

**TIAGO EMERIM ALMEIDA**

**VISITAS DOMICILIARES NO DISTRITO DOCENTE  
ASSISTENCIAL.**

**PERFIL OBSERVADO ENTRE AGOSTO A NOVEMBRO DE 1999, NO DISTRITO  
DOCENTE ASSISTENCIAL UFSC – PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal De Santa Catarina, para a  
conclusão do curso de Graduação em  
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**2000**

**TIAGO EMERIM ALMEIDA**

**VISITAS DOMICILIARES NO DISTRITO DOCENTE  
ASSISTENCIAL.**

**PERFIL OBSERVADO ENTRE AGOSTO A NOVEMBRO DE 1999, NO DISTRITO  
DOCENTE ASSISTENCIAL UFSC – PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal De Santa Catarina, para a  
conclusão do curso de Graduação em  
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso  
Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros**

**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
2000**

“ Não escutes aos medíocres , que te dizem não se pode;  
Não escutes aos covardes, que te dizem não se arrisque;  
Só escuta ao otimista , que te diz avança , podes;  
Só escuta aos valentes , que te dizem não te rendas;  
encontrarás o maior tesouro que existe na vida a liberdade verdadeira,  
a consciência de quem és , um ser total, sem limites, sem fronteiras, sem  
miséria...”

SURYAVAN SOLAR ( 1995 )

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Dr. Marco Aurélio Da Ros , pela importante ajuda, paciência e compreensão , sem as quais esse trabalho não seria realizado. E principalmente pela amizade e palavras de motivação ao transmitir uma visão mais humana de saúde, aonde o que mais me encanta é poder saber que o verdadeiro médico é o que trata o paciente como um todo, de uma maneira integral , e não simplesmente como mais um caso a ser discutido.

Ao Dr. Fúlvio Borges Nedel , pelas idéias sugeridas para engrandecer essa obra.

A Dra Maristela Chitto Sisson, pelo auxílio junto à Secretaria Municipal de Saúde ,e pela sua orientação na coleta de dados.

A Magda Duarte dos Anjos Scherer e Marise Nolasco Pereira, da Secretaria da Saúde, pelo auxílio na seleção das RAAI do DDA.

A Suryavan Solar, pelo seu exemplo de vida e por me motivar a seguir adiante.

Aos meus pais , por me apoiaram em todos os sentidos.

Aos meus irmãos , pelos momentos que compartilhamos e aprendemos juntos.

Aos amigos do Condor Blanco pelo convívio e união em todos os momentos.

A minha namorada Silexi, pelo apoio e compreensão.

Ao amigo Rodrigo Alexandre Egger pela ajuda e momentos de alegria

---

## 1. INTRODUÇÃO

Busca-se hoje, em cada canto do país construir um modelo de atenção a saúde que seja universal , integrado e eqüitativo ( Andrade, 1998 ). Tal proposta está inscrita em nossa Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde ( SUS ) , no qual seu principal propósito é a inversão do modelo assistencial vigente, sabidamente centrado na doença ( Yunes , 1998).

Uma das formas assumidas para tentar viabilizar a porta de entrada ao SUS está sendo esboçada em vários municípios brasileiros por intermédio do Programa de Saúde da Família ( PSF ).

O Programa de Saúde da Família ( PSF ), criado no final de 1993, passou a se constituir, no contexto da realidade brasileira, em importante estratégia de reestruturação das práticas de atenção a população ( O'Dwyer, 1998 ). Esta proposta significa obter o maior reconhecimento e ênfase nas ações de promoção e proteção da saúde e diagnóstico de tratamentos precoces , que tanto no ângulo epidemiológico como no social e no ético , trazem os melhores resultados para a saúde da população, evitando-se o máximo possível a perda da saúde , o agravamento das doenças , o sofrimento humano e o impacto negativo no processo produtivo ( Santos ,1998 ).

O PSF tem como o objetivo geral : contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do SUS , imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre o serviços de saúde e população. Tem também , em seus objetivos específicos: o de prestar , na unidade de saúde

e no domicílio, assistência integral , contínua , com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; o de intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; o de eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem e atendimento a saúde; o de humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e população , entre outros . ( Ministério da Saúde, 1998 ).

Como se pode observar, já nos objetivos específicos, aparece a Visita Domiciliar ( VD ) como uma das possibilidades de auxílio para viabilizar de forma qualitativamente melhor o PSF, e conseqüentemente o SUS.

É justamente em função desta importância e da carência de material produzido, que optei por pesquisar sobre a VD neste trabalho de conclusão de curso.

A VD, além de fazer parte do planejamento estratégico do PSF, fornece ao profissional de saúde de nível primário de atenção uma visão do indivíduo, família e sua rede social dentro do seu contexto usual ( Simionatto , 1999 ). Na atualidade, com os programas de saúde da família , a VD é considerada uma das atividades de maior importância por parte da equipe e seus membros . A mesma vem com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação com a situação de risco ( Ministério da Saúde,1998 ).

