

CARACTERÍSTICAS DAS VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELO MÉDICO DE UMA EQUIPE DE PSF - TIRADENTES-M.G.

Characteristics of the home visits by a PSF team doctor - Tiradentes-M.G.

Francisco Evangelista de Araújo¹
Leonardo Lanzotti da Costa²
Lucas Vilasboas³
Denise Kurschus de Oliveira Dantas⁴

1 Acadêmico 11º período Faculdade de Medicina de Barbacena Endereço: R. Cônego Rocha Franco, n. 47/1201 Gutierrez - Belo Horizonte - Minas Gerais – CEP 3.0430-000. E-mail: chico6065@hotmail.com

2 Acadêmico 11º período Faculdade de Medicina de Barbacena Endereço: Rua Coronel João Ribeiro 221 – Centro – São Vicente de Minas – M.G. CEP 37370-000 E-mail: leolanzotti@yahoo.com.br

3 Médico do PSF Tiradentes – CRM: 40759

4 Acadêmica 7º período Faculdade de Medicina de Barbacena.

RESUMO

O município de Tiradentes – M.G. conta com duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), que cobre 100% de sua população (6498 habitantes). A equipe 1, “Saúde é Vida”, é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários (ACS). Uma das atividades realizadas é a visita domiciliar (VD) para acompanhamento de pacientes triados pelos ACS, por estarem impedidos, a princípio, de comparecer à unidade de atendimento. Este estudo tem como objetivo traçar o perfil sócio-econômico dos pacientes acompanhados em domicílio, verificando o real motivo da visita domiciliar, a prevalência das doenças entre os visitados, além de investigar o impacto da visita realizada pelo médico sobre o paciente que não sofreu triagem prévia pelos profissionais da enfermagem. Dos pacientes visitados (todos os 42 selecionados), 68,8% são mulheres; 79,2% são maiores de 60 anos; 76% residem na zona urbana; 76% recebem benefício do INSS; 61,6% não se encontram restritos ao leito. Os principais motivos para a necessidade de acompanhamento domiciliar foram a idade avançada (28,6%), doenças osteomusculares (24%) e seqüelas neurológicas (19,2%). As principais comorbidades verificadas foram HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)(32,2%), DM (Diabetes Mellitus) (11,2%) e cardiopatias (9,8%). Em 66,4% das VD, não houve necessidade de qualquer intervenção médica. Os resultados apontam para a necessidade de ajustes técnicos, principalmente referentes à programação/execução dessas visitas, com o intuito de otimizar tempo e recursos do PSF.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Atenção Primária de Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Cuidados Domiciliares de Saúde.

ABSTRACT

Tiradentes city - M.G. has 2 teams of the Family Health Program (PSF), that it has covered 100% of its population (6498 inhabitants). The Team 1 "Health is Life", is composed for 1 doctor, 1 nurse, 1 nurse technician and 6 communitarian agents (ACS). One of activities is the visit for domiciliary accompaniment of patients select by the ACS, for to be hindered, to appear to the unit of attendance. The objective of study is to trace the partner-economic profile of the patients folloied in domicile, verified the real reason of the home visit (VD), the prevalence of the illnesses at the visited ones besides searching to verify impact of the visit carried through for the doctor without previous selection for the professionals of the nursing. Of the visited patients (all 42 chosen teams), 68.8% are women; 79,2% older than 60 years; 76% inhabit urban zone; 76% receive benefit from the INSS; 61,6% do not restricted in bed. The main reasons for the necessity of domiciliary accompaniment had been the advanced age (28,6%), locomotor disease (24%) and consequence of neurological disease (19,2%). The main verified comorbidades had been SAH (Systemic Arterial Hypertension) (32,2%), DM (Diabetes Mellitus) (11,2%) and cardiopathies (9,8%). In 66,4% of the VD didn't not have necessity of any medical intervention. The results point with respect to the necessity of mainly referring adjustments technician to the program/execution of these visits, with intention to optimize time and resources of the PSF.

