gráfico 6).



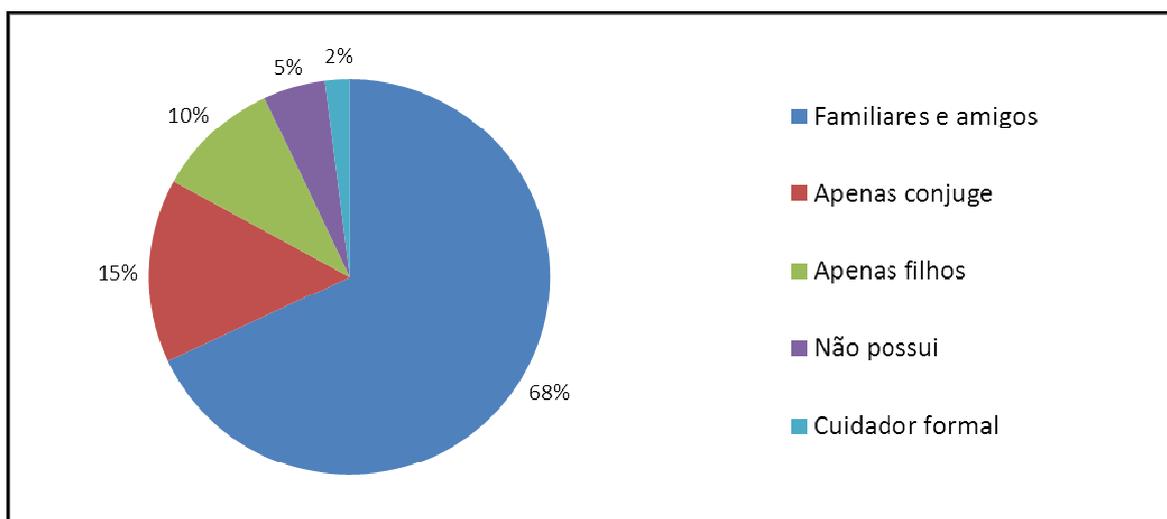
**Gráfico 6** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à renda familiar.

O gráfico 7 se refere à realização das tarefas diárias no domicílio, evidenciando que 53,0% das tarefas são executadas pelos pacientes e familiares.



**Gráfico 7 -** Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à quem realiza as tarefas diárias no domicílio.

O gráfico 8 constata que 68,0% dos cuidadores eram familiares e amigos, 15,0% eram apenas os cônjuges, 10,0% apenas os filhos, 5,0% não possuíam cuidadores definidos e 2,0% possuíam cuidadores formais, ou seja, profissionais da enfermagem.



**Gráfico 8 -** Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao cuidador que irá acompanhar o paciente em seu tratamento.

Da população pesquisada, 38,0% possuía plano de saúde (Tabela 2). Entretanto, 99,0% (Tabela 3) realizaram o transplante pelo Sistema Único de Saúde.

**Tabela 2**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação a ter plano de saúde

<b>Convênio médico</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	38
Não	62

**Tabela 3**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à utilização do Sistema Único de Saúde, para o transplante

<b>Utilização do SUS</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	99
Não	1

Em relação ao relacionamento interpessoal familiar, 29,0% dos entrevistados apresenta problemas, sendo que 71,0% se ajustaram bem às modificações de convivência pertinentes ao período de espera (Tabela 4).

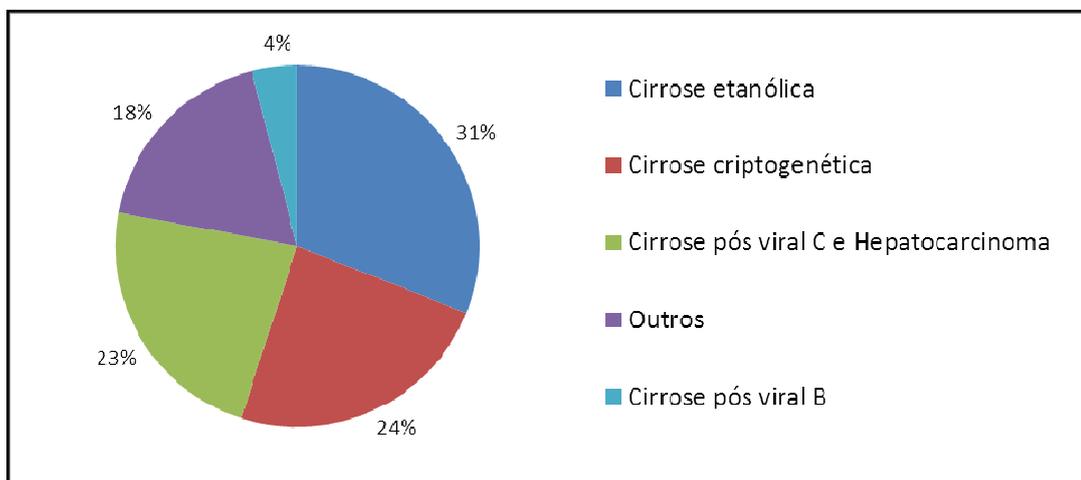
**Tabela 4**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação a problemas vivenciados no relacionamento familiar

<b>Problemas no relacionamento</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	29
Não	71

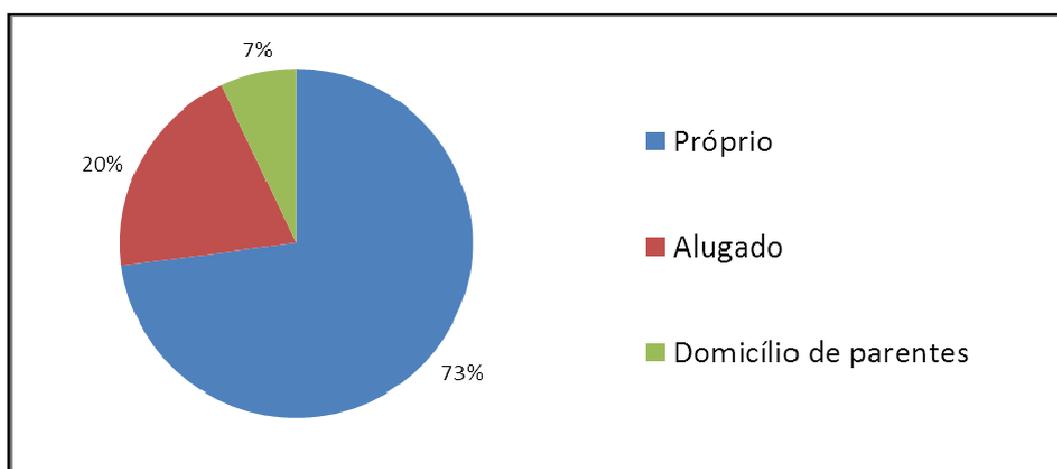
Em relação à indicação para o transplante, as principais doenças foram: 31,0%, Cirrose etanólica, 24,0%, Cirrose criptogenética, 23,0%, Cirrose pós-viral C associada à hepatocarcinoma, 4,0%, Cirrose pós viral B,

e 18,0%, outras hepatopatias (Cirrose biliar secundária, Colangite esclerosante, Esquistossomose, Doença de Wilson, Adenoma de ductos biliares, Glicogenose tipo I, Atresia de vias biliares, Cirrose biliar primária, Cirrose auto-imune).



**Gráfico 9** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à indicação para o transplante hepático.

Em relação às características, 73,0% dos domicílios eram próprios (gráfico 10), enquanto 91,0% possuíam rede de esgoto e 97,0% deles recebiam água tratada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Tabela 5).



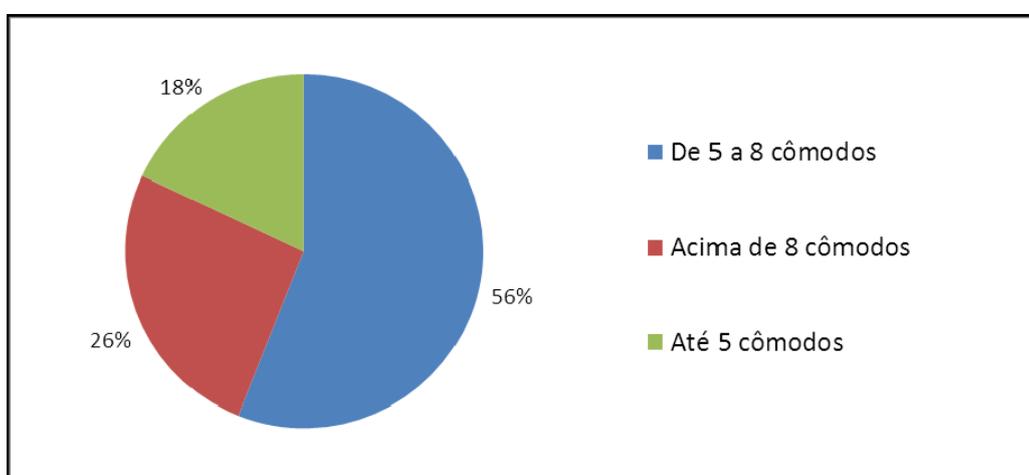
**Gráfico 10** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao domicílio.

**Tabela 5**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à água tratada e rede de esgoto

<b>Água Tratada e Rede de esgoto</b>	<b>Frequência (%)</b>
Água Tratada	97
Rede de Esgoto	91

A maioria dos domicílios (56,0%) conta com cinco a oito cômodos (Gráfico 11) e 96,0% tinham a área externa feita com cimento (Tabela 6).



**Gráfico 11** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao número de cômodos nos domicílios

**Tabela 6**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à área externa do domicílio

<b>Área externa do domicílio</b>	<b>Frequência (%)</b>
Cimento	96
Terra	4

A Tabela 7 mostra a importância da existência de muros nos domicílios. Desses, 91,0% eram murados (Tabela 7).

**Tabela 7**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação aos muros

Muro	Frequência (%)
Sim	91
Não	9

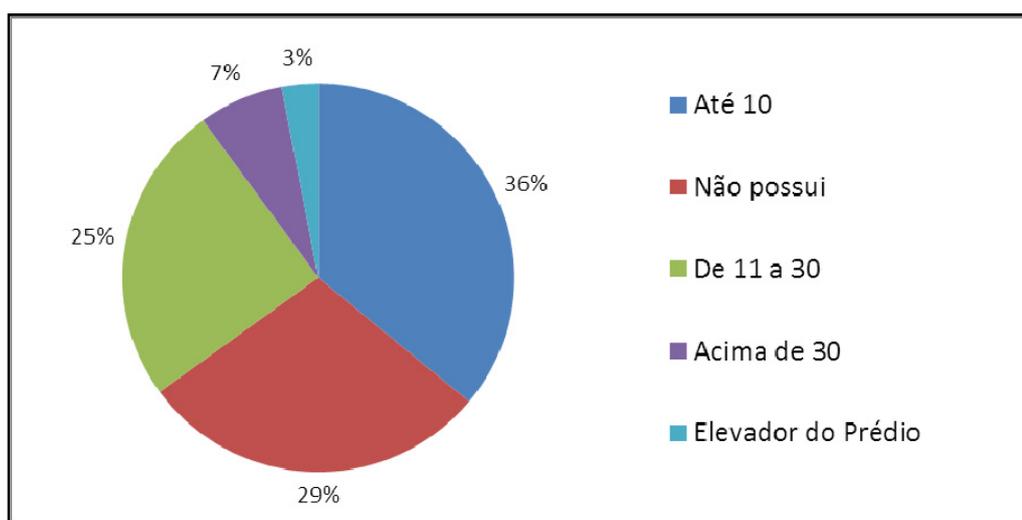
Quanto ao acesso arquitetônico do domicílio, a maioria (67,0%) possuía acesso pela escada (Tabela 8).

**Tabela 8**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao acesso do domicílio

Acesso do domicílio	Frequência (%)
Com escada	67
Sem escada	33

O número de degraus que o paciente terá que subir, para ter acesso ao domicílio, 36,0% das escadas possuía até 10 degraus (Gráfico 12). Apenas 8,0% das escadas possuíam corrimão (Tabela 9).