Renata Borges( 1999 ), propõe que as VDs sejam utilizadas para:

- observação do paciente ou família em sua residência , o registro das condições de vida e de habitação e a avaliação dos recursos contribuem para o diagnóstico familiar e para o entendimento de aspectos culturais;

- acompanhamento a pacientes crônicos ou acamados que apresentam dificuldades na sua locomoção até a unidade de saúde , trazendo maior conforto e tranqüilidade para o paciente e família;

- a busca ativa de casos e faltosos . A busca a faltosos é fundamental para o aumento da atenção nos programas de saúde.

- internação domiciliar, que não deve substituir a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Outros benefícios desta prática são: a diminuição do risco de infecções hospitalares e a redução dos custos.

Além disso, ainda segundo Borges, a VD propicia um melhor vínculo entre o profissional e o paciente e sua família. Por outro lado, convém notar que, a VD também tem algumas limitações:

- é um método relativamente caro, comparando com os outros, pois depende da utilização de pessoal treinado e de meios de transporte se for o caso;

- o rendimento é pequeno em relação a outros métodos, pois é gasto muito tempo não só na execução da visita , como também na locomoção ;

- o horário da visita deve ser dentro das possibilidades da família e não só na disponibilidade do profissional.

No entanto é importante diferenciar a VD do tradicional atendimento domiciliar ( AD ), que é realizado por médicos generalistas ou especialistas, e tem como intuito brindar maior conforto e tranqüilidade ao paciente e família, e também evitar os transtornos de locomoção e riscos de exposição do mesmo ao ambiente externo e das unidades de saúde, sejam eles casos agudos ou crônicos. Já a VD, além das mesmos intuitos do AD, também visa o registro das condições de vida e de habitação , que serviriam para um melhor interesse epidemiológico.

Portanto, embora tenha limitações, a mudança de modelo, a aproximação com a realidade social e a possibilidade de promover saúde fazem com que as limitações sejam relativizadas.

Não foi encontrado na literatura estudos sobre a frequência e dos critérios utilizados para realizar a visita domiciliar em atenção primária em nosso Estado. A importância do presente trabalho tenta colaborar para minimizar tal deficiência. O único critério localizado que nos permite alguma aproximação é o projeto de Residência em Saúde da Família( 2000 ) encaminhado pela Universidade Federal de Santa Catarina ( UFSC ), para concorrência internacional junto ao Ministério da Saúde. Neste projeto a distribuição da carga horária preconizada aos residentes é de 20 horas semanais para atendimento individual e de 6 horas semanais para VD. O que nos permite inferir alguns números que serão trabalhados a “posteriori”.

Neste trabalho , foi realizado um estudo de demanda de agosto a novembro de 1999 , que visa determinar a frequência e os critérios utilizados para realizar as visitas domiciliares na população atendida em seis unidades da rede básica de saúde ( Costeira do Pirajubaé, Itacorubi, Lagoa da Conceição, Córrego Grande, Rio Tavares e Saco Grande II ), que integram o Distrito Docente Assistencial ( DDA ) . E como o DDA pretende servir como “laboratório” para a Residência em Saúde da Família ( a ser implantada ), temos aí o motivo de pesquisar em tal projeto.

O DDA, formado pela parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina ( UFSC ) e Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis ( SSSDS-PMF ) foi criado em 1996, com o objetivo de implantar e desenvolver um modelo de articulação da Universidade-Sistema de Saúde em uma região geográfica e funcionalmente definida do município de Florianópolis , concebida como um sistema local de saúde ( SILOS, ou área de saúde ou distrito de saúde ),



co-gerenciado pelas instituições envolvidas e comunidade. Dentro do DDA foi concebido em programa que envolve docente e aluno. Este “Sistema-Escola” visa o desenvolvimento de programas de formação e reciclagem de recursos humanos de acordo com as diretrizes do SUS.

O DDA esta configurado de acordo com o seguinte modelo:

- primeiro nível de atenção ( atenção primária de saúde ), nos centros de Saúde de referência , com 3 especialidades básicas ( clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria );
- segundo nível de atenção , nos ambulatórios de especialidades médicas do Hospital Universitário( H.U. );
- terceiro nível de atenção, internação geral e maternidade do H.U.

Nas propostas operacionais a ser desenvolvidas dentro do DDA, a ênfase é na organização de uma área-modelo de capacitação e formação , tanto para a rede pública como para as profissões da área da saúde da universidade, como também o desenvolvimento da educação continuada para a rede Municipal e, especialmente , para o PSF ( PMF-UFSC, 1997 ).

O primeiro programa que foi desenvolvido dentro do DDA foi o internato em Saúde Coletiva ( responsabilidade do Departamento de Saúde Pública ) , iniciado em 1998, em que os alunos da décima fase do curso de medicina, realizam estágio obrigatório de um semestre nos Centros de Saúde ( CS ) daquela área. A lógica desenvolvida no internato é a do PSF, com atendimento geral, grupos terapêuticos, trabalhos com agentes comunitários e VDs. Por isso se diz que é um “laboratório” para o PSF, e para a futura residência em Saúde da Família.

Desta forma, avaliando a forma como tem sido implantadas as VD no DDA , podemos ter um retrato ( ainda que parcial ) da maneira como o PSF vem realizando uma de suas tarefas.