Key words: Family Health Program; Primary Health Care; Home Care Services; Home Nursing.

Introdução:

O PSF

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder "*à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na saúde da família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas*" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p.1). Era, então, uma

tentativa de reorganizar a atenção básica, ampliando e interiorizando a cobertura do Sistema Único de Saúde -SUS.

Com a definitiva implantação do programa, normas operacionais passaram a definir que as visitas domiciliares (VDs) deveriam ser feitas por todos profissionais da equipe, cada qual exercendo sua função específica, privilegiando a prevenção e promoção da saúde. Estava instituída uma das bases do tripé de ferramentas (a saber: visita domiciliar/ acolhimento/ abordagem familiar) que, juntamente com sua inserção social privilegiada, diferenciam o médico de família (COELHO et al., 2002).

Segundo o estudo apresentado por Levicotz e Garrido (1996), as visitas domiciliares não devem ser vistas como novidade e exclusividade do PSF, porque é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário, e que já vem sendo uma prática de várias redes de serviços não organizados sob esta modalidade, inclusive mostrando bons resultados. É próprio da missão das Unidades de Saúde, e deve ser considerado um expediente rotineiro em serviços assistenciais. O fato de realizá-las não significa que o médico tenha abandonado sua prática de "procedimento centrado" e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixe de ser estruturado pelos atos e saberes médicos.

O estudo também aponta que as visitas domiciliares compulsórias indicam problemas: não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares sem que haja uma indicação explícita para elas, à exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde (Agentes Comunitários). Pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente a visitação de médicos e enfermeiros sem que estes nem mesmo saibam o que vão fazer em determinado domicílio. Um outro aspecto diz respeito ao fato de que estas visitas podem significar uma excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

A CIDADE DE TIRADENTES E O PSF

O município de Tiradentes, fundado por volta de 1702, é conhecido nacional e mundialmente pelo seu patrimônio histórico e cultural, tombado desde 1938, atraindo uma grande quantidade de turistas. Localizada no sudeste de Minas Gerais, na região

denominada Campos das Vertentes, junto à Serra de São José, dista 214 km de Belo Horizonte e 14 Km de São João Del'Rei. As principais atividades econômicas são o turismo, o artesanato e a agropecuária. A população atual total é de 6.498 pessoas – (IBGE, 2005). Como a maioria dos municípios brasileiros, apresenta vários problemas em relação à saúde, sendo que grande parte deles são sensíveis à atenção ambulatorial e prevenidos através de educação para a saúde.

Atualmente a cidade dispõe de duas equipes do Programa Saúde da Família (equipe 1, “Saúde é Vida”, e equipe 2, “Prevenção é Saúde”), abrangendo o total de 6.498 habitantes (o que significa uma cobertura de 100% da população total), com clientela adscrita em área urbana e rural.

Devido à inexistência de números capazes de mensurar a abrangência e características dos atendimentos prestados, o presente estudo, no enfoque do atendimento médico domiciliar, visa apresentar um perfil do paciente atendido no próprio domicílio, assim como a prevalência das doenças encontradas nesta população e a real necessidade de condutas exclusivamente médicas neste atendimento.

Materiais e Métodos:

Este estudo foi desenvolvido a partir do Programa de Internato no Sistema Único de Saúde, promovido pela Faculdade de Medicina de Barbacena, em que os estagiários responsáveis pela cidade de Tiradentes, dentre outras atividades requisitadas, acompanharam os trabalhos do médico responsável pela Equipe 1, do PSF local (*Saúde é Vida*), durante o segundo semestre de 2005.

Nos meses de setembro e outubro de 2005, os agentes comunitários responsáveis pela área de cobertura da equipe em questão, através de visitas compulsórias em toda a população cadastrada, selecionaram pacientes que, a princípio, necessitavam de acompanhamento domiciliar em razão da impossibilidade de comparecer à unidade de atendimento. A partir da requisição feita pelo agente, os autores compareceram ao domicílio para o atendimento médico.