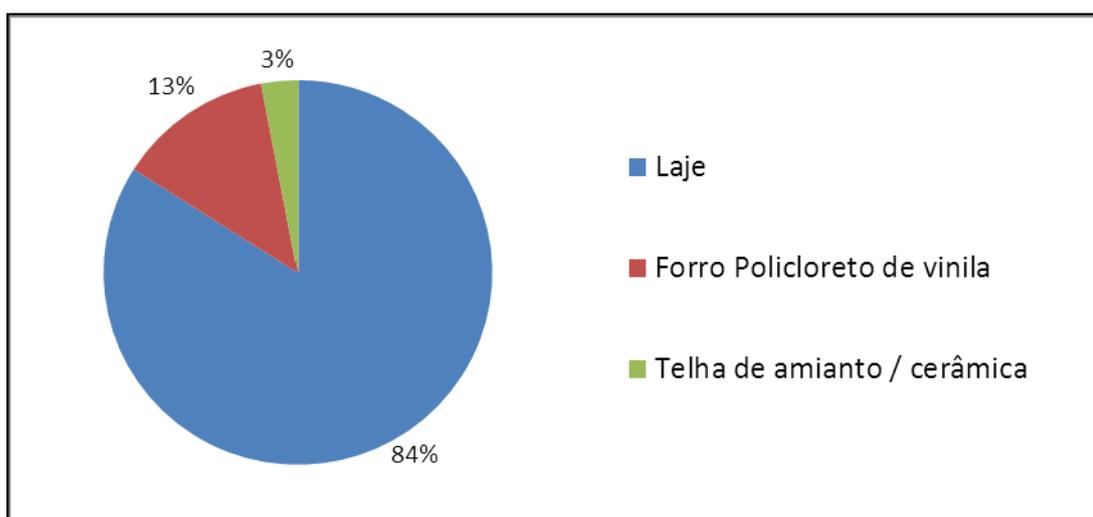
**Gráfico 12** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação número de degraus para o acesso ao domicílio

**Tabela 9**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto ao uso de corrimão na escada

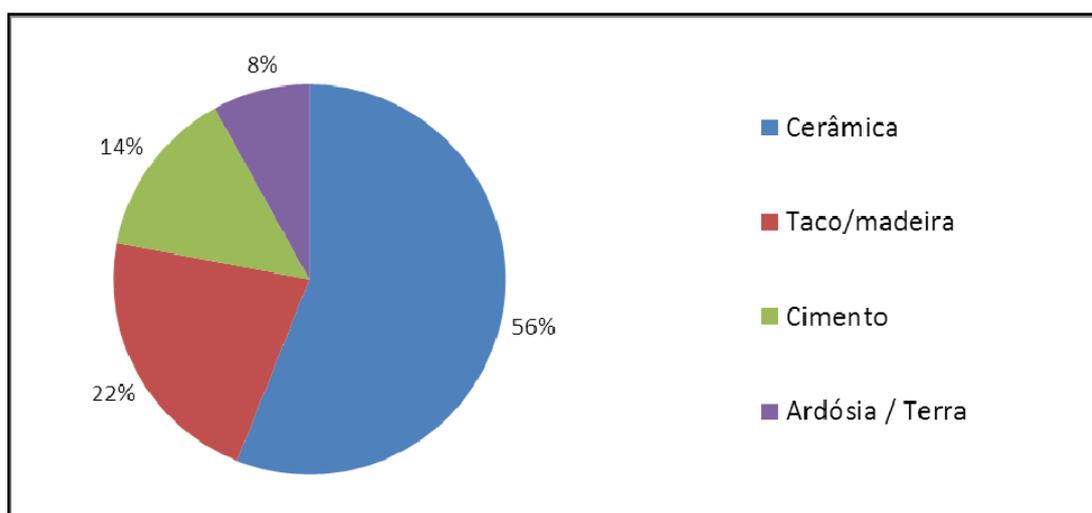
Orientação quanto ao uso de corrimão na escada	Frequência (%)
Sim	92
Não	8

Quanto ao tipo de cobertura, constatou-se que 84,0% dos domicílios possuíam cobertura de laje, enquanto 13,0% possuíam cobertura de telha de amianto ou cerâmica e 3,0% possuíam cobertura com forro de policloreto de vinila (Gráfico 13).



**Gráfico 13** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de cobertura do domicílio

Quanto à cobertura dos pisos dos domicílios, 56,0% eram de cerâmica, 22,0% eram de taco/madeira, 14,0% eram de cimento e apenas 8,0%, outros (chão de terra ou ardósia), (Gráfico 14).



**Gráfico 14** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de cobertura do piso do domicílio

A Tabela 10 mostra o tipo de arejamento do domicílio do paciente. Entre os entrevistados, 81,0% possuíam domicílios bem arejados, enquanto 19,0%, domicílio abafado.

**Tabela 10**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de arejamento

Arejamento	Frequência (%)
Domicílio arejado	81
Domicílio abafado	19

Entre os domicílios visitados, 81,0% eram arejados (Tabela10), e sem mofo ou infiltração, 55,0% (Tabela 11).

**Tabela 11**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença de infiltração e mofo dentro do domicílio

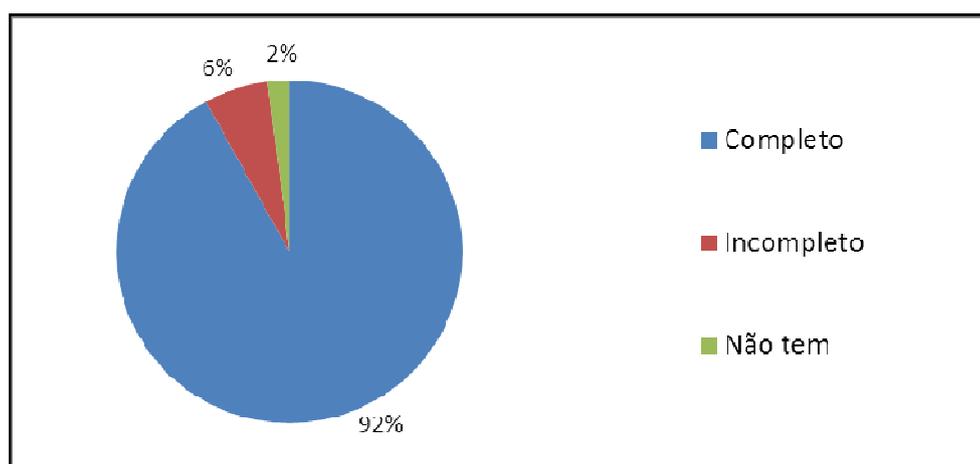
<b>Mofo e infiltração</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	45
Não	55

A maioria dos domicílios possuía cozinha com pia, 97,0% (Tabela 12), e banheiro completo 92,0% (Tabela 12), e banheiro completo 92,0% com chuveiro, vaso sanitário e pia (Gráfico 15) e paredes azulejadas no banheiro 90,0% (Tabela 13).

**Tabela 12**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença da pia na cozinha

<b>Pia na cozinha</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	97
Não	3



**Gráfico 15** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de banheiro

**Tabela 13**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à parede no banheiro

<b>Parede no banheiro</b>	<b>Frequência (%)</b>
Azulejo	90
Reboco	10

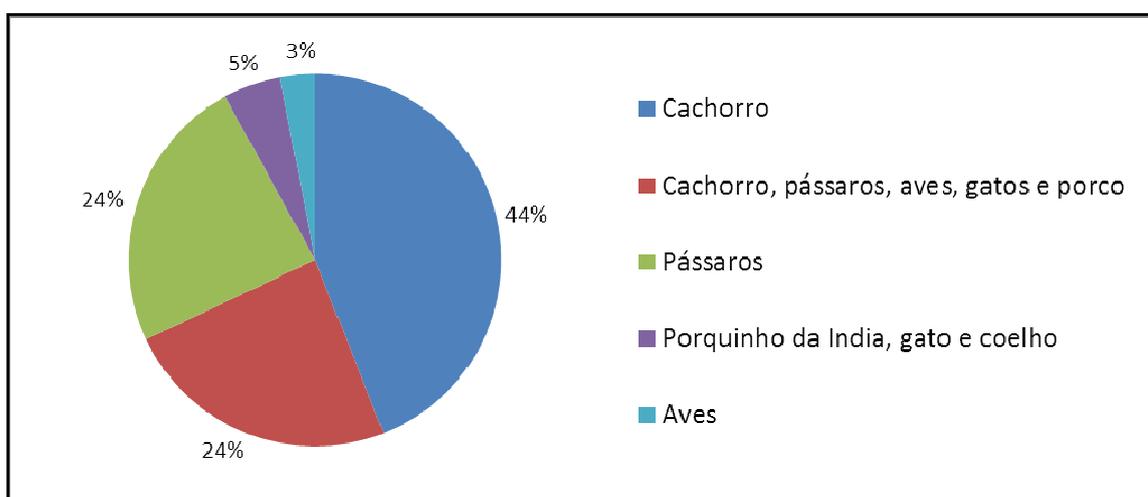
Entre os visitados, 59,0% dos domicílios tinham animais domésticos (Tabela 14).

**Tabela 14**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença de animais domésticos

<b>Animais domésticos</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	59
Não	41

Do total de 59,0% dos domicílios que possuíam animais, 44,0% possuíam cachorro, 24,0% possuíam cachorro, pássaros, aves, gatos e porco, 24,0% possuíam pássaros, 5,0%, porquinho da Índia, gato e coelho e 3,0%, aves (Gráfico 16).



**Gráfico 16** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tipo de animal doméstico

Quanto à necessidade de orientação para retirada de pássaros e outros animais domésticos dos domicílios, 64,0% dos pesquisados já estavam cientes dessa recomendação (Tabela 15).

**Tabela 15**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto à retirada de pássaros e outros animais

<b>Orientação quanto à retirada de pássaros e outros animais</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	36
Não	64

Em relação à qualidade da água, 95,0% dos domicílios têm o fechamento adequado da caixa d'água (Tabela 16), 62,0% dos pacientes tinham conhecimento da necessidade de limpeza da caixa d'água (Tabela 17), e 52,0% limpam a caixa d'água há menos de seis meses (Gráfico 17). Apenas 8,0% não se lembrava quando havia sido feita a limpeza e 5,0% não possuíam caixa d'água.

**Tabela 16**

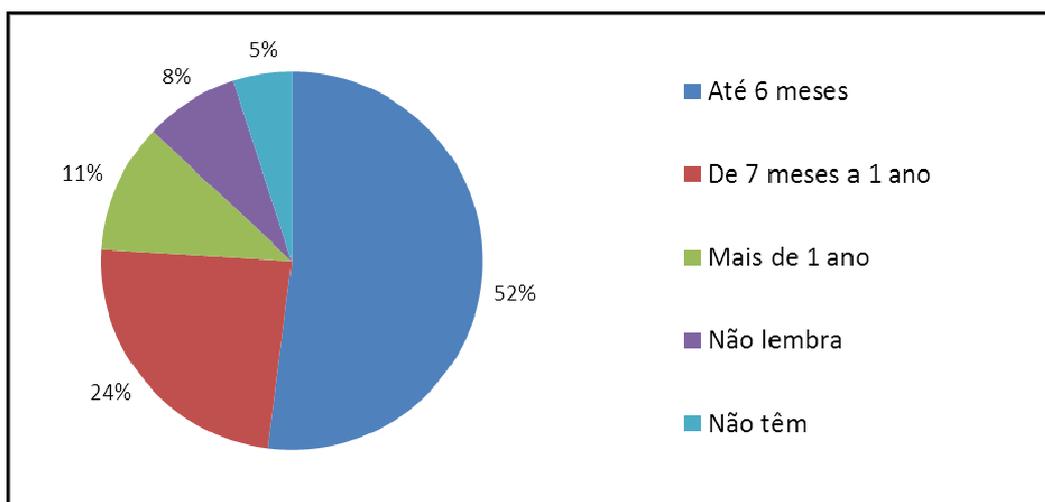
Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao fechamento da caixa d'água

<b>Fechamento da caixa d'água</b>	<b>Frequência (%)</b>
Com fechamento	95
Sem fechamento	5

**Tabela 17**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto à limpeza da caixa d'água

<b>Orientação quanto à limpeza da caixa d'água</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	38
Não	62



**Gráfico 17** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à limpeza da caixa d'água

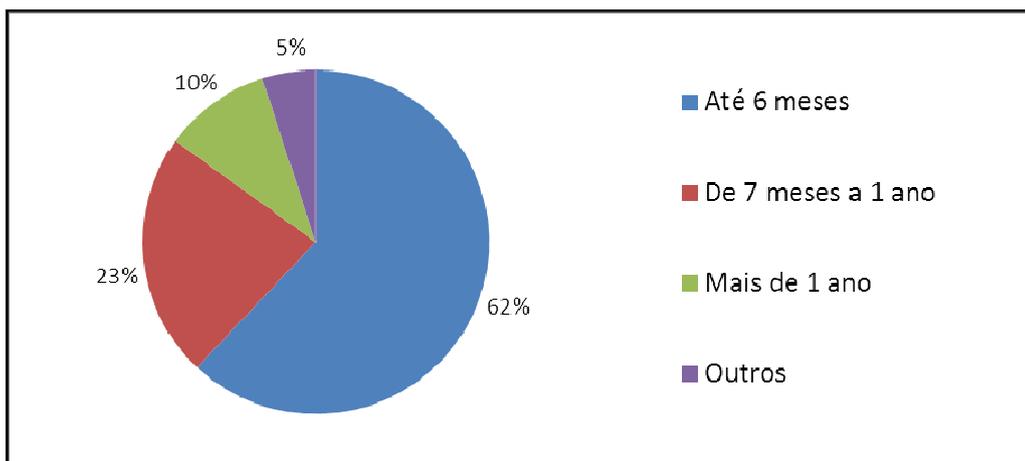
Dos domicílios, 52,0% das limpezas das caixas d'água eram realizadas até seis meses; 24,0%, de sete meses a um ano; 11,0%, mais de um ano; 8,0% não se lembravam quando havia sido feita a limpeza e 5,0% não possuíam caixa d'água.

A maioria dos domicílios possuía filtro de água 77,0% (Tabela 18) e 62,0% realiza a troca da vela do filtro d'água em até 6 meses. (Gráfico 18). Entretanto 72,0% necessitava de orientação quanto ao procedimento de troca da vela do filtro d'água (Tabela 19).

**Tabela 18**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à presença de filtro de água

Filtro	Frequência (%)
Sim	77
Não	23



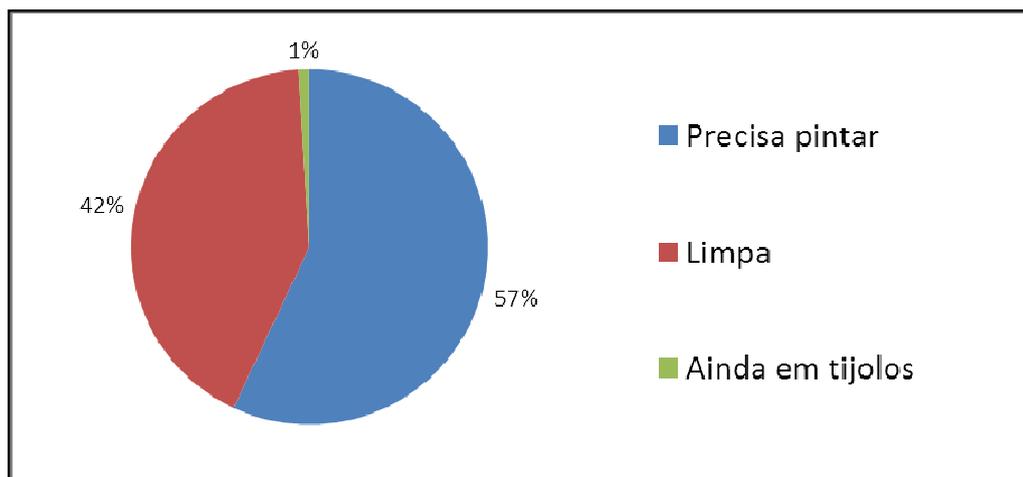
**Gráfico 18** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tempo de troca da vela do filtro de água.