## 2. OBJETIVO

### OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil das Visitas Domiciliares registradas em seis Centros de Saúde do Distrito Docente Assistencial ( DDA ) pelo internato em Saúde coletiva ,como parte da estratégia de implantação do Programa de Saúde da Família ( PSF ) , entre agosto e novembro de 1999.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar os critérios utilizados para realizar as visitas domiciliares e medir a frequência dos mesmos;
2. Medir a frequência das visitas domiciliares em comparação com o atendimento total no centro de saúde neste período;
3. Localizar os principais obstáculos encontrados para a realização das visitas domiciliares.
4. Comparar os dados localizados , com parâmetros ( hipotéticos ) da futura Residência em Saúde da Família.

### 3. MÉTODO

Fez-se um estudo transversal, observacional, quanti-qualitativo e descritivo, em seis unidades de atenção primária de saúde ( APS ) integrantes do DDA ( convênio UFSC- SSDS/PMF ) : Costeira do Pirajubaé, Itacorubi, Rio Tavares, Lagoa da Conceição, Saco Grande II e Córrego Grande.

A coleta de dados referente ao total de atendimentos de cada Centro de Saúde ( CS ), foi colhido junto a SSDS-PMF através do Relatório Ambulatorial de Atendimento Individual ( RAAI ),( anexo 1 ), instituída a partir de maio de 1999, com a finalidade de acompanhar as atividades da rede de serviços, em todas as unidades de APS do município de Florianópolis. Como nestes CS pela manhã existem outros médicos que não fazem parte do DDA, foram selecionadas somente aquelas com atendimento realizados pelos médicos comunitários integrantes do DDA, juntamente com os acadêmicos da décima fase do curso de medicina da UFSC, que realizaram o estágio curricular nos CS acima referidos, no período vespertino das segundas, terças, quintas e sextas-feiras, durante os meses acima referidos, não havendo atendimento nas quartas-feiras, pois nesse dia todos os médicos comunitários e acadêmicos da décima fase tinham atividade fora dos CS.

Cada RAAI representou um atendimento médico individual, fornecendo os dados para a análise do total de consultas no período, e a pessoa que permitiu o acesso aos dados, assegura que o número de consultas, corresponde a informações disponíveis na PMF.

No período estudado foram registradas nos RAAI 6891 atendimentos médicos, dos quais foram registrados 1795 no Rio Tavares, 1353 no Saco Grande II, 1034 na Costeira do Pirajubaé, 958 no Córrego Grande , 887 na Lagoa da

Conceição e 864 no Itacorubi. Na discussão questiono a fidedignidade destes dados.

A partir de todos os atendimentos médicos registrados, descreveu-se a frequência relativa das VDs. Os dados relativos ao total de VDs foram obtidos através de informações contidas no Arquivo de Acompanhamento Didático-Pedagógico ( AADP ), elaborado pelo Departamento de Saúde Pública da UFSC, com a finalidade de registrar as atividades individuais do aluno da décima fase do curso de medicina nos CS, nos mesmos dias , horário e período que foram colhidas os RAAI. No AADP foi colhido os dados da frequência e critérios utilizados nas VDs, na folha correspondente ao registro das VDs, (anexo 2).

No período foram registradas 133 ( 1,9 % do atendimento geral ) de VDs. No registro das VDs, constavam como critérios para a realização das VDs, as seguintes possibilidades (conforme anexo 2):

- Impossibilidade de ir ao posto;
- Conhecer a realidade social;
- Paciente faltou a consulta;
- Emergência;
- Agendamento de programa prioritário;
- Outros.

Para localizar os principais obstáculos encontrados para a realização das VDs, foi aplicado um questionário ( apêndice 1) pelo próprio pesquisador, com os respectivos médicos responsáveis de cada CS. As perguntas foram realizadas seis meses após o período da coleta de dados ( agosto a novembro de 1999 ) , o que ajuda no processo de avaliação das VDs, como também nas mudanças e sugestões para o ano de 2000.

## 4. RESULTADOS

Dos 6891 atendimentos médicos estudados , 133 ( 1,9 % ) foram VDs. Na tabela I, pode-se observar o total de atendimentos registrados , no período de agosto a novembro de 1999, em cada CS no período vespertino nas segundas, terças, quintas e sextas-feiras.

Tabela I - Atendimentos registrados ,no período de agosto a novembro de 1999, em cada CS.

| Centro de Saúde       | Frequências |
|-----------------------|-------------|
| Rio Tavares           | 1795        |
| Saco Grande II        | 1353        |
| Costeira do Pirajubaé | 1034        |
| Córrego Grande        | 958         |
| Lagoa da Conceição    | 887         |
| Itacorubi             | 864         |
| <b>Total</b>          | <b>6891</b> |

O CS com maior demanda registrada foi a do Rio Tavares com 1795 atendimentos médicos, seguida pelo Saco Grande II com 1353. O CS de menor demanda apresentada no período foi o do Itacorubi com 864 atendimentos individuais.