Trata-se de um estudo descritivo, com documentação da assistência prestada, através da técnica de entrevista e do registro de atividades em formulário próprio. As variáveis estudadas visavam à apresentação do perfil sócio-econômico-demográfico do

paciente (nome; micro-área a qual pertence; idade e sexo; número de residentes no domicílio; principal fonte de renda); a justificativa apresentada para o impedimento do paciente comparecer à Unidade Básica de Atendimento e se este se encontrava restrito ao leito ou não. Também foram registradas as patologias já diagnosticadas em atual tratamento e a necessidade ou não de intervenção exclusivamente médica.

Durante o período do estudo, existiram domicílios que necessitaram de mais de uma visita. Para tanto, o questionário foi atualizado, em caso de mudança no preenchimento de algum item. Após o preenchimento dos questionários, estes foram padronizados pelos autores e transferidos para computador do tipo PC, com software de análise estatística de dados EPINFO, versão 6.4.

Para apresentação dos resultados foram confeccionadas tabelas de acordo com cada campo do questionário, a fim de se apresentarem o perfil sócio-econômico e demográfico do paciente visitado, a justificativa do deslocamento da equipe, a prevalência das doenças diagnosticadas e em tratamento e as condutas exclusivamente médicas tomadas na visita.

Não foi realizado teste de significância estatística, pois todas as visitas médicas realizadas pela equipe 1, do PSF local (equipe Saúde é Vida), durante o período, foram incluídas no estudo, tornando-o de base censitária.

Resultados:

Durante os meses de setembro e outubro de 2005, 42 pacientes foram atendidos no domicílio, correspondendo a 100% dos indivíduos previamente selecionados pelos ACS, no período.

Para a demonstração do perfil sócio-econômico e características demográficas do paciente atendido no domicílio pelo médico da equipe de PSF, foi formulada a Tabela 1, em que estão discriminados os resultados referentes à análise estatística destas variáveis do questionário padrão.

A fim de se demonstrar a justificativa do deslocamento médico e o grau de mobilidade do paciente no domicílio, a Tabela 2 apresenta as razões pelas quais o paciente

se encontrava impossibilitado de se deslocar até a Unidade Básica de Atendimento e a incidência de indivíduos restritos ao leito na população estudada.

A prevalência de patologias previamente diagnosticadas e em tratamento, na população em estudo, é apresentada na Tabela 3.

O questionário domiciliar apresenta variáveis referentes à necessidade de intervenções exclusivamente médicas. A apresentação dos resultados encontrados neste campo é demonstrada na Tabela 4.

Discussão:

De uma forma simplista, poderíamos definir o paciente visitado no domicílio, na cidade de Tiradentes (MG) como: acima de 60 anos (79,2%), do sexo feminino (68,8%), residente em zona urbana (76,0%) e tendo como principal fonte de renda, aposentadoria do INSS (76,0%).

Sabe-se que o processo de envelhecimento é marcado por profundas mudanças biológicas e de comportamento. Se, por um lado, o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro, trouxe um novo perfil de morbimortalidade, caracterizado por um aumento (acúmulo) de doenças crônico-degenerativas (SCHOURI et al., 1994). Apontando na mesma direção, os números encontrados no presente estudo, indicam que a grande maioria dos carentes de atendimento domiciliar tem idade acima de 60 anos (79,2%).

Tal achado correlaciona-se diretamente com o predomínio feminino entre os assistidos – 7 em cada 10 atendidos. O maior número de mulheres na população do estudo, como esperado em relação à composição demográfica de idosos (maior probabilidade de longevidade entre as mulheres), foi também semelhante aos resultados encontrados por Lima et al. (2003). Por outro lado, a maior sobrevivência de mulheres em idades avançadas poderia ser decorrente de: (a) diferenças na exposição aos riscos ocupacionais; (b) maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; (c) diferenças no consumo de tabaco e álcool e (d) diferenças de atitudes em relação às doenças, ou seja, as mulheres utilizam os serviços de saúde com maior frequência (SANT'ANA, 2000).