**Tabela 19**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto à troca da vela do filtro

Orientação quanto à troca da vela do filtro	Frequência (%)
Sim	72
Não	28

Quanto ao estado de conservação das paredes dos domicílios visitados, observa-se que 57,0% das paredes precisavam ser pintadas. Enquanto 42,0% estavam limpas e em bom estado de conservação e 1,0% das paredes eram em tijolo (Gráfico 19).



**Gráfico 19** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à conservação das paredes

Quanto à coleta de lixo, 92,0% recebiam os coletores de lixo até três vezes por semana e apenas 8,0% dos domicílios têm esses serviços acima de quatro vezes por semana (Tabela 20).

**Tabela 20**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à coleta de lixo

Coleta de lixo	Frequência (%)
Até 3 vezes por semana	92
Acima de 4 vezes por semana	8

A Tabela 21 contém dados referentes à necessidade de melhoria dos domicílios. Entre os domicílios visitados, 65,0% precisavam de melhorias.

**Tabela 21**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de melhoria dos domicílios

Necessidade de melhoria no domicílio	Frequência (%)
Sim	65
Não	35

Quanto às orientações prestadas, 99,0% dos pacientes demandaram orientação referente à documentação e vestuários necessários para a internação (Tabela 22).

**Tabela 22**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação a orientar o que levar no dia da realização do transplante

<b>Orientar o que levar no dia da realização do transplante</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	99
Não	1

A Tabela 23 refere-se à necessidade de orientação quanto ao retorno ambulatorial após a realização do transplante hepático, 13,0% tinham conhecimento a respeito do retorno ao ambulatório e 87,0% não tinham conhecimento.

**Tabela 23**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em a relação à necessidade de orientação quanto ao retorno ambulatorial após a realização do transplante

<b>Orientação quanto ao retorno ambulatorial após a realização do transplante</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sim	13
Não	87

Quanto à necessidade de orientação do local adequado para se guardar os medicamentos em uso. Entre os entrevistados, 62,0% apresentaram necessidade de orientação quanto ao acondicionamento.

**Tabela 24**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à necessidade de orientação quanto ao local adequado para se guardar medicamentos

Orientação quanto ao local adequado para se guardar medicamentos	Frequência (%)
Sim	62
Não	38

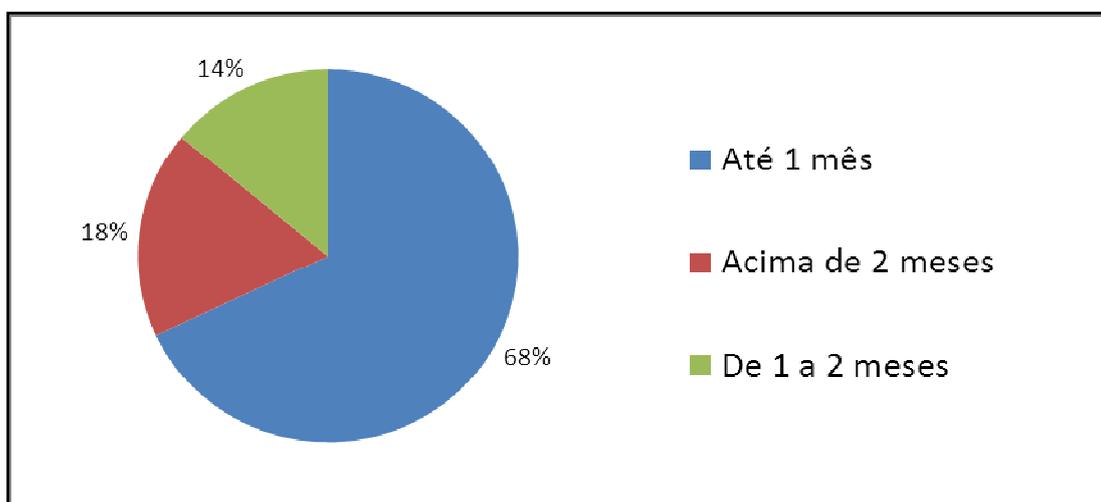
A Tabela 25 contém dados referentes à “Manutenção do lar prejudicada” dos pacientes, 89,0% apresentaram a necessidade de organização dos domicílios.

**Tabela 25**

Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à “Manutenção do lar prejudicada”

Organização do domicílio	Frequência (%)
Sim	89
Não	11

O gráfico 20 mostra o tempo necessário para organização do domicílio, 68,0%, até um mês; 14,0%, de um a dois meses; 18,0%, acima de dois meses.



**Gráfico 20** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação ao tempo necessário para organizar o domicílio

Quanto à realização de mudanças sugeridas no domicílio 86,0% não havia necessidade de retornar. Dentre eles, 7,0% encontravam-se em reforma; 5,0% já haviam realizado as mudanças sugeridas. 1,0% dos pacientes foram encaminhados à patologia clínica e 1,0% dos pacientes visitados apresentaram óbito, enquanto aguardavam em lista de espera para transplante (Gráfico 21).



**Gráfico 21** - Distribuição de frequência (%) da amostra em estudo em relação à realização das mudanças sugeridas.

## 6 DISCUSSÃO

A visita domiciliária é um instrumento de avaliação extremamente importante quando se trata de pacientes candidatos a transplante, por que possibilita conhecer a realidade do paciente e sua família, favorecendo o processo de educação em saúde.

Dos resultados obtidos a partir deste estudo, conforme se constata, há o predomínio do gênero masculino no total de entrevistados, ou seja, são 70,0% de homens. Nogara e outros (2009) encontraram uma elevada porcentagem de transplante hepático realizada em homens, representando 77,0% dos casos. Esse fato, também, pôde ser verificado na base de dados da Rede de Aquisição e Transplante de Órgãos dos Estados Unidos, Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN), que aponta o gênero masculino como 60,5% dos pacientes em lista de espera para o transplante hepático (BOLDEN; WICKS, 2008). No presente estudo, houve o predomínio de pacientes masculinos na faixa etária em que eles se encontram em franca produtividade. Homens acometidos por doenças hepáticas convivem com mudanças na dinâmica e hábitos familiares, e a perda do seu papel de provedor. No estudo de Bolden e Wicks (2008), 60,0% dos pacientes candidatos a transplante de fígado tinham idade entre 50 e 64 anos.

A variável que indica a zona da cidade onde o paciente reside mostra que 37,0% possuíam seus domicílios nos municípios da grande Belo Horizonte, 24,0% na zona oeste, 10,0% na nordeste, 8,0% na noroeste, 6,0% na sudoeste, 5,0% na norte, 5,0% na leste, 3,0% na centro sul e 2,0% na sul de Belo Horizonte. Essa variável evidencia o perfil sociodemográfico dos pacientes da presente pesquisa.

A questão do domicílio é um problema crônico no Brasil, desde a época dos cortiços. A expansão desordenada das populações e a formação dos aglomerados favoreceu o crescimento de domicílios cada vez mais inadequados e desprovidos de condições de saneamento básico e infraestrutura. A identificação desses aspectos é fundamental uma vez que as condições deles colocam em risco os resultados do transplante. Sabe-se que as infecções nesse contexto são das complicações mais temidas no período pós-transplante.

A variável escolaridade mostrou que 62,0% deles possuíam ensino fundamental incompleto, ou seja, ajustavam-se na categoria de analfabetos funcionais, estudaram até a 2ª série. Esses dados corroboram com um estudo realizado por Grossini (2009), com candidatos ao transplante hepático na região metropolitana de Porto Alegre, onde 63,6% dos entrevistados possuíam o ensino fundamental incompleto, 13,6% possuíam ensino fundamental completo, 4,5% eram analfabetos, 4,5% possuíam ensino médio incompleto e 4,5% possuíam ensino médio completo e 4,5% completaram o ensino superior.

Em relação à variável profissão, 67,0% dos pacientes desta pesquisa trabalham em Serviços Gerais. Esse dado é relevante, pelo fato de identificar as reais necessidades vividas pelas famílias, as prioridades para a resolução dos problemas e a orientação sobre as ações educativas, visando principalmente ao planejamento financeiro da família. Esses dados comprovam a mesma falta de recursos econômicos observados por Grossini (2009), em estudo realizado, quando 13,6% estavam desempregados, 27,2% não estavam trabalhando, 18,1% trabalhavam em regime informal e 40,9%, em regime formal.

A renda familiar de 75,0% dos pacientes pesquisados é de até três salários mínimos. Segundo Grossini (2009), “um dos indicadores mais significativos que comprometiam o tratamento pós-transplante era a renda familiar, e os recursos que a família dispunha era para o suprimento das necessidades básicas.”

A variável associada “tarefas realizadas no domicílio” demonstram que 72,0% das tarefas são realizadas pelos próprios pacientes, cônjuge e familiares. Isso demonstra a dimensão da responsabilidade do próprio paciente pelo seu tratamento e da importância do suporte familiar.

A variável estrutura familiar dos pacientes evidencia que em 47,0% dos domicílios residiam o paciente, cônjuge e filhos. Essa variável é significativa, pois com essa informação, o enfermeiro pode direcionar seus esforços no sentido de estabelecer vínculos com a família para uma efetiva participação dela no acompanhamento do paciente em todas as fases do transplante.

No cenário deste estudo, 68,0% dos cuidadores eram familiares e amigos. O cuidador e os pacientes candidatos ao transplante devem receber as informações sobre o tratamento da doença crônica do fígado, para que assimilem as orientações conscientizando-se da importância da qualidade do cuidado que deve ser prestado. De acordo com Rocha et al. (2008), “quando o cuidado é realizado em âmbito domiciliar há um predomínio de cuidadores da própria família, mesmo sem a capacitação técnica necessária para as atividades.” A família, ao se envolver com os cuidados, após a alta, contribui para que a recuperação do paciente ocorra com o menor risco de danos.

Os cuidadores geralmente são familiares, mas, amigos e vizinhos, às vezes, exercem esse papel. Assim, a visita deve envolver uma análise, não apenas das condições técnicas de domicílio, sobretudo da dinâmica familiar (FEUERWERKER; MERHY, 2008). “O cuidador informal não possui curso de formação específica, porém, executa atividades do cuidado. Normalmente são os familiares, amigos, vizinhos ou outros membros da comunidade. O cuidador formal possui curso de formação específica para executar atividades ligadas ao cuidado. Portanto realiza atendimento sob a forma de prestação de serviço auxiliar ou técnico de enfermagem e enfermeiro” (SILVA, 2003).

A variável relacionamento familiar evidencia que 29,0% dos entrevistados apresentavam problemas de relacionamento familiar. Ressalte-se que os ajustes necessários na estrutura familiar para a espera do transplante modificam sobremaneira as relações emocionais e afetivas que são a base da convivência familiar sinalizadas por Chou e colaboradores (2009), quando esses autores abordam a importância do suporte familiar em relação à aceitação da doença do paciente. A recuperação do paciente após o transplante acontece com menor risco de danos, quando a família encontra-se envolvida na prestação dos cuidados que são exigidos após a alta hospitalar.

No cenário deste estudo, percebe-se que cuidadores familiares de pacientes que aguardam a realização do transplante hepático são particularmente vulneráveis ao estresse, uma vez que os sintomas da doença são incapacitantes e ameaçadores à vida. Muitos dos cuidadores

enfrentam o potencial para deterioração na saúde mental e física associado ao fornecimento de cuidado ao paciente (BOLDEN; WICKS, 2008).

Durante o período de espera, o suporte da família e as atitudes dos familiares afetam o conhecimento e a aceitação da doença, bem como as reações emocionais antes do transplante. Nesse sentido, quando um dos membros da família precisa receber um transplante de órgãos, ocorrem mudanças na dinâmica familiar. Entretanto, são realizadas adaptações no estilo de vida para se alcançar a estabilidade da família e a manutenção do equilíbrio de seu funcionamento (CHOU et al., 2009).

O transplante hepático é um procedimento assegurado pelo Sistema Único de Saúde, independente da classe social do paciente. Diante disso, cabe aos membros da equipe multiprofissional orientar as famílias menos favorecidas a respeito da equidade do acesso ao transplante.

Há de se ressaltar a variável fonte pagadora referente ao procedimento cirúrgico do transplante hepático que, em 99,0% dos pacientes pesquisados seria pago pelo Sistema Único de Saúde, pelo fato de os planos de saúde não realizarem a cobertura da internação para o ato cirúrgico. Apenas um paciente teve a cobertura total do plano de saúde.

Assim, este estudo corrobora o que está na Constituição de 1988, abaixo reafirmado por Santos (2009):

A Saúde Pública no Brasil passou por diversas fases na tentativa de promover assistência à população, e, a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser dever do Estado e um direito do cidadão. Surge o atendimento integralizado à população, inclusive de procedimentos de alta complexidade; o transplante de órgãos e tecidos passa então a fazer parte da política de saúde no Brasil, onde atualmente o SUS cobre mais de 80% dos procedimentos de transplantes, incluindo o transporte de órgãos e a liberação de imunossuppressores (SANTOS, 2009).

A conscientização e o comprometimento com a adesão ao tratamento são fundamentais, a fim de que o paciente siga seu cuidado de saúde no domicílio. As consultas de enfermagem realizadas no ambulatório na fase pré-transplante aliadas à visita domiciliar auxiliam trabalhar e preparar os pacientes e familiares para o transplante. Entretanto Proença e colaboradores (2009) priorizam que:

O processo de educar em saúde, parte essencial do trabalho de cuidar da enfermagem, pode ser entendido como “um diálogo que se trava entre as pessoas com o objetivo de mobilizar forças e a motivação para mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida (PROENÇA et al., 2009, p. 1161).