Na tabela II, pode-se observar a frequência absoluta e relativa das VDs, em comparação com o total de atendimentos individuais (tabela I), registradas em seis CS do DDA – UFSC - PMF, de agosto a novembro de 1999, no período vespertino nas segundas, terças, quintas e sextas-feiras.

Tabela II- Frequência absoluta e relativa das VDs registradas.

| Centro de Saúde       | Frequências |
|-----------------------|-------------|
| Rio Tavares           | 38 (2,1%)   |
| Saco Grande II        | 02 (0,1%)   |
| Costeira do Pirajubaé | 11 (1,1%)   |
| Córrego Grande        | 08 (0,8%)   |
| Lagoa da Conceição    | 42 (4,7%)   |
| Itacorubi             | 32 (3,7%)   |
| <b>Total</b>          | <b>133</b>  |

O CS da Lagoa da Conceição foi o que apresentou maior frequência absoluta ( 42 ) e relativa ( 4,7 % ) de VDs. O CS do Rio Tavares foi o que apresentou a Segunda maior frequência absoluta (38) , enquanto que o CS do Itacorubi apresentou a Segunda maior frequência relativa ( 3,7 % ) das VDs. O CS do Saco Grande II foi o que apresentou a menor frequência absoluta ( 02 ) e relativa ( 0,1 % ) de VDs.

Na tabela III, pode-se observar os motivos que foram utilizados como critérios para realização das VDs, conforme registro dos acadêmicos da décima fase de medicina no AADP, de agosto a novembro de 1999, em seis CS do DDA, como também a sua frequência dos mesmos.

Tabela III- Frequência dos critérios para a realização das VDs.

| Motivos                             | Frequências |
|-------------------------------------|-------------|
| Impossibilidade de ir ao Posto      | 92 (58,6%)  |
| Conhecer a realidade Social         | 42 (26,7%)  |
| Paciente faltou a consulta          | 01 (0,6%)   |
| Emergência                          | 08 (5,1%)   |
| Agendamento de programa prioritário | 02 (1,3%)   |
| Outros                              | 12 (7,7%)   |
| <b>Total</b>                        | <b>157</b>  |

O total de 157, que corresponde ao motivos das VDs, é diferenciado do número total de VDs registradas (133), devido que as VDs podem ser motivadas por dois ou mais ítems dos anteriores citados na tabela III.

As VDs motivadas por impossibilidade de ir ao Posto de Saúde foram as que tiveram maior frequência (58,6%), enquanto que as motivadas por conhecerem a realidade social tiveram a segunda maior frequência (26,7%).



Na tabela IV, pode-se observar as respostas obtidas da pergunta 1 do questionário ( Qual a importância de realizar VDs dentro do programa DDA? ), (conforme apêndice 1), realizado com os seis médicos comunitários responsáveis pelos CS estudados neste trabalho, de agosto a novembro de 1999, relativo ao período vespertino. Como também pode-se observar a frequência do aparecimento das mesmas.

Tabela IV- Frequência das resposta obtidas da pergunta 1 do questionário ( apêndice 1 ).

| Respostas                                                | Frequências |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| Conhecer a realidade social do paciente                  | 5           |
| Integração do Posto com a comunidade                     | 3           |
| Conhecer o ambiente familiar                             | 2           |
| Serviço para quem não pode ir ao Posto                   | 2           |
| Identificar a origem das Doenças ( habitat)              | 1           |
| Desenvolver trabalhos científicos em medicina preventiva | 1           |
| Retirar o aluno do CS. ( desarmar o aluno)               | 1           |
| Para abordar o melhor tratamento                         | 1           |

A resposta que relata que a importância das VDs no DDA é de conhecer a realidade social do paciente , aparece em 5 dos 6 questionários realizados com os seis médicos comunitários.

Na pergunta 2 do questionário ( Em 1999 foi realizado atendendo a essa importância? ) , todos responderam um “sim “, sem outras explicações.

O que demonstrou que a pergunta foi mal elaborada. Na discussão aprofundo esta questão.

Na tabela V, pode-se observar as respostas obtidas da pergunta 3 do questionário ( Quais os obstáculos encontrados para cumpri-las?), como também a frequência do aparecimento das mesmas.

Tabela V- Frequência das respostas obtidas na pergunta 3 do questionário ( apêndice 1 ).

| Respostas                                               | Frequência |
|---------------------------------------------------------|------------|
| Demanda excessiva no CS.                                | 4          |
| Falta de recursos humanos ( quantidade e especialidade) | 3          |
| Distâncias do domicílios                                | 1          |
| Barreira familiar                                       | 1          |

A demanda excessiva no CS , foi o obstáculo que mais vezes foi mencionado pelos médicos comunitários nos questionários, enquanto que a falta de recursos humanos , tanto em qualidade, como em especialidades , foi a segunda de maior frequência nas respostas.

Com relação a pergunta 4 do questionário ( O que mudou este ano( 2000) , com relação ao ano passado ( 1999 ) , e o que ainda pode ser melhorado ? ), todos os profissionais que permanecem no DDA<sup>1</sup> relataram melhoras para este ano, devido a que os alunos da décima fase de medicina estão disponíveis um dia extra a seus atendimentos do CS, a cada 15 dias, exclusivo para realizar as VDs.