No presente estudo, de cada 4 pacientes assistidos no domicílio, 3 encontravam-se em zona urbana e somente 1, em zona rural. Tal diferença não deve ser interpretada como

um maior suporte do PSF à população urbana, uma vez que essa proporção se aproxima do encontrado na distribuição da população no município (3/4 em zona urbana), conforme projeções do Censo 2000.

Os resultados referentes à principal fonte de renda indicam que a maior parte (76,0%) tem a aposentadoria pelo INSS como principal fonte de sustento, fato que se explica por ser a grande maioria dos estudados composta de indivíduos idosos, sendo a menor parcela restante representada por trabalhadores autônomos e pessoas ajudadas por terceiros.

É muito mais confortável atender e, principalmente, examinar um paciente no consultório. Pode-se atender muito mais pessoas no posto de saúde, que em visitas domiciliares. A visita domiciliar é um atendimento de exceção, com indicações precisas: cadastramento, busca ativa de casos e faltosos, acompanhamento de doentes crônicos e acamados, e a observação do paciente ou família em sua residência. É preciso também definir qual o profissional mais adequado para fazer a visita. O médico pode fazer a busca de um faltoso, mas, a princípio, o agente comunitário está perfeitamente habilitado para esta função. O médico deveria permanecer no posto de saúde, a menos que houvesse um motivo justificável para se afastar, pois é neste local que as pessoas esperam encontrá-lo (SANT'ANA, 2000).

O fato de o médico não sair para fazer qualquer tipo de atendimento domiciliar durante o expediente, não fere nenhum princípio da medicina de família, desde que não se faça necessário.

Dentre as justificativas mais encontradas para o não comparecimento do paciente ao posto de saúde encontram-se: a idade avançada (28,6%), que por muitas vezes representa um fator de impedimento maior que a própria doença de base, seguida por justificativas referentes à dificuldade de mobilidade pelo paciente, sendo 24,0% por dificuldade de deambulação decorrentes de obesidade mórbida e doenças osteomusculares e 19,2% por seqüelas neurológicas. Vale ressaltar que, por se tratar de uma cidade interiorana de pequeno porte, ainda é comum a prática da solicitação da visita por iniciativa de autoridades políticas locais, que geralmente não conhecem a rotina do PSF e o objetivo das VDs. Estas solicitações políticas correspondem a 12,0% dos atendimentos domiciliares,

sendo o restante das justificativas referentes a pacientes cegos (9,6%) e ao fato do domicílio encontrar-se distante do posto de saúde (7,2%).

Ramos (2003) e Rosa et al. (2003) têm considerado que a incapacidade funcional é um dos principais agravos decorrentes do envelhecimento humano. Assim, se o paciente tem uma ou mais doenças crônicas, usa medicamentos e mantém seus problemas sob vigilância, com certeza terá melhor qualidade de vida, ao contrário daquele que apresenta comprometimento de sua capacidade funcional e depende de alguém para executar algumas atividades da vida diária, principalmente quando restrito ao leito. Demonstra-se que, na população em estudo, a cada 10 indivíduos, 4 se encontravam acamados. Essa população, na opinião dos autores, por sua incapacidade funcional, é entendida como aquela que mais se beneficia e necessita do atendimento domiciliar pela equipe.

Foi verificada, ainda, uma alta prevalência de doenças crônicas. Coelho Filho et al. (1999) afirma que as doenças crônicas não representam marca exclusiva de sociedades industrializadas, e tendem a se acumular em qualquer região cuja população envelhece. Entre as doenças referidas (Tabela 3), as de mais alta prevalência entre os visitados foram a hipertensão arterial (32,2%), diabetes mellitus (11,2%), cardiopatias/ICC (9,8%) e seqüelas de AVC (8,4%). Com base nestas considerações, parece oportuna a implementação de programas de diagnóstico precoce, reeducação alimentar, atividade física, controle do stress e auto-cuidado. Cabe ainda salientar que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem-se fatores de risco para outras doenças crônicas, como as cardiovasculares. (MORAES; SOUZA, 1996)

Na entrevista foi avaliada a existência ou não da necessidade de qualquer tipo de intervenção exclusivamente médica durante a visita, a fim de se demonstrar a real necessidade da presença do médico na visita atual.