Quanto às variáveis relacionadas à indicação para o transplante, a cirrose hepática etanólica foi constatada em 31,0% dos pacientes, seguida de cirrose criptogenética em 24,0% e cirrose pós-viral C, somada a hepatocarcinoma em 23,0%. Entretanto, na pesquisa realizada por Winckler e outros (2007), no que diz respeito ao diagnóstico de cirrose hepática, este só foi superado pela hepatite C, sendo que a cirrose etanólica tornou-se uma das mais comuns indicações de transplante hepático na Europa e América. Contudo, Hepp e colaboradores (2008) relatam que, no Chile, as causas mais frequentes de indicação para transplante ortotópico de fígado, em adultos, são as cirroses pós-viral C, cirrose etanólica e hepatocarcinoma.

O domicílio, ao longo do tempo, tem sido um importante espaço utilizado pelos profissionais de saúde para educação em saúde e torna-se um local privilegiado para o reconhecimento e desenvolvimento de ações direcionadas à saúde da família.

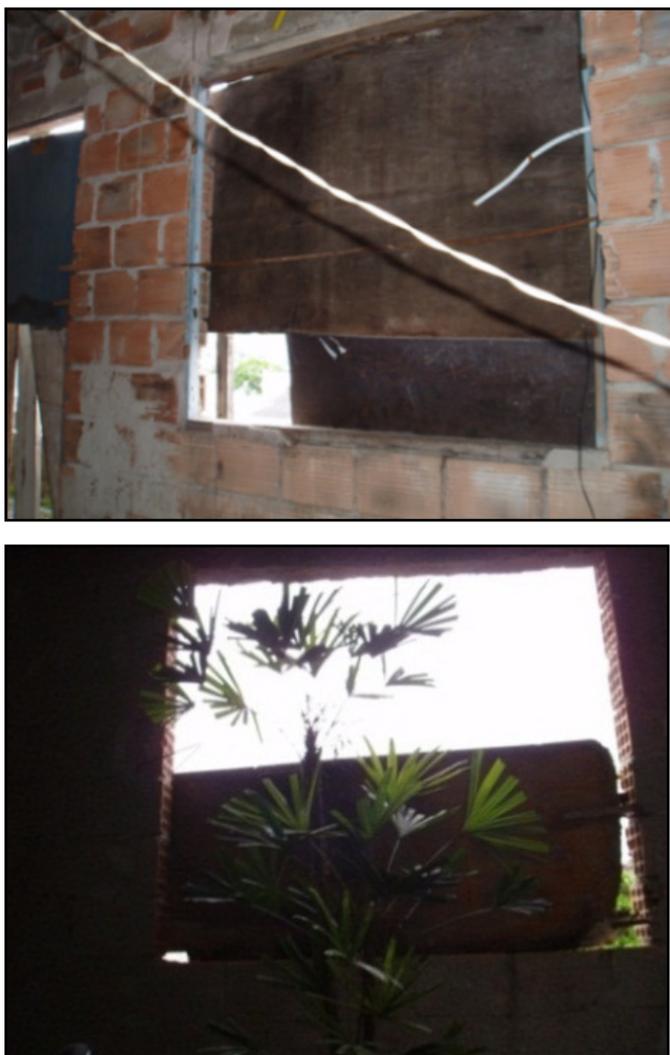
Durante as visitas realizadas, quanto à variável tipo de domicílios, constatou-se que 73,0% dos domicílios eram próprios. Dos domicílios próprios, muitos ainda encontravam-se inacabados, sendo que em um deles faltava janela, porta, pia na cozinha, cobertura do chão, laje, além de apresentar presença de infiltração e mofo. Em outro domicílio, havia falta de banheiro, de cobertura, de pia na cozinha, apresentava presença de infiltração e mofo e, a água utilizada era de mina. Nesses dois domicílios considerados críticos, encontraram-se algumas dificuldades relacionadas às intervenções necessárias de ser realizadas. Buscou-se a ajuda do Assistente Social e conscientização dos familiares para que as mudanças fossem feitas. Nesse momento, a equipe multiprofissional atua, quando, o profissional Assistente Social, segundo Albernaz (2003), conduz essas questões que envolvem a articulação de redes sociais como prefeitura, promotoria de justiça, organizações não governamentais etc. Também, o assistente social dá providências aos aspectos práticos previdenciários, trabalhistas e de benefícios sociais (recursos financeiros e materiais: alimentação, transporte,

medicamentos etc), de forma a criar uma infraestrutura social necessária à realização do tratamento (ALBERNAZ, 2003).

As fotografias abaixo ilustram o que é afirmado, de modo que seja constatada a realidade dos domicílios visitados para esta pesquisa.



**Figura 1.** Janela apenas com a estrutura metálica, sem os vidros.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.



**Figura 2.** Construção inacabada. Janela com tapume.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

Quanto à variável luz elétrica, nos domicílios pesquisados, 100,0% possuíam luz elétrica e construção de alvenaria, mesmo que, muitos deles, inacabados. O aspecto luz elétrica coloca em um patamar de destaque as ações governamentais do Estado de Minas Gerais, com o programa Luz para todos. O programa foi instituído pelo Decreto nº 4.873, de 11 de novembro de 2003, com o objetivo de levar energia elétrica a mais de 12 milhões de pessoas na área rural do Brasil (BRASIL, 2003). A falta de saneamento básico e luz elétrica comprometem a adesão ao tratamento e ameaçam o resultado satisfatório do procedimento, considerando-se a imunossupressão a qual os pacientes serão submetidos (GROSSINI, 2009).

Quanto à variável rede de esgoto, dos domicílios visitados, 91,0% deles possuíam rede de esgoto. Como parte do saneamento básico de

qualquer região, a população deve estar consciente dos riscos que um solo contaminado pode trazer para a saúde. Compete aos programas de monitorização da qualidade da água e do solo, ações de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle de fatores de risco que agravam a saúde da população (SANTOS; MATTOS, 2009).

O saneamento é uma questão de políticas públicas, cujo alvo principal é a preservação da saúde. “Os países em desenvolvimento, que “assistem” ao agravamento generalizado da crise social, mostram um quadro bastante deficitário para o saneamento” (REZENDE; HELLER, 2008).

Ações de vigilância a respeito das condições sanitárias, além da orientação à população a respeito dos riscos à saúde, são cabíveis ao profissional da enfermagem. Nesse sentido, dar ciência à população a respeito da falta de saneamento básico, de como acionar os órgãos governamentais competentes no sentido de implantar esses benefícios nas áreas carentes desse recurso, é imprescindível.

Quanto à variável escada para o acesso ao domicílio, 67,0% possuem escadas, sendo 36,0% até dez degraus. A presença de escadas é regulamentada pela Lei Complementar Nº 387 de 13 de abril de 2.000, que dita (BRASIL, 2000):

Das normas técnicas das edificações em geral, fica estabelecido que: as escadas ou rampas devem ter largura mínima de 90cm (noventa centímetros) e passagem com altura mínima nunca inferior a 2,00m (dois metros), salvo disposição contrária existente em norma técnica. As escadas e rampas de uso comum ou coletivo e as escadas de incêndio devem ser dotadas de corrimão e obedecer às exigências contidas na NBR 9077. Em caso de uso secundário ou eventual, será permitida a redução de sua largura até o mínimo de 60cm (sessenta centímetros). A instalação de elevador em uma edificação não dispensa a construção de escada ou rampa (ABNT, 2004).

Referente a essa variável, escada para acesso ao domicílio, as fotos abaixo ilustram o que foi registrado durante a visita domiciliar.



**Figura 3.** Escadas na primeira visita e após retorno.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita e retorno.

Como um importante item de segurança, a variável “uso do corrimão” foi também levantada: 92,0% dos residentes nos domicílios visitados necessitavam de orientação quanto ao uso dele. O corrimão na escada é imprescindível, não apenas nos acessos aos domicílios, como nas instituições hospitalares. Os corrimãos devem ser construídos com materiais rígidos, firmemente fixados às paredes, barra de suporte ou guarda-corpos, oferecer condições seguras de utilização e sinalizados. A reserva de um espaço livre de no mínimo 4,0 cm entre a parede e o corrimão deve ser feita, permitindo boa empunhadura e deslizamento, sendo preferencialmente de seção circular (ABNT, 2004).

A realidade desse tipo de artefato nos domicílios dos pacientes pós-transplante pode ser verificada, conforme se ilustra a seguir.



**Figura 4.** Corrimão já instalado nas escadas, na visita de retorno.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante o retorno.

Quanto à variável “muro” dos domicílios pesquisados, 91,0% possuíam muros. A presença de muros nos domicílios permite a delimitação da área de trânsito, a limpeza e o bom estado de conservação, ainda que com problemas a ser sanados em alguns deles.



**Figura 5.** Inexistência de muros nos domicílios.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

Considerando a variável cobertura dos domicílios visitados, 84,0% possuíam cobertura de laje, enquanto 13,0% possuíam cobertura de telha de amianto ou cerâmica e 3,0% possuíam cobertura com forro de policloreto de vinila. A estrutura do domicílio que vai receber um transplantado deve possuir cobertura de laje ou ser coberta com forro. Dos domicílios que possuíam cobertura de telha de amianto ou cerâmica, todos apresentavam mofo e continham telhas quebradas. Visando oferecer maior segurança ao paciente no pós-operatório, a orientação prestada sugere a colocação de cobertura de laje ou forro de policloreto de vinila.



**Figura 6.** Mofo nas telhas de amianto, durante a 1ª visita e cobertura com policloreto de vinila, na visita retorno.

Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita e retorno.

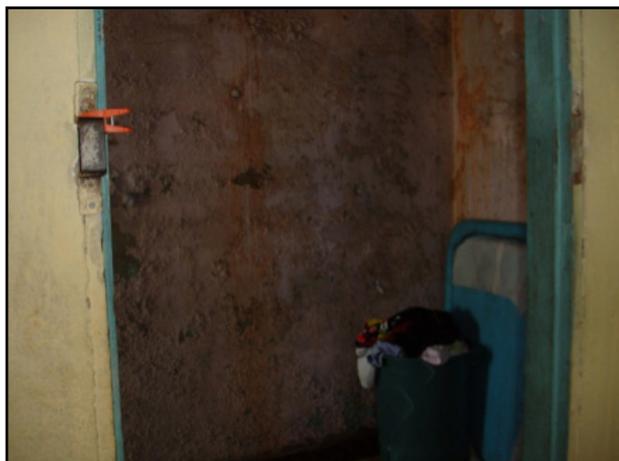


**Figura 7.** Mofo nas telhas, detectado na 1ª visita. Cobertura com telhas trocadas e colocação da cobertura de laje na visita retorno.

Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita e retorno.

Quanto à variável pisos dos domicílios visitados, 56,0% eram em cerâmica, enquanto 22,0% em taco/madeira, 14,0% eram em cimento e apenas 8,0%, chão de terra ou ardósia. O chão revestido de cobertura favorece a limpeza e a higienização do domicílio.

Em relação à variável presença de infiltração e mofo dentro do domicílio do paciente, 45,0% dos domicílios tinham presença de infiltração seguida de mofo. O mofo, como consequência da infiltração.



**Figura 8.** Infiltração e mofo no quarto, sem janela e sem ventilação.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

É importante salientar a variável arejamento dos domicílios visitados. Foi constatado que 81,0% dos domicílios eram arejados. Aspectos tais como luminosidade, entrada de ar, tamanho da abertura das janelas, presença de portas, ventilação e situação dos banheiros foram verificados pela pesquisadora. Nas casas abafadas, observaram-se aspectos como abertura pequena das janelas, pouca ventilação, habitações construídas em blocos fechados e com pouca luminosidade.

A altura das janelas deve considerar os limites de alcance visual, exceto em locais onde deva prevalecer a segurança e a privacidade (ABNT, 2004).



**Figura 9.** Corredor na 1ª visita e em reforma na visita de retorno.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita e retorno.

Em relação à variável presença de pia na cozinha, 97,0% dos domicílios possuíam pia na cozinha. A presença ou não de pia nas cozinhas dos domicílios dos pacientes entrevistados é relevante. Concentra-se nela o suporte básico referente à higienização dos alimentos e utensílios usados e próprios daquele local, ou seja, uma cozinha sem pia é uma copa.



**Figura 10.** Cozinhas sem a presença de pia.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

Neste estudo, constatou-se que 92,0% dos domicílios possuíam banheiro completo, enquanto 6,0% possuíam banheiro incompleto e 2,0% não possuíam banheiro. Um banheiro contendo chuveiro, vaso sanitário, pia e paredes revestidas de material a prova d'água foi considerado completo. O banheiro incompleto foi considerado aquele onde faltava o chuveiro, ou o vaso sanitário ou a pia e as paredes não possuíam cobertura. Nos mesmos domicílios, 90,0% das paredes dos banheiros possuíam cobertura de azulejo, enquanto 10,0%, apenas reboco.



**Figura 11.** Banheiros com presença de mofo, infiltração e sem chuveiro.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.



**Figura 12.** Banheiros reformados, na visita de retorno.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante o retorno.

Quanto à presença ou não de animais, constatou-se que em 59,0% dos domicílios havia a presença de animais domésticos, especialmente a de aves e pássaros, porco, cães e gatos. Esse tipo de orientação refere-se aos

aspectos da vigilância ambiental relacionados às doenças e infecções que se transmitem naturalmente entre os animais e o homem (SANTOS; MATTOS, 2009).

Animais de estimação sabidamente exercem efeitos benéficos no alívio do estresse, no enfrentamento de situações adversas e críticas como as vivenciadas pelos pacientes. Entretanto, o risco de transmissão de zoonoses não pode ser negligenciado. Alguns animais devem ser evitados durante a fase pré e pós-transplante, por serem considerados de alto risco para os pacientes imunossuprimidos: porquinho da índia, coelho, pássaros, aves e gatos (BJÖRK; NÄDEN, 2008).