---

<sup>1</sup> Entre 1999 e 2000, dois médicos do DDA foram substituídos por dois novos profissionais que não acompanharam o processo em 1999. Conseqüentemente, embora os dois substituídos tenham sido entrevistados, não acompanharam as modificações empreendidas em 2000.

Como também a parceria com os agentes comunitários , que estão auxiliando nas visitas. Com relação ao que ainda pode ser melhorado, foi sugerido a ampliação da equipe multiprofissional, como a capacitação da mesma.

## 5. DISCUSSÃO

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, descritivo, quanti-qualitativo e de corte transversal.

O delineamento transversal apresenta como vantagens a rapidez, os baixos custos da pesquisa e tem como atributo permitir que o observador, a partir de uma amostra representativa de uma população, descreva as características da mesma e explore possíveis associações entre os critérios estudados, através de um modelo de análise pré-estabelecido. No entanto, o delineamento transversal não permite que se estabeleça causalidade, pois em se tratando de um corte no tempo, os fatores determinantes e o desfecho desses fatores são observados em um mesmo momento, impossibilitando a utilização da temporalidade como critério causal ( Campana, 1995 ).

Como limitações desse trabalho pode-se relacionar:

- a informação colhidas pelos RAAIs é incompatível com o dado empírico observado pelos médicos e acadêmicos. Especialmente ao número de atendimentos individuais da Lagoa da Conceição e Costeira do Pirajubaé ( que teria sido maior que o registrado ). Se o dado empírico precede, em algum lugar a informação foi perdida. Conforme informações da coordenadora do Programa Docente Assistencial, nos relata que os digitadores das fichas RAAI cometem muitas falhas. Em função disto, o percentual de VDs em relação ao atendimento por CS tem problema de fidedignidade.

- o eventual não registro das VDs, pode ter ocorrido por não exigência clara dos supervisores, quanto ao preenchimento das mesmas;
- no registro do total de atendimentos individuais, foram consideradas somente o número de matrícula ( RAAI ) do médico responsável do CS.

Não foram consideradas os números de matrículas de outros profissionais da equipe do CS, aonde pode ter ocorrido VDs somente do acadêmico da décima fase junto com outro profissional ( enfermeiro, agente comunitário ), no qual se registrou o número de matrícula do mesmo na guia RAAI e não do médico comunitário, apesar de sua supervisão;

- com relação a segunda pergunta do questionário ( Em 1999, foi realizado atendendo a essa importância? ), a forma como foi elaborada a questão , por não ter havido pré-teste da mesma, ocasionou a interpretação da importância da VD ( se o profissional recomendava a VD de acordo com a pergunta 1 ) e não se refletiu na avaliação da sua frequência ( objetivo real da pergunta ).

A possibilidade de discussão sobre a frequência , em função da escassa literatura em nosso Estado, foi o projeto de Residência em Saúde da Família-UFSC que preconiza a carga horária semanal de 20 horas para atendimento individual e de 6 horas para VDs.

Supondo que seria possível realizar com a carga horária de 20 horas semanais o equivalente a 60 atendimentos individuais ( um a cada vinte minutos), e com a carga horária de 6 horas semanais seria possível realizar o equivalente a 3 VDs ( uma a cada duas horas, já considerando o tempo de deslocamento do CS até o domicílio ) . Considerando esta proporção de 60 atendimentos para 3 VDs, o que nos fornece uma proporção de 5% de VDs com relação ao total de atendimentos individuais.

No internato da décima fase de medicina em Saúde Pública, o acadêmico faz em média 15 atendimentos individuais por semana, o que corresponde a 60 atendimentos por mês, dos quais deveriam ser 3 VDs. Ao final do tempo aferido de estágio ( 4 meses ), o acadêmico deveria ter

realizado um mínimo de 12 VDs. Em realidade, o estágio é de 5 meses e meio, e o tempo aferido foi relativo a turma de 1999/2 que teve o estágio reduzido em função da greve.

Com base nestes parâmetros ( 5% de VDs do total de atendimento individual ), podemos verificar que nenhum dos 6 CS atingiu a tal frequência relativa. Dos quais 3 ( Lagoa da Conceição, Itacorubi e Rio Tavares ) foram os que estiveram mais próximos do ideal ( 4,7%, 3,7% e 2,1% respectivamente ), enquanto que os outros 3 ( Costeira do Pirajubaé, Córrego Grande e Saco Grande II ) estiveram muito abaixo do ideal ( 1,1% , 0,8 % e 0,1% respectivamente ).

Convém salientar que o CS da Lagoa da Conceição foi o que apresentou a maior frequência absoluta ( 42 ) e relativa ( 4,7% ) das VDs, quase atingindo o parâmetro ideal. Notamos também que apesar do CS do Rio Tavares ter sido a segunda maior frequência absoluta ( 38 ), teve a terceira maior frequência relativa ( 2,1%), sendo superada pelo CS do Itacorubi que apresentou a frequência relativa de 3,7% , mesmo apresentando menos VDs ( 32 ), devido a menor demanda apresentada nos atendimentos individuais ( 864 ).