Em 1/3 dos assistidos em domicílio, que correspondeu a 14 pacientes, houve a necessidade de algum tipo de intervenção exclusivamente médica, em um total de 24 intervenções. Sendo que as condutas tomadas foram: alteração da prescrição medicamentosa, solicitação de exames complementares, deslocamento para centro de atendimento e encaminhamento para especialista.

Foi constatado que a maioria das visitas (2/3) se resumiu a avaliações rotineiras tais como: avaliação do estado geral, questionamentos sobre o estado atual do paciente, aferição de pressão arterial e temperatura, além de orientações e aconselhamentos gerais; atos esses não essencialmente médicos, podendo ser realizados por outros profissionais da equipe, principalmente pelos profissionais de enfermagem. A coordenação do PSF-Tiradentes, através de sua programação mensal, destina aproximadamente 15% da carga horária do médico para a realização de visitas domiciliares (aproximadamente 6 horas semanais), o que representa três vezes mais que o encontrado no estudo de Baduy et al. (1998) sobre o PSF, na cidade de Londrina (PR), onde o médico dedica 5% de sua carga horária ao atendimento domiciliar. Tal discrepância pode apontar para um deficiente serviço de triagem, resultando em deslocamento do médico para domicílio que não era carente e necessitava de um ato exclusivamente médico.

Conclusão

Em resumo, pode-se definir as visitas domiciliares como uma ferramenta fundamental na atenção primária à saúde promovida pelo PSF. Principalmente pelo fato de proporcionar atendimento àqueles que apresentam maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde pública, sendo, portanto, a fatia menos privilegiada nos programas assistenciais até então implantados. Contudo, o estudo demonstra que há a necessidade de ajustes técnicos, principalmente referentes à programação/execução dessas visitas, com o intuito de otimizar tempo e recursos do Programa de Saúde da Família. Talvez, após o levantamento realizado pelos ACs, através de visitas compulsórias, o enfermeiro responsável fizesse uma visita e, em um terceiro momento, caso necessário, a visita, então, fosse realizada pelo médico da equipe. Desta forma, seriam excluídos casos onde a visita médica não se fizesse de importância relevante, promovendo um maior aproveitamento do tempo do médico em visitas aos pacientes que realmente necessitem de um acompanhamento domiciliar mais criterioso, resultando na melhoria do serviço prestado.

Referências

BADUY, RS. et al. Programa saúde da família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias: Universidade Estadual de Londrina/Centro de Ciência da Saúde, 1998. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 65-90, dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos** – Saúde da Família. 1998. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/saude/> >. Acesso em: 06 dez. 2005.

COELHO FILHO JM, RAMOS LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v..33, n.5, p. 445-53, out.1999.

COELHO, FLG. et al. Aplicação de escala de risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, São Paulo, v.19, n.1, p. 745-57, fev. 2002.

IBGE – **População e domicílios** – Censo 2000 com divisão Territorial. Site oficial disponível no endereço eletrônico. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 06 dez. 2005.

LEVCOVITZ, E; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v.1, n.1, p.3, jan-jun. 1996.

LIMA-COSTA, MF. et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD 98). **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 735-743, jun. 2003.

MORAES, S.A.; SOUZA, J.M.P. Diabetes mellitus e doença isquêmica do coração: estudo tipo caso-controle. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 364-71, ago. 1996.

RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-8, jun. 2003.

ROSA, TEC. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, fev. 2003.

SANT´ANA, A.M. A propósito da Medicina de Família. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 24-28, jun.2000.

SCHOURI JR. R, RAMOS LR, PAPALÉO NETTO M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO E.T.; PAPALÉO NETO M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994. p. 9-29.

Submissão: dezembro de 2005 Aprovação: março de 2006