**Figura 13.** Presença de galinhas, porco e pássaros na área externa.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

Levando-se em conta que todos os domicílios possuíam a água armazenada em caixa d'água, constatou-se que 95,0% delas possuíam fechamento. Na estrutura dos domicílios, a presença ou não de caixa d'água fechada é fator preponderante quanto à qualidade da água. Quanto ao fechamento das caixas d'água, tornam-se necessárias algumas ações de educação em saúde, utilizando o esclarecimento do código sanitário, de modo a contribuir na construção da consciência sanitária dos cidadãos (SANTOS; MATOS, 2009).



**Figura 14.** Caixa d'água sem cobertura da tampa e presença de cisterna.  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

Quanto à periodicidade da limpeza da caixa d'água, em 52,0% dos domicílios, era realizada em até seis meses, enquanto 24,0%, de sete meses a um ano, 11,0%, mais de um ano, 8,0% não se lembravam de quando havia sido feita a limpeza e 5,0% não possuía caixa d'água. Após passar por modernos processos de tratamento, a água é distribuída a população totalmente livre de impurezas. Ao chegar à casa do cliente, a água tem outro local de armazenamento: a caixa d'água. Esta deve ser lavada a cada seis meses e precisa ser mantida bem tampada. Esses cuidados são imprescindíveis, já que a responsabilidade da Companhia de Saneamento de Minas Gerais é garantir a qualidade da água distribuída até às ligações. Daí em diante, a responsabilidade é do cliente. Por isso, é importante que cada caixa d'água esteja limpa para receber a água da Companhia de

Saneamento de Minas Gerais, para evitar a incidência de doenças. A falta de saneamento básico ameaça o resultado satisfatório do procedimento.

Observa-se que das várias medidas adotadas pelo enfermeiro e o assistente social do grupo de transplante hepático, para orientar a respeito da qualidade da água ingerida pelos pacientes, a presença do filtro de água nos domicílios é requisito básico.

Considerando-se o estado geral das paredes do domicílio, 42,0% encontravam-se limpas, enquanto 57,0% precisavam ser pintadas e 1,0%, ainda, estavam em tijolo. Todos os pacientes e familiares residentes nos domicílios, onde as paredes necessitavam de pintura, foram orientados a realizá-la.

No presente estudo, 100,0% dos domicílios recebiam coleta de lixo, sendo que, em 92,0% deles, eram realizadas coletas até três vezes por semana e 8,0%, acima de quatro vezes por semana. A coleta de lixo é feita em toda cidade, regularmente, de acordo com as características de cada região. Nos domicílios pesquisados, a coleta é realizada três vezes por semana naqueles bairros situados nas zonas oeste, noroeste, nordeste, norte, sudoeste, leste, e municípios da grande Belo Horizonte. Enquanto as zonas que têm a coleta acima de quatro vezes por semana referem-se aquelas situadas no centro, centro-sul e sul de Belo Horizonte. De acordo com Barros e colaboradores (1995), a coleta de lixo realizada mais de duas vezes por semana tem por vantagem reduzir o lixo e a necessidade de armazenamento. Porém, ela é mais cara e necessita de mais combustível. Geralmente é realizada mais vezes em locais, onde a população é mais densa (BARROS et al., 1995).

A enfermagem deve orientar quanto aos cuidados com o lixo, como o acondicionamento em latas fechadas para coleta pública, deixadas em locais altos para dificultar o acesso dos animais; lavar as latas de lixo; não jogar lixo ou entulho nos córregos ou terrenos próximos ao domicílio ou baldios, entre outros (SANTOS; MATOS, 2009).

## 6.1 Orientações prestadas aos pacientes durante a visita domiciliária

A visita domiciliária permite um melhor relacionamento do profissional com a família, além de proporcionar ao paciente maior liberdade de exposição de seus problemas referentes às questões que ocorrem dentro de seu domicílio. O paciente candidato ao transplante hepático necessita de orientações relacionadas às condições e organização do domicílio, ao uso de medicamentos, aos cuidados de higiene pessoal, ao uso da água potável, às questões ligadas ao relacionamento familiar, entre outras. Todos os pacientes foram orientados, conforme a sequência deste estudo.

Apesar de todas as dificuldades em relação à necessidade de melhoria dos domicílios, 65,0% requeriam algum tipo de alteração, quase todas relacionadas à retirada de infiltrações e mofo, pintura de parede e instalação de corrimão para escada.

Considerando-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é normalizada pela Resolução nº 292 de 2004 do Conselho Federal de Enfermagem, deve ser aplicada em todo o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, como atividade privativa do enfermeiro. A Sistematização da Assistência de Enfermagem, na visão de Caregnato e colaboradores (2011):

tem como objetivo identificar situações de saúde e doença que possam vir a auxiliar na prescrição e na implantação de ações de assistência de enfermagem, visando contribuir na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, facilitando a operacionalização do processo de enfermagem (CAREGNATO et al., 2011, p. 36).

Nesse sentido, é responsabilidade do enfermeiro observar, supervisionar e promover o bem-estar do paciente, aplicando todas as etapas do processo de enfermagem, quais sejam: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem (NANDA Internacional, 2010).

Em relação ao diagnóstico de enfermagem “Manutenção do lar prejudicada”, entre os domicílios pesquisados, 89,0% apresentavam necessidade de organização. Este diagnóstico é definido pela taxonomia NANDA Internacional, 2009, como “incapacidade de manter de forma

independente um ambiente imediato seguro e que promova crescimento”. Sendo assim,

As características definidoras objetivas são ambiente desordenado, ambiente sujo, distúrbios repetidos por falta de higiene, falta de equipamentos necessários, falta de roupas de cama, infecções repetidas por falta de higiene, odores desagradáveis, presença de insetos ou roedores, utensílios de cozinha indisponíveis. As características definidoras subjetivas são: membros da família descrevem crises financeiras, membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa confortável, membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa. Os fatores relacionados são: doença, conhecimento deficiente, finanças insuficientes, funções prejudicadas, organização e planejamento familiar insuficiente e sistemas de apoio inadequados (NANDA Internacional, 2009, p. 89).

Com base nesses diagnósticos levantados, o enfermeiro planejava e implementava ações que visavam a promoção da saúde, a prevenção de doenças e posterior reabilitação, no caso dos pacientes candidatos ao transplante. Em relação a “Manutenção do lar prejudicada”, as orientações foram focadas nos cuidados e adequações do ambiente e familiar. Os aspectos educativos nesse contexto referiam-se basicamente à higiene, limpeza, organização e melhorias do domicílio, livre de risco especialmente, de complicações infecciosas do paciente pós-transplante. Na experiência da pesquisadora, para que os resultados fossem alcançados, os recursos da família e da comunidade eram otimizados e as fortalezas da família potencializadas, em parceria com o serviço social do Hospital das Clínicas da UFMG.

Durante a visita domiciliária, o enfermeiro, coletava dados que lhe permitiam identificar diagnósticos de enfermagem que são de sua autonomia. Essa é uma prática baseada em evidências, uma vez que os diagnósticos “são a base para o planejamento das melhores intervenções de enfermagem, com qualificação dos cuidados e dos resultados” (LIRA; LOPES, 2010).

As orientações básicas sobre a higienização dos domicílios e a organização geral deles, assim como o local, onde o paciente ficará instalado no período pós-transplante, são necessárias, visando evitar infecções e reinternações. As mudanças de hábitos que favorecem as medidas de higiene geral, limpeza, acondicionamento adequado do lixo, destino apropriado do esgoto, drenagem de água parada, e a manutenção dos

domicílios em condições de habitabilidade, requerem do paciente e da família uma nova forma de viver (KAWAMOTO et al., 2009).

As principais orientações quanto à organização dos domicílios foram: organizar e limpar o quarto e a parte de cima do guarda roupa; retirar a poeira dos móveis e objetos, passar o pano de chão com água e hipoclorito de sódio, em toda a casa; lavar diariamente o banheiro, que o paciente irá utilizar; lavar as mãos sempre que usar o banheiro e sempre que chegar ao domicílio. Por isso, torna-se necessário que os envolvidos realmente entendam as mudanças pertinentes, bem como os cuidados específicos para receber o paciente no período pós-transplante.



**Figura 15.** Presença de objetos em cima do guarda roupa, poeira e ambientes sem organização.

Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

É importante salientar que entre os pacientes entrevistados, 62,0% apresentaram necessidade de orientação quanto ao acondicionamento dos medicamentos em uso. As orientações a respeito da utilização adequada dos medicamentos pós-transplante são uma importante intervenção do enfermeiro. “Uma das mais importantes atribuições dos enfermeiros envolvidos em programas de transplante hepático refere-se à administração de medicamentos” (MENDES et al., 2008). O processo de educação em

saúde inclui “além da administração dos fármacos”, saber determinados itens que vão “permitir ao paciente e seus familiares a condução adequada da terapia de medicamentos em domicílio, de modo que o risco seja o menor possível, particularmente em relação à administração de imunossupressores” (MENDES et al., 2008).

A respeito da orientação quanto à reserva financeira destinada à compra de medicamentos pós-transplante, ou seja, aqueles não fornecidos pela Secretaria de Saúde, foi constatado que 100,0% dos pacientes, seus familiares e acompanhantes desconheciam esse tipo de providência, sendo que todos receberam orientação a respeito. A prática e a vivência dessa situação, no Brasil, especialmente em Belo Horizonte, Minas Gerais, evidenciaram que, se esse tipo de orientação não for feito, alguns pacientes poderão se manter internados na instituição hospitalar até que os familiares solucionem a questão. Muitas vezes, o enfermeiro é confrontado com situações em que o contexto extramuros pode se refletir dentro do trabalho na Instituição.

Dos domicílios, 77,0% possuíam filtro de água, enquanto a não existência foi em 23,0%. Como parte do hábito cultural dos brasileiros, a filtração familiar é uma constante.

Observou-se que nos domicílios, que possuíam filtro de água, 72,0% necessitavam de orientação quanto à troca da vela do filtro de água. No Brasil, a Portaria n° 518, de 25 de março de 2004, Art.23 determina que: “Toda água para consumo humano suprida por manancial superficial e distribuída por meio de canalização deve incluir tratamento por filtração” (BRASIL, 2004).

Esse procedimento é fundamental, pois, de acordo com Rezende e Heller (2008): “Verifica-se que nem sempre existe segurança com a água fornecida, uma vez que pesquisas identificam a existência de processos de tratamento muitas vezes inadequados e ocorrência de fontes de poluição nos mananciais (REZENDE; HELLER, 2008, p. 63).

Entretanto nos países desenvolvidos, a filtração familiar não é empregada, visto que existe a confiabilidade da qualidade da água do sistema público, embora ali também não sejam utilizados os reservatórios domiciliares (CASTRO et al.,1995).

A discussão a respeito da exigibilidade ou não do filtro é levantada por Bellingiere (2004), mostrando que várias empresas, nos anos de 1930, se especializaram nesse produto e passaram a atender ao mercado nacional, o que justifica e afirma, também, a necessidade do uso do equipamento.



**Figura 16.** Filtros com mofo externo  
Fonte: Foto retirada pela pesquisadora durante a visita.

Referente à orientação sobre retirada de pássaros e outros animais domésticos, constatou-se que em 36,0% houve a necessidade de orientação quanto à retirada de pássaros e outros animais domésticos dos domicílios. Todos acataram a recomendação.

Constatou-se a necessidade de orientação quanto ao retorno ambulatorial após a realização do transplante, sendo que 13,0% dos pacientes visitados tinham conhecimento a respeito e 87,0% não. A orientação ao paciente e aos seus familiares, quanto ao retorno ambulatorial,

é considerada fundamental, pois, nesse momento, se dá o planejamento dos cuidados pós-transplante, o monitoramento dos níveis das drogas imunossupressoras, dos efeitos adversos induzidos pelas outras medicações e da avaliação da função hepática.

Quanto à orientação a respeito das condições do órgão do doador no momento da retirada de órgãos e da decisão sobre seu aproveitamento, 100,0% foram orientados. Ou seja, o órgão a ser doado pode estar prejudicado por motivos diversos, o que se constata: “[...] com a avaliação visual e manual do fígado pelo cirurgião, como infecção, tumores, lesões isquêmicas da vesícula biliar ou parênquima com aspecto heterogêneo ou borda anterior do lobo direito amolecida, evidenciando esteatose aguda” (PEREIRA, 2011, p. 329).

Observa-se, segundo Abouljoud e colaboradores (2006) que, algumas vezes, o fígado pode não estar bom estado o suficiente para o transplante, é quando a operação terá de ser cancelada. Entretanto, isso não ocorre com frequência, conforme ensina Pereira (2011). Constata-se a importância de informar ao paciente e os seus familiares sobre as possibilidades das condições do órgão do doador, oferecendo segurança aos pacientes e familiares se o fato ocorrer (BJÖRK; NÄDEN, 2008).

Quanto à documentação necessária para a admissão do paciente na instituição, 99,0% foram orientados. Essa orientação prevê que, quando o paciente é inscrito em lista de espera para o transplante e recebe a notificação para comparecer ao hospital, pelo fato de ter surgido um potencial doador, ele deve comparecer portando os documentos exigidos.

Em relação ao tempo necessário para organizar o domicílio, durante as visitas realizadas, 68,0% organizariam o domicílio em até um mês, enquanto 18,0% gastariam um tempo acima de dois meses e 14,0% organizariam o domicílio de um a dois meses. Estabeleceu-se um prazo para avaliar o cumprimento das melhorias que foram sugeridas. O domicílio precisa estar preparado para a situação de cuidado que o paciente requer, levando-se em conta tanto o quarto do paciente como o acesso a outros locais da casa, tais como, o banheiro e a cozinha, de modo a garantir mais independência para o paciente, como também facilitar o trabalho do

cuidador. Sabe-se da dificuldade de adaptação de determinados ambientes, quando se lida com uma população carente.

Entretanto, de acordo com Salviano (2007), a própria compreensão do paciente sobre a sua condição de saúde e a adesão ao tratamento constituem-se pré-requisitos básicos para sua inclusão no programa de transplante.

Durante as visitas realizadas, constatou-se que, em 86,0% dos domicílios visitados, não havia necessidade do retorno do enfermeiro, porque se tratavam de condutas a serem tomadas como a higienização do domicílio, lavação de caixa d'água, troca filtro de água, retirada de animais, e organização de um local adequado para guardar os medicamentos. Durante os retornos ambulatoriais, os enfermeiros perguntavam aos pacientes e familiares sobre as melhorias a serem realizadas que relatavam as adequações realizadas. Esses dados foram registrados no instrumento de coleta de dados desta pesquisa e colocados no registro eletrônico institucional do paciente. Dentre os domicílios visitados, 7,0% encontravam-se em reforma, enquanto 5,0% já realizaram as mudanças sugeridas. Apenas 1,0% dos pacientes visitados foi encaminhado ao serviço de hepatologia clínica e 1,0% dos pacientes apresentou óbito no período da pesquisa. Dos domicílios que encontravam-se em reforma, o retorno ocorreu em três deles, durante o período da coleta de dados. Dos três domicílios, dois realizaram as mudanças sugeridas, enquanto um continuava em reforma.

O enfermeiro de transplante de fígado deve estar ciente de que enfrentará desafios futuros à medida que a complexidade do cuidado do paciente aumenta. Espera-se que os objetivos da orientação prestada aos pacientes no período pré-transplante sejam acompanhados de uma redução do tempo de internação e das complicações pós-transplante.

Entretanto, o enfermeiro desenvolve um importante papel na equipe multidisciplinar, no cuidado e educação dos pacientes com doença irreversível do fígado. O cuidado acontece quando o paciente está no domicílio, sendo que ele, seus familiares e cuidadores necessitam ser preparados e acompanhados durante a fase pré-transplante. As evidências de que a visita domiciliária leva a melhores resultados permitem assegurar a

continuidade desse método, com vistas à independência e ao autocuidado do paciente. Nesta pesquisa, experimentou-se, através da visita domiciliar, a aproximação com o paciente e seus familiares para realização das mudanças necessárias no domicílio. Estabeleceu-se, com isso, um vínculo de confiança, a fim de fortalecer o preparo para o processo educativo e para o enfrentamento do transplante hepático.

O enfermeiro através da visita domiciliar pode desenvolver um importante e eficiente método de trabalho estruturado, o que permite uma visão mais crítica e reflexiva no contexto desta complexa tecnologia: transplante de órgãos.

## 7 CONCLUSÃO

Os dados mostram um perfil de pacientes que possuem baixa escolaridade e renda familiar, habitações inadequadas, enfim condições sociodemográficas adversas e desfavorecidas. Essa fragilidade que o estudo expõe revela a necessidade de abordagens que ultrapassem os aspectos técnicos do procedimento. É necessária a capacitação dos cuidadores e as adequações e modificações no domicílio para receber o paciente no pós-transplante.

O enfermeiro é desafiado a criar condições favoráveis para educação da família e do paciente, aliadas as estratégias formais para mudanças estruturais no sentido de instrumentalizá-los para superar todas as etapas do transplante.

## REFERÊNCIAS

ABOULJOUND, M. et al. Getting a new liver facts about liver transplants. **Ped. Liver Transplantation**. 2006. Disponível em: <[http://www.a-s-t.org/files/pdf/patient\\_education/english/AST-EducBro-NewLiver-E.pdf](http://www.a-s-t.org/files/pdf/patient_education/english/AST-EducBro-NewLiver-E.pdf)>.

Acesso em: 23 ago. 2011.

ABRAHÃO, A.L.; LAGRANCE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ., 2007. p.151-171.

ALBERNAZ, M.F.S. **Aspectos sociais do paciente e da família: abordagem do serviço social**. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG. 2003. (Documento interno).

ANDRADE, L. et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Barueri Manole, 2010. 588p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 9050 **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2004. 76p. Disponível em: <<http://www.mpdf.gov.br/sicorde/NBR9050-31052004.pdf>>. Acesso em 26 set. 2011.

BARROS; et al. **Manual de saneamento e Proteção Ambiental para os Municípios**. Vol. II DESA (Departamento de Engenharia Sanitária e Ambiental) Escola de Engenharia da UFMG. SEGRAC. 1995. 221p.

BELLINGIERE, J.C. Água de beber: a filtração doméstica e a difusão do filtro de água em São Paulo. **An. Mus. Paul.**, São Paulo, v.12, n.1, p.161-191, 2004.

BJÖRK, I.T.; NÄDEN, D. Patients' experiences of waiting for a liver transplantation. **Nurse Inq.**, Carlton, v.15, n.4, p.289-298, 2008.

BOLDEN, L.; WICKS, M.N. The clinical utility of the stress process model in family caregivers of liver transplant candidates. **Prog. Transplant.**, Aliso Viejo, v.18, n.2, p.74-79, 2008.

BRASIL. Decreto n. 4.873 de 11 de novembro de 2003. **Luz para todos**, Brasília, 11 nov. 2003. p.130. Disponível em: <<http://www.aneel.gov.br/cedoc/dec20034873.pdf>> Acesso em: 14 out. 2011.

BRASIL. **Lei complementar n. 387 de 13 de abril de 2000**. Disponível em: <<http://www.inteligenciaambiental.com.br/sila/pdf/mleicomlegsts387-00.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2011.

BRASIL. Lei n.12.382 de 25 de fevereiro de 2011. **Dispõe sobre o valor do salário mínimo em 2011 e a sua política de valorização de longo prazo:**

disciplina a representação fiscal para fins penais nos casos em que houve parcelamento do crédito tributário; altera a lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996; e revoga a lei nº 12.255, de 15 de junho de 2010. Brasília, 2011. 1p. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12382.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12382.htm)>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 518 de 25 de março de 2004. **Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências.** Cap. VI – **Das exigências aplicáveis aos sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água.** Brasília, 2004. 15p. Disponível em: <[http://www.agrolab.com.br/portaria%20518\\_04.pdf](http://www.agrolab.com.br/portaria%20518_04.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 14 ago. 2011.

CAREGNATO, R.C.A.; CLOSOSKI, M.N.; HOEFEL, H.H.K. Transplante hepático infantil: análise da evolução de enfermagem no intraoperatório. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.16, n.3, p.35-42, 2011.

CARVALHO, D.V. et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório de transplante hepático por cirrose etílica e não-etílica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.11, n.4, p.682-687, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a20.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

CASTRO, A.A. et al. **Manual de saneamento e proteção ambiental para os Municípios.** Belo Horizonte: DESA (Departamento de Engenharia Sanitária e Ambiental), Escola de Engenharia da UFMG, 1995. vol.2 - Saneamento. 221p.

CHOU, C.Y. et al. Family experience of waiting for living donor liver transplantation: from parental donor perspective. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v.18, n.12, p.1684-1692, 2009.

CINTRA, V.; SANNA, M.C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.58, n.1, p.78-81, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100015&script=sci_arttext). Acesso em: 16 ago. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução COFEN-292/2004. **Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos.** COFEN, v.52, p.18-19, 2004. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>>. Acesso em: 1 set. 2011.

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS (COPASA). Disponível em: <<http://www.copasa.com.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 18 out. 2011

DRULLA, A.G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm.** Curitiba/PR: UFPR, v.14, n.4, p.667-674, 2009.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: ATHENEU, 2000. 630p.

EINOLLAHI, B. et al. Burden among care-givers of kidney transplant recipients and its associated factors. **Saudi J. Kidney Dis. Transplant.**, Riyadh, v.20, n.1, p.30-34, 2009. Disponível em: <<http://www.sjkdt.org>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

FEUERWERKER, L.C.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar no sistema de saúde no Brasil investigação original. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v.24, n.3, p.180-188, 2008.

FONSECA, F.P.; SAVASSI-ROCHA, P.R. **Cirurgia Ambulatorial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 667p.

GONZALEZ PECOTCHE, C.B. **Logosofia ciência e método: técnica da formação individual consciente**. 11.ed. São Paulo: Logosófica, 2003. 145p.

GRESTA, M.M. **A espera é que mata: a trajetória dos pacientes submetidos ao transplante hepático**. 2000, 169f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2000.

GROSSINI, M.G.F. Serviço social e transplante hepático pediátrico: o perfil sociocultural das famílias avaliadas e a intervenção do assistente social nas contraindicações sociais para o transplante. **Rev. HCPA e Fac. Med. Univ. Fed. Rio G. Sul.**, Porto Alegre, v.29, n.1, p.33-35, 2009.

HEPP, J. et al. Transplante hepático en Chile: Aspectos generales, indicaciones y contraindicaciones. **Rev. Med. Chil.**, Santiago, v.136, n.6, p.793-804, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Estatísticas do Registro Civil 1999/2008. Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2009; IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009; IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009; IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008/2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. 2.ed. São Paulo: EPU, 2009. 179p.

LIRA, A.L.B.C.; LOPES, M.V.O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.108-114, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11072/8444>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.7, n.2, p.241-247, 2008.

MATIAS, S.S.; PEREIRA, A.K.A.M. **Visita domiciliar: (RE) significando a prática dos profissionais da estratégia de saúde da família.** 2010. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/saude-artigos/visita-domiciliar-re-significando-a-pratica-dos-profissionais-da-estrategia-de-saude-da-familia-2824337.html>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

MENDES, A.O.; OLIVEIRA, F.A. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev. Bras. Med. Fam Com.**, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.726-730, 2007.

MIES, S. Transplante de fígado. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.44, n.2, p.127-134, 1998.

NOGARA, M.A.S. et al. Avaliação dos transplantados Hepáticos no estado de Santa Catarina no Período de agosto de 2002 a janeiro de 2008. **JBT J. Bras. Transpl.**, São Paulo, v.12, n.3, p.1144-1148, 2009.

NOGUEIRA, M.J.C.; FONSECA, R.M.G.S. A visita domiciliária como método da assistência à família. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v.11, n.1, p.28-50, 1977.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p.44-57, 2004.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010. 452p.

OVERMAN, J.A. et al. Role of the nurse in the multidisciplinary team approach to care of liver transplant patients. **Mayo Clin. Proc.**, Rochester, v.64, n.6, p.690-698, 1989.

PEREIRA, W.A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos.** 4.ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2011. 688p.

PROENÇA, M.C.C.; VICARI, A.R.; GONÇALVES, D.H. Consulta de enfermagem pré-transplante renal: uma atividade relacionada ao autocuidado. **JBT J. Bras. Transpl.**, São Paulo, v.12, n.3, p.1161-1164, 2009.

REZENDE, S.C.; HELLER, L. **O saneamento no Brasil: políticas e interfaces**. 2.ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 387p.

ROCHA, E.G. et al. Análise da produção científica da enfermagem acerca do cuidado familiar no domicílio (2000-2005). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61, n.3, p.361-365, 2008.

ROSSETTO-MAZZA, M.M.P. A visita domiciliar como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v.4, n.2, p.60-68, 1994.

SALVIANO, M.E.M. **Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação**. 2007. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SANTOS, M.C.H.; Vigilância em Saúde. 2.ed. In: KAWAMOTO, E.E. (Ed.). **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 2009. cap. 5, p.55-71

SANTOS, M.C.H; MATTOS, T.M. Instrumentos de Enfermagem em saúde Coletiva. 2.ed. In: KAWAMOTO, E.E. (Ed.). **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 2009. cap. 4, p.47-54.

SASSO, K.D.; GALVÃO, C.M. Qual o conhecimento científico produzido pelos enfermeiros brasileiros no que se refere aos transplantes de órgãos e tecidos? **JBT J. Bras. Transpl.**, São Paulo, v.8, n.1, p. 264-266, 2005

SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M.F. **Visita Domiciliar**. Grupos de Estudos em Saúde da família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006. Disponível em: <[http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf\\_vd.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2011.

SILVA, M.A.S. **Idosos, Família e Cultura** – Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003, p. 228.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p.48-56, 2008.

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C. A visita domiciliar do enfermeiro: fragilidades X potencialidades. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.9, n.3, p.569-576, 2010.

SOUZA, C.R.; LOPES, S.C.F.; BARBOSA, M.A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Rev. UFG**, Goiás, v.6, nº Especial, 2004. Disponível em: <[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/G\\_contexto.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/G_contexto.html)>. Acesso em: 14 ago. 2011.

WINCKLER; et al. Demographic profile in liver transplant candidates on waiting list. **JBT J bras transpl.** 2007; 10:660-661.

## APÊNDICES e ANEXOS

### Apêndice 1

#### PROCOLO DA VISITA DOMICILIAR

#### GRUPO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar realizada ao paciente que espera por um transplante é uma etapa complementar ao processo do tratamento do transplante hepático. Por meio desse instrumento podemos avaliar a estrutura interna de uma família, as condições de moradia do paciente, incluindo condições do ambiente domiciliar, habilidades dos familiares nos cuidados diários, estabelecer as prioridades de assistência e desenvolver estratégias para a melhoria da assistência das condições gerais do paciente.

A frequência da visita domiciliar será definida de acordo com as necessidades levantadas na primeira visita realizada.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Agendamento da visita feita pelo profissional: \_\_\_\_\_

Familiar que agendou a visita: \_\_\_\_\_

Zona da cidade onde reside o paciente: ( ) norte ( ) sul ( ) leste ( ) oeste

Cidade da grande BH: \_\_\_\_\_

#### **1 – Identificação**

Registro hospitalar \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Procedência \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Sexo M( ) F( )

End. \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Telefone(s) \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Grau de parentesco e quantas pessoas moram na casa \_\_\_\_\_

Membros da família presentes na casa no momento da visita \_\_\_\_\_

Informante chave \_\_\_\_\_

Casa própria( ) casa alugada( ) casa de parentes( ) casa de amigos( ) abrigo( )

#### **Realização da Visita**

1. Estrutura familiar – composição \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Trabalho \_\_\_\_\_

Empregado ( )sim ( )não ( )aposentado

2. Renda familiar – até 1 salário mínimo \_\_\_\_\_

- até 2 salários mínimos \_\_\_\_\_

- até 3 salários mínimos \_\_\_\_\_

- mais de 3 salários mínimos \_\_\_\_\_

4. A família possui convênio – ( )sim ( )não

Apenas o paciente possui convênio – ( )sim ( )não

Qual convênio \_\_\_\_\_

5. Utilizam o SUS ( )sim ( )não

Apenas o paciente utiliza o SUS ( )sim ( )não

#### **Aspecto funcional da família**

1. Quem realiza as tarefas diárias \_\_\_\_\_

2. Como acontece a comunicação entre os familiares \_\_\_\_\_

3. Como a família reage ao adoecimento de um de seus membros \_\_\_\_\_

4. Problemas vivenciados em relação ao relacionamento familiar \_\_\_\_\_

5. Os vínculos internos são conflituosos \_\_\_\_\_

#### **2 - Condições Habitacionais e Sanitárias**

**Localização da casa** \_\_\_\_\_

**Estado de conservação da casa** ótimo ( ) bom( ) ruim( ) péssimo( )

Tipo de moradia - Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_  
 Número de cômodos \_\_\_\_\_  
 Área externa - Cimento ( ) Terra ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_  
 Escadas - Sim ( ) Não ( ) N° de degraus \_\_\_\_\_ Muros Sim ( ) Não ( )  
 Presença de mofo nas paredes Sim ( ) Não ( ) Locais \_\_\_\_\_  
 Presença de infiltração nas paredes- Sim ( ) Não ( ) Locais \_\_\_\_\_  
 Conservação das paredes- limpas ( ) precisa limpar e/ou pintar ( ) \_\_\_\_\_  
 Tipo de teto - laje ( ) telhado( ) especifique \_\_\_\_\_  
 Tipo de Iluminação - ( ) luz da Cemig ( ) outro tipo de iluminação  
 Arejamento - ( ) casa arejada ( ) janelas amplas ( ) casa abafada  
 Piso da casa - cimento ( ) cerâmica ( ) taco/madeira ( ) outros ( ) \_\_\_\_\_  
**Estado geral da casa - Saneamento básico:**  
 Cozinha com pia - Sim ( ) Não ( ) Filtro de água - Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
 Há quanto tempo trocaram a vela do filtro de água \_\_\_\_\_  
 Purificador de água \_\_\_\_\_  
 Água - COPASA ( ) cisterna ( ) mina ( ) outros ( )  
 Condições sanitárias -água encanada e tratada ( ) rede de esgoto ( )  
 Armazenamento d'água-caixa d'água com tampa -Sim ( ) Não ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 Há quanto tempo lavou a caixa d'água \_\_\_\_\_ Coleta lixo-Sim ( ) Não ( ) - Quantas  
 vezes/semana \_\_\_\_\_  
 Banheiro completo - vaso sanitário ( ) chuveiro ( ) pia ( ) Falta \_\_\_\_\_  
 Paredes do banheiro - azulejo ( ) reboco ( ) tijolo ( ) outros \_\_\_\_\_  
 Banheiro arejado/luminosidade - Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
 Limpeza geral da casa dentro e fora - ótimo( ) bom( ) ruim( ) péssimo( )  
 Animais domésticos - Sim ( ) Não ( ) quais \_\_\_\_\_  
 Os animais ficam dentro ou próximos à casa, podendo comprometer o tratamento  
 Sim ( ) Não ( ) - Que tipo de comprometimento \_\_\_\_\_  
 Presença de pássaros no telhado da casa ( )sim ( ) não  
 Presença de pássaros dentro da casa ( ) sim ( ) não - na área ( ) sim ( ) não  
 Presença de pássaros nas paredes de fora da casa ( )sim ( ) não

### 3 - Capacidade funcional do paciente

Necessita de ajuda para realizar as seguintes atividades:

Caminhar - Sim ( ) Não ( ) Eventualmente ( ) especificar \_\_\_\_\_  
 Vestir-se - Sim ( ) Não ( ) Eventualmente ( ) especificar \_\_\_\_\_  
 Alimentar-se - Sim ( ) Não ( ) Eventualmente ( ) especificar \_\_\_\_\_  
 Administrar a medicação - Sim ( ) Não ( ) Eventualmente ( ) especificar \_\_\_\_\_  
 Realizar higiene pessoal - Sim ( ) Não ( ) Eventualmente ( ) especificar \_\_\_\_\_  
 Dificuldades quanto aos cuidados pessoais Sim( ) Não ( ) Eventualmente ( )  
 Comportamento - adequado ( ) inadequado ( ) encefalopata ( )  
 Quem acompanha o paciente em seu tratamento:  
 familiares se revezam ( ) \_\_\_\_\_  
 apenas um familiar ( ) qual \_\_\_\_\_ cuidador \_\_\_\_\_

### 4 - Informações nutricionais e fisiológicas

Alimentação - oral ( ) sonda ( ) \_\_\_\_\_  
 Consistência - sólida ( ) pastosa ( ) líquida ( ) hipossódica( ) \_\_\_\_\_  
 Tipo de alimentação - caseira ( ) outros ( ) especifique \_\_\_\_\_  
 Tolerância-vômitos ( ) diarreia ( ) constipação ( ) normal ( ) especifique \_\_\_\_\_  
 Função vesical - características e volume-continente - Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
 Função intestinal - Continente - Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
 Hidratação oral - volume ingerido diariamente ( ml) \_\_\_\_\_  
 Sono - dorme bem ( ) insônia ( ) outros ( ) especifique \_\_\_\_\_  
 Comunicação - confusa ( ) comunica-se bem ( ) especifique ( ) \_\_\_\_\_  
 Condições da pele - normal ( ) seca ( ) oleosa ( ) desidratada ( ) \_\_\_\_\_  
 Condições de higiene pessoal - ( ) boa regular ( ) ruim ( ) especifique \_\_\_\_\_

### 5 - Medicação

Manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) \_\_\_\_\_  
 Medicamentos em uso ( ) furosemida ( ) espirolactona ( ) ácido fólico  
 ( ) propranolol ( ) omeprazol ( ) lamivudina ( ) moduretack ( ) norfloxacin  
 ( ) dipirona ( ) ( ) ( ) ( )  
 Local onde guarda os medicamentos \_\_\_\_\_

Pacientes e familiares são orientados sobre procedimentos quanto à internação para a realização do transplante e normas institucionais durante a permanência no hospital  
 Levantamento de problemas para identificação das prioridades na assistência: intervenções, encaminhamentos e providências e condutas a serem tomadas

- ( ) retirar infiltração de: \_\_\_\_\_
- ( ) retirar mofo de: \_\_\_\_\_
- ( ) pintar \_\_\_\_\_
- ( ) organizar quarto, em cima do guarda roupa, limpeza em geral \_\_\_\_\_
- ( ) passar pano com água sanitária em toda casa \_\_\_\_\_
- ( ) limpeza do banheiro onde o paciente irá utilizar \_\_\_\_\_
- ( ) lavar caixa d'água \_\_\_\_\_
- ( ) trocar vela do filtro de água \_\_\_\_\_
- ( ) retirar passarinhos \_\_\_\_\_
- ( ) retirar outros animais: especifique \_\_\_\_\_
- ( ) caixa para guardar os medicamentos, local adequado \_\_\_\_\_
- ( ) corrimão para escada \_\_\_\_\_
- ( ) determinar quais pessoas irão ficar com o paciente durante a internação \_\_\_\_\_
- ( ) orientar reserva de dinheiro para comprar medicamentos na alta hospitalar pós TX
- ( ) orientar o que levar para o dia que for chamado para a realização do Transplante
- ( ) orientar que pode ir ao hospital, mas o órgão do doador não estar em condições TX

Qual tempo gasto para organizar a casa? \_\_\_\_\_

Haverá necessidade de retornar? ( )sim ( )não porque \_\_\_\_\_

Impressões gerais do entrevistador que realizou a visita \_\_\_\_\_

**O que ficou da realização dessa visita? O paciente e/ou familiar registram aqui suas impressões**

**Assinatura da Enfermeira** \_\_\_\_\_

## ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0188.0.203.000-10

Interessado(a): Prof. Marcelo Dias Sanches  
Departamento de Cirurgia  
Faculdade de Medicina - UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de julho de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Fatores sócio-econômicos e familiares que interferem na ativação dos pacientes para transplante hepático: influência da visita domiciliar**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Teresa Marques Amaral".

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

## Apêndice 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### PROJETO DE PESQUISA

Fatores sócioeconômicos e familiares que Interferem na Ativação dos Pacientes para Transplante Hepático: Influência da Visita Domiciliar

#### **Para Pacientes Adultos (feminino e masculino)**

Você está sendo convidado a participar deste estudo porque está em lista de espera para realização de transplante de fígado no Hospital das Clínicas da UFMG. Antes de decidir se você deseja participar deste estudo, queremos que você saiba de que trata o estudo. Este é um termo de consentimento que lhe dá informações sobre este estudo e a equipe do estudo lhe explicará mais sobre este formulário. Você poderá fazer perguntas sobre o estudo a qualquer momento. Se você concordar em participar do estudo, será necessário assinar este formulário de consentimento.

O transplante hepático é procedimento cirúrgico de alta complexidade, que exige a realização de múltiplos exames no pré-operatório, visando melhor preparo para o ato cirúrgico. A visita domiciliar faz parte do protocolo pré-operatório. Ela é realizada no local onde o paciente ficará após a realização do transplante, seja em sua própria moradia, seja na casa de algum parente, seja em casa alugada, dentro da grande BH.

A realização deste trabalho tem como objetivo avaliar as condições de higiene, barreiras arquitetônicas, presença de animais domésticos, e qualidade da moradia, identificando quais as deficiências reais, auxiliando o paciente e seus familiares para melhoria das instalações e mudanças necessárias.

Serão coletados dados utilizados apenas para pesquisa e serão garantidos o anonimato dos participantes e o sigilo sobre sua identificação e informações colhidas.

Sua participação é voluntária e gratuita. Se você decidir não participar deste estudo, você continuará a receber o mesmo tratamento. Não haverá qualquer prejuízo para a sua assistência no Hospital das Clínicas. A qualquer momento você poderá desistir de participar do estudo. Você será tratado da mesma forma, independentemente da sua decisão.

Para fazer perguntas sobre este estudo ou lesão relacionada com a pesquisa, contatar: a enfermeira Malvina Maria de Freitas Duarte, telefone para contato (31) 34099408 – (31) 99734050 ou o Professor Dr Marcelo Dias Sanches telefone para contato (31) 3409 9408 - (31) 99764138.

Caso tenha alguma dúvida sobre os seus direitos como paciente da pesquisa, você deverá ligar para o Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – COEPE/UFMG no número (31) 3409-4592, situado à Av. Antônio Carlos, 6627, Campus da Pampulha, Unidade Administrativa II - segundo andar, sala 2005. CEP:31270-901

#### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu li este formulário de consentimento (ou alguém me explicou), fui esclarecido, de forma clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos do projeto dessa pesquisa. Foi informado da liberdade de retirar esse consentimento a qualquer momento e deixar de participar dessa pesquisa, sem que isso traga algum prejuízo de continuar fazendo o protocolo. Da segurança de que não será identificado e que manterá o caráter confidencial das informações colhidas de sua moradia.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do familiar

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Apêndice 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA Fatores Sócio-Econômicos e Familiares que Interferem na Ativação dos Pacientes para Transplante Hepático: Influência da Visita Domiciliar

#### Para crianças até 6 anos de idade

Você e seus pais (ou responsáveis direto legalmente) estão sendo convidados a participar deste estudo porque você está em lista de espera para realização de um transplante de fígado no Hospital das Clínicas da UFMG. Antes da família (seus pais ou responsáveis diretos legalmente) decidirem se desejam participar deste estudo, queremos que todos saibam de que trata o estudo. Este é um termo de consentimento que lhes darão informações sobre este estudo e a equipe do estudo lhes explicarão mais sobre este formulário. Vocês poderão fazer perguntas sobre o estudo a qualquer momento. Se vocês concordarem em participar do estudo, será necessário assinarem este formulário de consentimento. O transplante hepático é um procedimento cirúrgico de alta complexidade, que exige a realização de múltiplos exames no pré-operatório, visando melhor preparo para o ato cirúrgico. A visita domiciliar faz parte do protocolo pré-operatório. Ela é realizada no local onde a criança (paciente) ficará após a realização do transplante, seja em sua própria moradia, seja na casa de algum parente, seja em casa alugada, seja em abrigo, dentro da grande BH. A realização deste trabalho tem como objetivo avaliar as condições de higiene, presença de escadas, muros, barrancos, presença de animais domésticos, e qualidade da moradia, identificando quais as deficiências reais, auxiliando os seus familiares para melhoria das instalações e mudanças necessárias. Serão coletados dados utilizados apenas para pesquisa e serão garantidos o anonimato dos participantes e o sigilo sobre sua identificação e informações colhidas. A participação dos familiares ou (responsáveis direto legalmente) pela criança é voluntária e gratuita. Se vocês decidirem não participar deste estudo, a criança continuará a receber o mesmo tratamento. Não haverá qualquer prejuízo para a sua assistência no Hospital das Clínicas. A qualquer momento a família ou (responsáveis direto legalmente) poderão desistir de participar do estudo. A criança será tratada da mesma forma, independentemente da sua decisão. Para fazer perguntas sobre este estudo ou questão relacionada com a pesquisa, contatar: a enfermeira Malvina Maria de Freitas Duarte, telefone para contato (31) 34099408 – (31) 99734050 ou o Professor Dr Marcelo Dias Sanches telefone para contato (31) 3409 9408 - (31) 99764138. Caso tenham alguma dúvida sobre os direitos da criança (paciente) participante da pesquisa, vocês deverão ligar para o Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG no número (31) 3409-4592, situado à Av. Antônio Carlos, 6627, Campus da Pampulha, Unidade Administrativa II - segundo andar, sala 2005. CEP: 31270-901 DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO Lemos este formulário de consentimento (ou alguém nos explicou), fomos esclarecidos, de forma clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos do projeto dessa pesquisa. Fomos informados da liberdade de retirar nosso consentimento a qualquer momento e deixar de participar dessa pesquisa, sem que isso traga algum prejuízo de continuar fazendo o protocolo da criança sob minha guarda legal. Da segurança de que a família e a criança não serão identificados e que manterá o caráter confidencial das informações colhidas de sua moradia.

Assinatura dos pais

---

Assinatura do familiar responsável legal

---

Assinatura do responsável legal

---

Assinatura da pesquisadora

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **Apêndice 4**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **PROJETO DE PESQUISA**

Fatores Sócio-Econômicos e Familiares que Interferem na Ativação dos Pacientes para Transplante Hepático: Influência da Visita Domiciliar

#### **Para crianças de 7 a 12 anos de idade**

Você e seus pais (ou responsáveis direto legalmente) estão sendo convidados a participar deste estudo porque você está em lista de espera para realização de um transplante de fígado no Hospital das Clínicas da UFMG. Antes da família (seus pais ou responsáveis direto legalmente) decidirem se desejam participar deste estudo, queremos que todos saibam de que trata. Este é um termo de consentimento que lhes darão informações sobre este estudo e a equipe do estudo lhe explicará mais sobre este formulário. Vocês poderão fazer perguntas sobre o estudo a qualquer momento. Se vocês concordarem em participar do estudo, será necessário assinarem este formulário de consentimento.

O transplante hepático é um procedimento cirúrgico de alta complexidade, que exige a realização de múltiplos exames no pré-operatório, visando melhor preparo para o ato cirúrgico. A visita domiciliar faz parte do protocolo pré-operatório. Ela é realizada no local onde a criança (paciente) ficará após a realização do transplante, seja em sua própria moradia, seja na casa de algum parente, seja em casa alugada, em abrigo, dentro da grande BH.

A realização deste trabalho tem como objetivo avaliar as condições de higiene, presença de escadas, muros, barrancos, presença de animais domésticos, e qualidade da moradia, identificando quais as deficiências reais, auxiliando os seus familiares para melhoria das instalações e mudanças necessárias.

Serão coletados dados utilizados apenas para pesquisa sem divulgação de nomes e sua identificação não será revelada sobre as informações colhidas.

A sua participação e dos familiares responsáveis por você (criança) é voluntária e gratuita. Se os familiares decidirem não participar deste estudo, a criança continuará a receber o mesmo tratamento. Não haverá qualquer prejuízo para a assistência prestada à criança no Hospital das Clínicas. A qualquer momento a família ou responsável direto legalmente, poderão desistir de participar do estudo. Você (criança) será tratada da mesma forma, independentemente da sua decisão.

Para fazer perguntas sobre este estudo ou questão relacionada com a pesquisa, contatar: a enfermeira Malvina Maria de Freitas Duarte, telefone para contato (31) 34099408 (31) 99734050 ou o Professor Dr Marcelo Dias Sanches telefone para contato (31) 3409 9408 - (31) 99764138.

Caso tenha alguma dúvida sobre os direitos da criança (paciente) da pesquisa, os responsáveis deverão ligar para o Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG no número (31) 3409-4592, situado à Av. Antônio Carlos, 6627, Campus da Pampulha, Unidade Administrativa II - segundo andar, sala 2005. CEP: 31270-901

#### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu e meus familiares ou responsáveis legais, lemos este formulário de consentimento (ou alguém nos explicou), fomos esclarecidos de forma clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos do projeto dessa pesquisa. Foi informado da liberdade de retirar nosso consentimento a qualquer momento e deixar de participar dessa pesquisa, sem que isso traga algum prejuízo de continuar fazendo o protocolo da criança sob minha guarda legal. Da segurança de que a família e a criança não serão identificados e que manterá o caráter confidencial das informações colhidas de sua moradia.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais

\_\_\_\_\_  
Assinatura da criança

\_\_\_\_\_  
Assinatura do familiar responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Apêndice 5

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** - PROJETO DE PESQUISA Fatores Sócio-Econômicos e Familiares que Interferem na Ativação dos Pacientes para Transplante Hepático: Influência da Visita Domiciliar

**Para adolescentes de 13 a 17 anos de idade** Você e seus pais (ou responsáveis direto legalmente) estão sendo convidados a participar deste estudo porque você está em lista de espera para realização de um transplante de fígado no Hospital das Clínicas da UFMG. Antes da família (seus pais ou responsáveis direto legalmente) decidirem se desejam participar deste estudo, queremos que todos saibam de que trata. Este é um termo de consentimento que lhes dará informações sobre este estudo e a equipe lhe explicará mais sobre este formulário. Vocês poderão fazer perguntas sobre o estudo a qualquer momento. Se vocês concordarem em participar, será necessário assinarem este formulário de consentimento. O transplante hepático é um procedimento cirúrgico de alta complexidade, que exige a realização de múltiplos exames no pré-operatório, visando melhor preparo para o ato cirúrgico. A visita domiciliar faz parte do protocolo pré-operatório. Ela é realizada no local onde o(a) adolescente (paciente) ficará após a realização do transplante, seja em sua própria moradia, seja na casa de algum parente, seja em casa alugada, seja em abrigo dentro da grande BH. A realização deste trabalho tem como objetivo avaliar as condições de higiene, presença de escadas, muros, barrancos, presença de animais domésticos, e qualidade da moradia, identificando quais as deficiências reais, auxiliando os seus familiares para melhoria das instalações e mudanças necessárias. Serão coletados dados utilizados apenas para pesquisa sem divulgação de nomes e sua identificação não será revelada sobre as informações colhidas. A sua participação e dos familiares responsáveis por você (adolescente) é voluntária e gratuita. Se os familiares decidirem não participar deste estudo, o(a) adolescente continuará a receber o mesmo tratamento. Não haverá qualquer prejuízo para a sua assistência no Hospital das Clínicas. A qualquer momento a família ou você (adolescente) poderá desistir de participar do estudo. Você (adolescente) será tratado(a) da mesma forma, independentemente da sua decisão. Para fazer perguntas sobre este estudo ou questão relacionada com a pesquisa, contatar a enfermeira Malvina Maria de Freitas Duarte, telefone para contato (31) 34099408 – (31) 99734050 ou o Professor Dr. Marcelo Dias Sanches telefone para contato (31) 3409 9408 - (31) 99764138. Caso tenha alguma dúvida sobre os seus direitos como adolescente (paciente) da pesquisa, você deverá ligar para o Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG no número (31) 3409-4592, situado à Av. Antônio Carlos, 6627, Campus da Pampulha, Unidade Administrativa II - segundo andar, sala 2005. CEP: 31270-901. **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO** Eu e meus familiares ou responsáveis legais, lomos este formulário de consentimento (ou alguém nos explicou), fomos esclarecidos de forma clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos do projeto dessa pesquisa. Fomos informados da liberdade de retirar nosso consentimento a qualquer momento e deixar de participar dessa pesquisa, sem que isso traga algum prejuízo de continuar fazendo o protocolo do (a) adolescente sob minha guarda legal. Da segurança de que a família e o (a) adolescente não serão identificados e que manterá o caráter confidencial das informações colhidas de sua moradia.

---

Assinatura dos pais

---

Assinatura do(a) adolescente

---

Assinatura do familiar responsável legal

---

Assinatura do responsável legal

---

Assinatura da pesquisadora

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 6 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM LEVANTADOS DURANTE A REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS

Diagnósticos de Enfermagem levantados durante a realização das visitas domiciliares	Fatores de risco	Características definidoras
“Risco de função hepática prejudicada”	Abuso de substâncias (p.ex., álcool, cocaína); infecção viral (p.ex., hepatite A, hepatite B, hepatite C) e medicamentos hepatotóxicos (p.ex., acetaminofen, estaminas).	
“Deambulação prejudicada”		Capacidade prejudicada de andar em active; Capacidade prejudicada de andar em declive; Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares; Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas (meio-fio); Capacidade prejudicada de subir escadas; Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias. (NANDA Internacional, 2010, p.144)
“Déficit no autocuidado para vestir-se”		Capacidade prejudicada de calçar meias; capacidade prejudicada de calçar sapatos; capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários; [...] incapacidade de calçar meias e sapatos; incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo; incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo; incapacidade de fechar as roupas, incapacidade de retirar as roupas, incapacidade de usar zíperes; incapacidade de manter a aparência em um nível satisfatório. (NANDA Internacional, 2010, p. 178)
“Déficit no autocuidado para alimentação”		Incapacidade de abrir recipientes; incapacidade de completar uma refeição; [...] incapacidade de ingerir alimentos de forma segura, incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca; incapacidade de pegar xícara ou copo; incapacidade de preparar alimentos para ingestão; incapacidade de utilizar artefatos auxiliares. (NANDA Internacional, 2010, p.175).
“Constipação”		Como fatores relacionados farmacológicos encontram-se os diuréticos, como fisiológicos, desidratação, hábitos alimentares deficientes, ingestão insuficiente de líquidos, motilidade do trato gastrointestinal, mudança nos padrões alimentares. Como funcionais, relacionam-se: atividade física insuficiente, fraqueza dos músculos abdominais e mudanças recentes de ambientes e, como psicológicos, confusão mental, depressão e tensão emocional. (NANDA Internacional, 2010, p.125).
“Motilidade gastrointestinal disfuncional”		“Aumento dos resíduos gástricos, câibra abdominal, diarreia, dificuldade de eliminar fezes, distensão abdominal, dor abdominal, esvaziamento gástrico acelerado, fezes endurecidas, fezes ressecadas, náusea, regurgitação, resíduo gástrico cor de biliar, vômito.” Os fatores relacionados são: “[...] ansiedade, desnutrição, estilo de vida sedentário, imobilidade, ingestão de contaminantes (p.ex., comida, água) [...]”. (NANDA Internacional, 2010, p.132).

<b>“Padrão de sono prejudicado”</b>		Como características definidoras apresenta: capacidade funcional diminuída; mudança no padrão normal de sono; queixas verbais de não se sentir bem descansado; relatos de dificuldade para dormir [...]”. Como fatores relacionados, encontram-se: interrupções (p. ex., motivos terapêuticos, monitoramento, exames laboratoriais); odores nocivos; ruído [...] (NANDA Internacional, 2010, p.142).
<b>“Risco de confusão aguda”</b>	Como fatores de risco, abuso de substância, anormalidades metabólicas: desequilíbrios eletrolíticos, desidratação, desnutrição, hemoglobina diminuída, uréia e creatinina aumentadas. Demência, flutuação no ciclo sono-vigília, mobilidade reduzida, privação sensorial [...] (NANDA Internacional, 2010, p.193).	
<b>“Risco de integridade da pele prejudicada”</b>	Como fatores de risco externos, citam-se: “fatores mecânicos (p. ex., forças abrasivas, pressão, contenção)” e, como fatores de risco internos: “circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado (p. ex., emagrecimento), [...] medicamentos, mudanças na pigmentação, mudanças no estado metabólico, mudanças no turgor de pele, proeminências ósseas [...]” (NANDA Internacional, 2010, p.134).	
<b>“Déficit no autocuidado para higiene íntima”</b>		Como características definidoras, encontram-se: “incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica; incapacidade de dar descarga no vaso sanitário; incapacidade de fazer a higiene íntima apropriada; incapacidade de levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica”. Entre os fatores relacionados, encontram-se: “ansiedade grave, cansaço, fraqueza, perda de motivação, prejuízo músculo esquelético, prejuízo neuromuscular, prejuízo perceptivo, estado de mobilidade prejudicado [...]” (NANDA Internacional, 2010, p.177).
<b>“Conhecimento deficiente”</b>		“Comportamentos exagerados, comportamentos impróprios (p. ex., agitado, apático, hostil, histérico), seguimentos inadequados de instruções, verbalização do problema.” Os fatores relacionados referem-se à: “falta de capacidade de recordar, falta de familiaridade com os recursos de informação, falta de interesse em aprender, interpretação errônea de informações, limitação cognitiva.” (NANDA Internacional, 2010, p. 198)
<b>“Disposição para nutrição melhorada”</b>		Como características definidoras: “atitude em relação à comida coerente com as metas de saúde; consome alimentos adequados; consome líquidos adequados; expressa conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis; expressa desejo de melhorar a sua nutrição; alimenta-se regularmente [...]” (NANDA Internacional, 2010, p.90).



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE **MALVINA MARIA DE FREITAS DUARTE**, nº de registro 2010656479.

Às quatorze horas do dia dezanove de dezembro de dois mil e onze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“A VISITA DOMICILIÁRIA REALIZADA PELO ENFERMEIRO NA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRAFICO E CONDIÇÕES DOS DOMICÍLIOS DOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS”**, requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Prof. Marcelo Dias Sanches, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Marcelo Dias Sanches/Orientador  
Profa. Roseni Rosângela de Sena  
Prof. Agnaldo Soares Lima

Instituição: UFMG  
Instituição: UFMG  
Instituição: UFMG

Indicação: APROVADA  
Indicação: [assinatura]  
Indicação: [assinatura]

Pelas indicações, a candidata foi considerada APROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2011.

Prof. Marcelo Dias Sanches /Orientador [assinatura]  
Profa. Roseni Rosângela de Sena [assinatura]  
Prof. Agnaldo Soares Lima [assinatura]  
Prof. Marcelo Dias Sanches/Coordenador [assinatura]

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. Marcelo Dias Sanches  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em  
Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia  
Faculdade de Medicina/UFMG

[assinatura]  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



## DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Marcelo Dias Sanches, Roseni Rosângela de Sena e Agnaldo Soares Lima, aprovou a defesa da dissertação intitulada: **“A VISITA DOMICILIÁRIA REALIZADA PELO ENFERMEIRO NA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRAFICO E CONDIÇÕES DOS DOMICÍLIOS DOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS”**, apresentada pela mestranda **MALVINA MARIA DE FREITAS DUARTE**, para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 19 de dezembro de 2011.

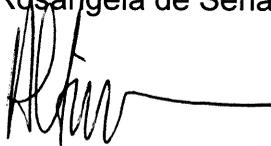


Prof. Marcelo Dias Sanches

Orientador



Prof.ª Roseni Rosângela de Sena



Prof. Agnaldo Soares Lima