Com relação aos critérios que motivaram as VDs, “a impossibilidade de ir ao posto” foi o que obteve a maior frequência com 58,6% do total, enquanto que o motivo de “conhecer a realidade social” ficou com a segunda maior frequência com 26,7% ( menos da metade ). Com estes parâmetros podemos notar uma contradição com as respostas obtidas na pergunta 1 do questionário ( Tabela I ), que questionou a importância das VDs no DDA, aonde a resposta mais freqüente foi a de “conhecer a realidade social” que aparece em 5 dos 6 questionários, enquanto a de “oferecer um serviço para quem não pode ir ao posto” em apenas 2 questionários. Podemos notar que, apesar de ser quase

unânime que as VDs servem principalmente para “conhecer a realidade social do paciente”, na prática o principal motivo para realizar as VDs é “a impossibilidade de ir ao posto”.

Com relação aos principais obstáculos encontrados para realizar as VDs, a “demanda excessiva no CS” foi a resposta mais freqüente, aparecendo em 4 dos 6 questionários. Isso significa que, quanto maior a demanda no CS para atendimento individual, os profissionais e acadêmicos menor será o tempo para a realização das VDs. Em base a isso, poderíamos dizer que os CS da Lagoa da Conceição e do Itacorubi obtiveram as duas maiores freqüências relativas ( 4,7 % e 3,7 % respectivamente ), devido a menor demanda no CS. O que não se enquadraria a essa regra seria o CS do Rio Tavares, que apesar de ter a maior demanda de todos os CS ( 1795 atendimentos individuais ), foi o que obteve a segunda maior freqüência absoluta com 38 VDs.

“A falta de recursos humanos, tanto em quantidade, como em especialidade ( enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, agentes comunitários, auxiliar de enfermagem )”, apareceu também como um dos principais obstáculos encontrados para a realização das VDs. Devido a isso, podemos levantar a hipótese que, apesar de que alguns CS não terem apresentado tanta demanda quanto outros, a falta de uma equipe maior e de diferentes profissionais dificultou na realização das VDs, pois sabemos que o médico comunitário sem uma boa equipe, fica inviabilizado de atender o CS e as VDs ao mesmo tempo, sem prejudicar a eficiência do trabalho.

No entanto, todos os médicos que ainda estão no DDA, relataram melhoras para este ano ( 2000 ), como podemos observar nas respostas da pergunta 4 do questionário. Isso devido aos alunos da décima fase de medicina estarem disponíveis um dia extra, a seus atendimentos individuais de

CS, a cada 15 dias exclusivo para realizar as VDs. Com isso ,o aluno neste dia extra , o aluno não precisa se preocupar com a demanda no CS, que é uns dos principais obstáculos para a realização das VDs ( segundo os entrevistados) , como também é uma maneira de aumentar a equipe dedicada as visitas.

Seria interessante uma nova pesquisa para avaliar se realmente com este sistema os CS aumentaram a frequência absoluta e relativa das VDs neste ano de 2000.



## 6. CONCLUSÃO

O presente trabalho mostrou que nenhum dos 6 CS estudados, que fazem parte do DDA, atingiram a frequência relativa “ideal” que corresponde a 5 % do número de atendimentos individuais, dos quais 3 ( Lagoa da conceição, Rio Tavares e Itacorubi ) foram os que estiveram mais próximos do ideal ( 4,7 % , 3,7 % e 2,1 % respectivamente ) . O eventual não registro das VDs, como também as informações não fidedignas da PMF ( os RAAIs digitados não apresentam confiabilidade, o que no mínimo é lastimável ), pode ter colaborado para o não cumprimento deste parâmetro, o que denota que o registro precisa ser melhorado.

Podemos concluir também, que os critérios utilizados para a realização das VDs não estão seguindo o seu grau de importância ( sugerido pelos próprios médicos ), pois conforme o questionário dos médicos comunitários, o principal objetivo citado para a realização das VDs é o de “conhecer a realidade social do paciente”, no entanto na prática notamos que a maioria das consultas foram motivadas por “impossibilidade do paciente ir ao posto” com 58,6 %, enquanto as que foram para “conhecer a realidade social do paciente” atingiu apenas 26,7%.

Com relação aos questionários , devem ser precedidos de um pré-teste para evitar respostas inconclusivas, o que ocorreu com a pergunta 2 aos médicos.

Com relação aos obstáculos encontrados para a realização das VDs, os principais citados foram a “demanda excessiva no CS” e a “falta de recursos humanos, tanto em quantidade, como em especialidade” para ajudar nas VDs. De qualquer maneira, os médicos comunitários foram unânimes em relatar que as mudanças para este ano ( a de o acadêmico ter 1 dia extra por quinzena a seus atendimentos para realizar VDs, como a parceria com agentes comunitários),

parece ter tido um efeito positivo. Para confirmar isso seria necessário desenvolver um instrumento para monitorizar esta atividade a cada semestre.

O parâmetro de referenciar o número de VDs a um percentual de atendimentos individuais , talvez não seja o melhor. Utilizando o mesmo referencial da Residência aonde corresponde a 20 horas de atendimentos individuais, por 6 horas de VDs. Demonstra-se que em 1 mês o aluno de medicina deveria fazer 3 VDs ( em função da carga horária reduzida em relação a Residência ). E isto evitaria as distrações que os percentuais sobre consultas podem causar ( dado ao mau registro ).

Sugestões para aprimorar as VDs no DDA:

- melhorar a fonte de informação da PMF;
- monitorar os atividades de VD por semestre;
- que os supervisores estimulem mais a VD;
- que os registros das VDs pelos alunos seja confiável e completo;
- que as VDs cumpram o seu objetivo principal de conhecer a realidade social do paciente;
- que se assegure uma equipe completa para a realização das VDs no DDA;
- que o parâmetro mínimo para as VDs ,dos alunos do internato da décima fase em Saúde pública , seja pelo menos de 16 VDs por semestre.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Andrade, L.O.M.de. Apresentação. In: Dominguez, BNR. *Programa de Saúde da Família*. 1.ED. CGE, 1998; P.9-12
2. Yunes, J. Apresentação. In: Dominguez, BNR. *Programa de Saúde da Família*. 1. ed. CGE, 1998; p 9-12.
3. O'Dwyer, GC. Apresentação. In: Dominguez, BNR. *Programa de Saúde da Família*. 1.ed. CGE, 1998; p.9-12.
4. Santos, NR dos. Prefácio. In: Dominguez, BNR. *Programa de Saúde da Família*. 1.ed. CGE, 1998; p.13-5.
5. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, 2. Ed. Brasília 1998; p 10-5.
6. Simionatto, C. Visita Domiciliar. In: *Manual Operativo do Programa Docente-Assistencial*. Serviço de Saúde Pública-HU/UFSC. ( mimeo ). Florianópolis 1999.
7. Borges, R. Visita Domiciliar. In: *Manual Operativo do Programa Docente-Assistencial*. Serviço de Saúde Pública-HU/UFSC. ( mimeo ). Florianópolis 1999.
8. Universidade Federal de Santa Catarina- Prefeitura Municipal de Florianópolis ( UFSC-PMF ). *Projeto de Residência em Saúde da Família*. ( mimeo ) Florianópolis 2000; p 29-30.
9. \_\_\_\_\_ . *Projeto de Articulação Docente-Assistencial Universidade-Sistema de Saúde*. Cap II. ( mimeo ) Florianópolis 1997;

10. Campana AD. *Pesquisa clínica – estudos observacionais*. In: Campana AD. *Introdução a investigação clínica*. 1.ed. Botucatu. São Paulo: Trianon, 1995. P . 87-99.

## **NORMAS ADOPTADAS**

O presente trabalho segue a normalização para os trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina. Resolução número 001/99 do colegiado do Curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis - SC, 2000

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi de caracterizar o perfil das Visitas Domiciliares ( VDs ) registradas em 6 Centros de Saúde ( CS ) do Distrito Docente Assistencial, pelo internato em Saúde Pública entre agosto e novembro de 1999. No método utilizado, os dados de 6891 atendimentos individuais registrados foram obtidos nos Relatórios Ambulatorial de Atendimento Individual da Prefeitura Municipal de Florianópolis , os relativos as 133 VDs e os critérios para realizá-las foram obtidas no Arquivo de Acompanhamento Didático-Pedagógico , preenchida pelos acadêmicos da décima fase de medicina, no mesmo período. Após, realizou-se um questionário com os médicos comunitários avaliando as VDs.

Nos resultados chegou a um parâmetro de que a proporção de VDs em relação aos atendimentos individuais deveria ser de 5 % dos mesmos, e nenhum dos 6 CS atingiu tal proporção. As VDs motivadas por “impossibilidade do paciente ir ao posto” foram as que tiveram maior frequência ( 58,6 % ). Os médicos comunitários relataram no questionário que o principal objetivo das VDs, é de “conhecer a realidade social do paciente” e que os principais obstáculos para a realização das mesmas é a “demanda excessiva do CS” e a “falta de recursos humanos”, porém já notaram mudanças positivas este ano com relação a 1999.

Na conclusão vemos que as VDs não estão sendo realizadas em uma frequência ideal, como também não está cumprindo com o principal objetivo de ver a realidade social, isso devido a demanda excessiva no CS e a falta de recursos humanos.

## SUMMARY

This study aimed to analyse the visits profile, registered by the public health students in six health care centers of primary care physicians, between august and november, 1999. In the method used, the information of 6891 individual consults were taken from the reports on individual consults from the city hall in Florianópolis, where as the 133 home visits reports and the criteria used to make them were collected from the pedagogic follow up files, filled in by the medicine students from the 10 semester, in that same period. After a research was made with community doctors in order to evaluate the home visits. The results showed that the percentage of home visits should be 5 % of individual consults, and none of six health care centers reached such percentage. The most common reason for home visits was the patient's impossibility to go to the health care center ( 58,6 % the cases ). The community doctors stated that the main objective of home visits is to know the patient's social reality and the main obstacles when doing this job is the excessive demand from the health care centers and lack of human resources, though there has been some improvements this year ( 2000 ) compared to 1999.

In the conclusion as it was mentioned before, the main reason for the home visits was to know the patient's social reality, but unfortunately , most of the time this objective was damaged and unfulfilled by lack of human resources and high demand from the health care centers.

## ANEXOS

## Anexo 1



FLORIANÓPOLIS - SAÚDE

**RELATÓRIO AMBULATORIAL DE  
ATENDIMENTO INDIVIDUAL - RAAI**

070492

Data:

/ /

| IDENTIFICAÇÃO (Preenchido pela Recepção) |  |                     |  |                  |                            |  |  |                 |  | Matrícula do Responsável |  |                                      |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------|--|---------------------|--|------------------|----------------------------|--|--|-----------------|--|--------------------------|--|--------------------------------------|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|
| Nº do Cartão                             |  |                     |  |                  | Código da Unidade de Saúde |  |  |                 |  |                          |  |                                      |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
| Nome                                     |  |                     |  |                  |                            |  |  |                 |  |                          |  |                                      |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
| Endereço                                 |  |                     |  |                  |                            |  |  |                 |  |                          |  |                                      |  |  | Nº          |  |  |  |  |  |  |
| Complemento ou Referência                |  |                     |  |                  |                            |  |  |                 |  | CEP                      |  |                                      |  |  | Procedência |  |  |  |  |  |  |
| Data Nascimento                          |  | Sexo                |  | Encaminhado Por: |                            |  |  | Hora da Chegada |  |                          |  |                                      |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
|                                          |  | 1. Masc.<br>2. Fem. |  |                  |                            |  |  |                 |  |                          |  | Necessidade do ACS Atualiza Cadastro |  |  |             |  |  |  |  |  |  |

## CONSULTA MÉDICA

| Matrícula do Profissional |  |  |  |  | Tabela - SIA/SUS |  |  |  |  | C.I.O-10-1       |  |  |  |  | C.I.O-10-2 |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|
|                           |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |
| Tipo/Referencialista      |  |  |  |  |                  |  |  |  |  | Grupo de Atenção |  |  |  |  |            |  |  |  |  |

## OUTRO TIPO DE CONSULTA/ATENDIMENTO

| Matrícula do Profissional |  |  |  |  | Tabela - SIA/SUS |  |  |  |  | Tipo/Ref. |  |  |  |  | Grupo de Atenção |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|
|                           |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |

## PROCEDIMENTOS

| Matrícula do Profissional |  |  |  |  | Tabela - SIA/SUS |  |  |  |  | Tabela - SIA/SUS |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|
|                           |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |

## VACINAS

| Matrícula do Profissional |  |  |  |  | Tabela - SIA/SUS |  |  |  |  | Tipo |  |  |  |  | Tabela - SIA/SUS |  |  |  |  | Tipo |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|
|                           |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |

## MEDICAMENTOS/PRODUTOS FORNECIDOS

| Matrícula do Profissional |  |  |  |  | Produto |  |  |  |  | Qtd |  |  |  |  | Produto |  |  |  |  | Qtd |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
|                           |  |  |  |  |         |  |  |  |  |     |  |  |  |  |         |  |  |  |  |     |  |  |  |  |



## Anexo 2

| VISITA DOMICILIAR                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ☒ Nome: .....                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ☒ N° Prontuário:                                                   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                            |
| ☒ Quem Mais Acompanhou a Visita?                                   | <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Acadêmico<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeira<br><input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde<br><input type="checkbox"/> Outros: .....                                                                                              |
| ☒ Qual o Motivo da Visita?                                         | <input type="checkbox"/> Impossibilidade do Paciente ir ao Posto<br><input type="checkbox"/> Conhecer a Realidade Social do Paciente<br><input type="checkbox"/> Paciente faltou à consulta<br><input type="checkbox"/> Emergência<br><input type="checkbox"/> Agendamento de Programa Prioritário. Qual? .....<br><input type="checkbox"/> Outro: ..... |
| ☒ Problemas: .....                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ☒ Condições de Meio Ambiente que Influenciaram na Patologia: ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ☒ Se Re-visita, Avalie as Modificações: .....                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| .....                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ☒ A visita abrangeu quantas pessoas?                               | <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ☒ Houve encaminhamento?                                            | <input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Sim, Serviço: .....                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## APÊNDICE

### Apêndice 1

#### ***QUESTIONÁRIO: VISITA DOMICILIAR***

- 1) Qual a importância de realizar visita domiciliar dentro do programa DDA?
- 2) Em 1999 foi realizado atendendo a essa importância?
- 3) Quais os obstáculos encontrados para cumpri-las?
- 4) O que mudou este ano (2000) com relação ao ano passado (1999) e o que ainda pode ser melhorado?

TCC  
UFSC  
SP  
0014

N.Cham. TCC UFSC SP 0014  
Autor: Almeida, Tiago Eme  
Título: Visitas domiciliares no distrito



972808557

Ac. 254093

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM