

**ATENDIMENTO A IDOSOS EM SITUAÇÃO DE FINAL DE VIDA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ASSISTANCE TO THE ELDERLY IN END OF LIFE SITUATION IN FAMILY
HEALTH STRATEGY**

Daniela de Lira Eiras¹
Daniele Tavares dos Reis²
Stéphanie Caroline Jacóia³
Clarita Terra Rodrigues⁴
Lucía Silva⁵
Regina Szylit Bousso⁶

Resumo: O objetivo deste estudo foi caracterizar o atendimento de saúde a idosos com doenças terminais realizado pela Estratégia Saúde da Família de Botucatu/SP, por meio de estudo descritivo-exploratório. Participaram 51 idosos com diagnóstico de doenças sem possibilidade de cura. A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2008, por consulta aos prontuários e aos relatórios de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Verificou-se que 41,2% dos idosos foram consultados de uma a cinco vezes pelo médico sendo a conduta mais executada a prescrição medicamentosa (56,7%). Já 31,4% passaram por um total de uma a cinco consultas de enfermagem; conduta mais prevalente: encaminhamento para avaliação médica (9,8%). Quase metade (47%) recebeu de uma a cinco visitas do médico e 43,1% receberam de uma a cinco visitas da enfermeira. Já 35,3% receberam de uma a cinco visitas do auxiliar de enfermagem e 35,3% receberam de 11 a 20 visitas do agente. O fato de a maioria dos idosos não ter registro de atendimento no período de um ano é preocupante, visto que a situação de final de vida é permeada por múltiplas perdas, carecendo de cuidados profissionais.

Palavras-chave: idoso; estado terminal; família; Programa Saúde da Família.

Abstract: The objective of this study was to characterize the health assistance provided to elderly with critical illness in Family Health Strategy of Botucatu/SP by descriptive-exploratory study. Participated 51 elderly diagnosed with incurable diseases. The data

¹ Enfermeira graduada pela Faculdade Marechal Rondon/Universidade Nove de Julho (FMR/UNINOVE). Aprimoranda da Unidade de Pesquisa Clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu (UPECLIN/UNESP)

² Enfermeira graduada pela Faculdade Marechal Rondon/Universidade Nove de Julho (FMR/UNINOVE) e atuante na Estratégia Saúde da Família de Itaipava/SP

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) e professora da FMR/UNINOVE / e-mail: luciasilva@usp.br.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Livre-docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EE-USP

⁵ Enfermeira graduada pela Faculdade Marechal Rondon/Universidade Nove de Julho (FMR/UNINOVE).

⁶ Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista/UNESP.

collection took place in-between the months of May and July in 2008, by consulting records and reports of home visits of community's health agents. It was verified that 41.2% of the elderly were consulted from one to five times by physician and the medical prescription was the most common conduct (56,7%). According to the data, 31.4% were seen by a nurse from one to five times, and the most frequently adopted procedure was to referring patients for medical evaluation (9,8%). Almost half of the participants (47%) were visited from one to five times by the physician, 43.1% were visited by the nurse, 35.3% were visited by nurse assistant and 35.5% were visited from 11 to 20 times by the community's health agents . The fact that most of the elderly have no record of assistance in the past year is very concern, because their terminal condition is accompanied by many losses, lacking health care.

Keywords: aged; critical illness; family; Family Health Program.

1. Introdução

A saúde da família é a estratégia que o Ministério da Saúde (2001) implantou para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica. A estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em janeiro de 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje sendo denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF).

De acordo com Marques e Silva (2004), a ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Para Brito e Ramos (2000), o atendimento ao idoso é uma das prioridades da ESF e justifica-se pelo crescimento acentuado da população idosa em países em desenvolvimento como o Brasil.

Para Figueiredo e col. (2008), a assistência na atenção primária à saúde torna possível aos integrantes da ESF o conhecimento do perfil dos idosos fragilizados, suas condições socioeconômicas e habitacionais, as atitudes de seus cuidadores, o grau de dependência do idoso, o nível de comprometimento com o tratamento e as complicações das condições crônicas instaladas.

Além disso, outra questão que merece ser destacada é o fato de as condições crônicas de saúde a que os idosos estão expostos tornam esta população mais vulnerável à ocorrência de morbidades associadas, muitas delas em estágio terminal de evolução.

Diante desse panorama, o cuidado aos indivíduos com doenças terminais e suas famílias vem sendo considerado dentro da filosofia dos cuidados paliativos, definidos pela

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) como uma abordagem capaz de melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, diante de uma doença terminal, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação rigorosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam eles de ordem física, psicossocial e espiritual.

Floriani e Schramm (2007) enfatizam a necessidade de incorporar os cuidados paliativos na rede básica em nosso país, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que os profissionais que atuam nestas equipes poderiam desempenhar um papel importante nos cuidados no fim da vida.

A OMS (2002) aconselha que padrões mínimos de cuidados sejam incorporados progressivamente em todos os níveis de atenção, inclusive alcançando grande cobertura de indivíduos por meio do atendimento domiciliário, modalidade de atendimento amplamente realizada pelas equipes da ESF.

Desse modo, acredita-se ser fundamental conhecer como vem sendo prestado o cuidado aos idosos em situação de final de vida no âmbito da ESF, portanto, o **objetivo** deste estudo foi caracterizar o atendimento de saúde a idosos com doenças terminais realizado pela Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista.

2. Método

Este trabalho trata-se de parte de um estudo mais amplo, do tipo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, realizado em unidades de saúde da ESF de Botucatu, município que se localiza na região centro-oeste do Estado de São Paulo. Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE, 2006), o município possuía, no ano de 2005, população de 117.305 pessoas.

Os participantes que compuseram a amostra deste estudo foram 51 famílias que atenderam ao critério de ser identificadas pela própria equipe de saúde como possuindo um idoso com doença avançada e sem possibilidade de cura, predispondo a família a viver por um tempo em situação de final de vida.

Os dados foram coletados no período compreendido entre os meses de maio e julho de 2008, mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, processo nº 725/2008, de acordo com a Resolução nº 196, de

10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CNS, 1996). Os dados referentes a essas famílias foram obtidos por meio de consulta aos prontuários e consulta aos relatórios mensais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

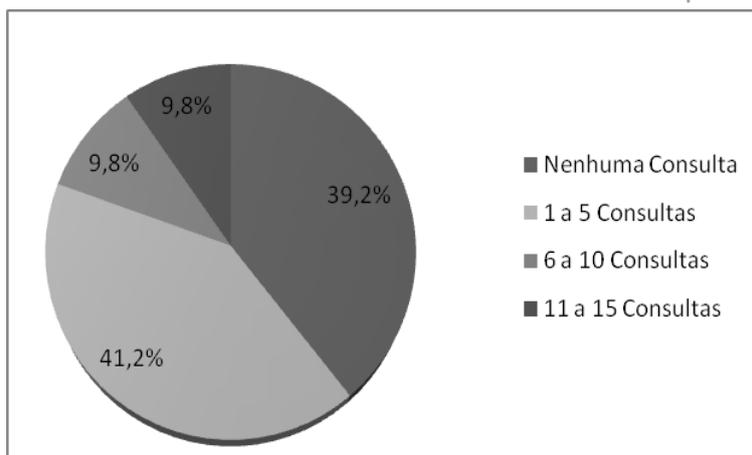
Utilizou-se instrumento pré-elaborado para o levantamento dos seguintes dados referentes aos atendimentos aos idosos em situação de final de vida, no período de um ano: total de consultas médicas e condutas, total de consultas de enfermagem e condutas, total de visitas domiciliárias realizadas por médicos e condutas, total de visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros e condutas, total de visitas domiciliárias realizadas por auxiliares de enfermagem e condutas e total de visitas domiciliárias realizadas pelos ACS e respectivas condutas. A seguir, a estatística descritiva foi utilizada para a organização dos dados e a literatura específica para sustentar a discussão dos mesmos.

3. Resultados e discussão

3.1 As consultas realizadas nas unidades de saúde

Com relação às consultas médicas, segundo os registros nos prontuários, 39,2% dos idosos não passaram por nenhuma consulta na unidade no período de um ano. Pouco menos da metade (41,2%) foi consultada de uma a cinco vezes pelo médico, 9,8% foi consultada de seis a dez vezes e outros 9,8% foi consultada de 11 a 15 vezes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Total de consultas médicas realizadas a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.



Em pesquisa que buscou analisar o atendimento de saúde aos idosos em quatro unidades de saúde da família na cidade de Marília/SP no período de um ano, Oliveira e col. (2009) constataram que cada idoso havia recebido uma média de 3,9 consultas no ano do estudo.

De acordo com pesquisa realizada por Sousa e col. (2006), que tinha como objetivo avaliar o desempenho de uma equipe da ESF na atenção às pessoas com hipertensão arterial em um município no estado do Paraná, dos 385 participantes, 64,1% tiveram consulta médica e 36,4% tiveram atendimento médico no domicílio. Entretanto, 35,9% não passaram por consulta médica nenhuma vez, 31,4% consultaram até duas vezes e 21,5% entre três e cinco vezes.

Conforme ilustra a Tabela 1, a conduta médica mais executada nestas consultas foi a prescrição medicamentosa, para 56,7% dos idosos, seguida pela solicitação de exames laboratoriais (25,5%), pelo encaminhamento do idoso a algum tipo de especialista (11,8%) e por orientações em relação à alimentação (9,8%).

Tabela 1 - Condutas médicas executadas nas consultas aos idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.

Atividades desenvolvidas	Nº	%
Prescrição medicamentosa	29	56,7%
Solicitação de exames laboratoriais	13	25,5%
Encaminhamento ao especialista	6	11,8%
Orientações alimentares	5	9,8%
Fornecimento de receitas	2	3,9%

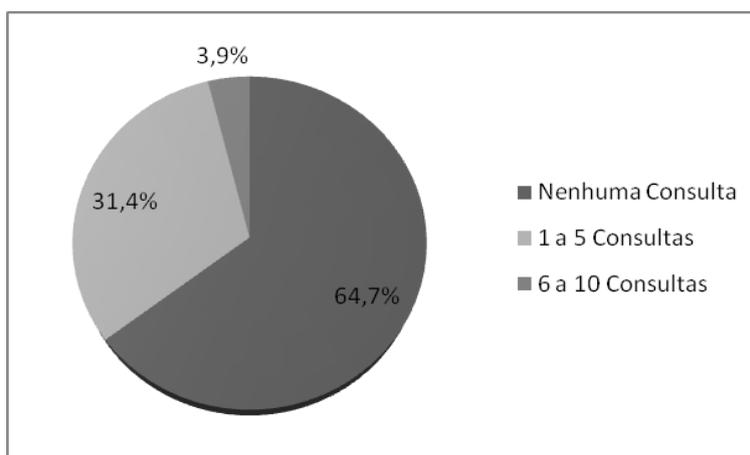
Orientação para controle da pressão arterial	2	3,9%
Orientação sobre hidratação	2	3,9%
Orientações gerais	2	3,9%
Retorno para avaliação	2	3,9%
Outras condutas	7	13,7%
Total	70	137%

Em pesquisa realizada por Oliveira e col. (2009) em quatro unidades de saúde de um município do interior paulista, a prescrição medicamentosa foi uma conduta frequente nas consultas médicas, a exemplo dos resultados evidenciados no presente estudo. Nessas unidades, a prescrição de mais de três medicamentos variou em 20,5% a 41,9% dos casos.

Estas condutas apontam para um atendimento de saúde centrado no modelo biomédico, enfocando o uso de medicamentos para a cura das doenças e reduzindo a doença à esfera biológica, em uma perspectiva fragmentada do cuidado à saúde.

Já a grande maioria dos idosos deste estudo (64,7%) não passou por nenhuma consulta de enfermagem no período de um ano, 31,4% passou por um total de uma a cinco consultas e apenas 3,9% foi consultada de seis a dez vezes pela enfermeira, de acordo com o observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Total de consultas de enfermagem realizadas a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.



De acordo com o estudo de Segundo Sousa e col. (2006), em relação à consulta de enfermagem, 67,6% dos pacientes não foram atendidos em consulta uma única vez no período de um ano e 23,1% passaram por um total de uma a duas consultas.

Conforme evidencia a Tabela 2, as condutas de enfermagem mais executadas nestas consultas foram: o encaminhamento do idoso para avaliação médica, em 9,8% deles, as orientações em relação à alimentação (7,8%), a solicitação de exames laboratoriais (5,9%) e as orientações em relação às medicações utilizadas pelo idoso (5,9%).

Tabela 2 – Condutas de enfermagem executadas nas consultas aos idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.

Atividades desenvolvidas	Nº	%
Encaminhamento para assistência médica	5	9,8%
Orientações alimentares	4	7,8%
Solicitação de exames	3	5,9%
Orientações sobre medicações	3	5,9%
Checagem de exames laboratoriais	2	3,9%
Orientações sobre hidratação	2	3,9%
Encaminhamento para o especialista	2	3,9%
Prescrição medicamentosa	2	3,9%
Orientações gerais	2	3,9%
Outras condutas	7	13,7%
Total	32	62,6%

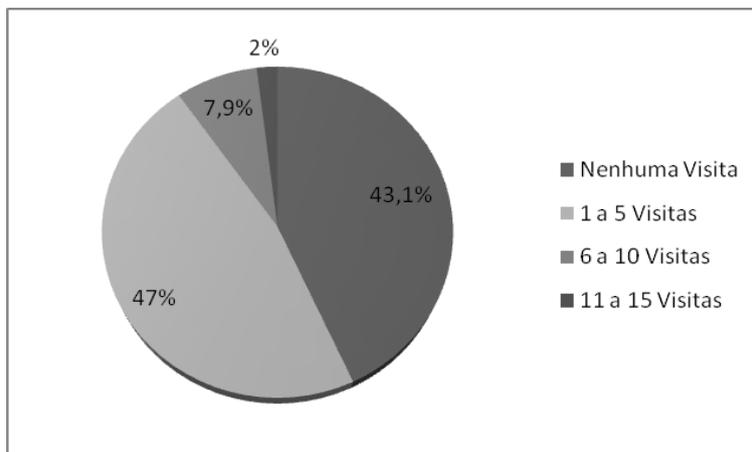
Para Figueiredo e col. (2008), o cuidado aos idosos fragilizados pode proporcionar que o enfermeiro elabore os diagnósticos de enfermagem baseados nas necessidades e dificuldades vivenciadas não só pelo doente, mas por toda a família, elaborando assistência individualizada, holística e humanizada, não centrando sua assistência apenas ao domínio biológico da condição de saúde, situação sinalizada por meio das condutas supracitadas, priorizando o cuidado estritamente clínico aos indivíduos que vivenciam a fase terminal de sua doença.

3.2 As visitas domiciliárias

Quase a metade dos idosos (47%) recebeu de uma a cinco visitas do médico, 7,9% receberam de seis a 10 visitas, apenas 2% receberam de 11 a 15 visitas e em 43,1% dos

prontuários não havia nenhum registro de visita médica realizada no período estudado (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Total de visitas domiciliárias médicas realizadas a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.



De acordo com o Ministério da Saúde (2003), a visita domiciliária é preconizada de forma a ser realizada também pelo médico. Este profissional tem o dever de, nesta ocasião, observar e avaliar de modo integral, individual e familiar a situação da pessoa enferma.

De acordo com Floriani e Schramm (2007), nos países desenvolvidos, os médicos tem certa resistência à realização da visita domiciliária, sendo que alguns dos fatores que justificam essa atitude são a baixa remuneração, a dificuldade quanto ao deslocamento, o tempo exigido e os aspectos legais relacionados a determinados procedimentos médicos no domicílio. Isso faz com que haja uma fragmentação das responsabilidades quanto aos procedimentos no domicílio, podendo enfraquecer a relação médico/paciente, minimizando todo o potencial para promover o fortalecimento do vínculo entre o profissional e as famílias.

Como pode-se observar na Tabela 3, nessas visitas, as condutas mais executadas pelos médicos foram: prescrição medicamentosa para 54,9% dos idosos, “orientações gerais” (15,7%), solicitação de exames laboratoriais (9,8%), avaliação física (9,8%), orientações em relação às medicações utilizadas (9,8%) e orientações em relação à alimentação (9,8%).

Tabela 3 - Condutas médicas executadas nas visitas domiciliárias aos idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.

Atividades desenvolvidas	Nº	%
Prescrição Medicamentosa	28	54,9%

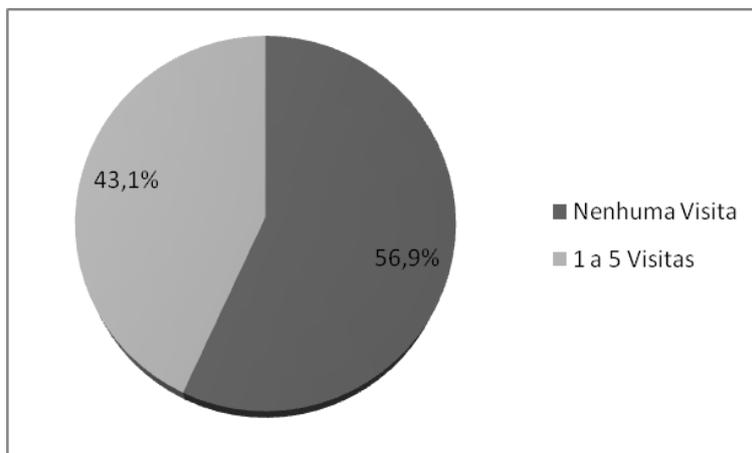
Orientações Gerais	8	15,7%
Solicitação de Exames Laboratoriais	5	9,8%
Avaliação Física	5	9,8%
Orientações sobre medicações	5	9,8%
Orientações sobre alimentação	5	9,8%
Encaminhamento à especialidade	2	3,9%
Elevação de MMII	2	3,9%
Orientações sobre curativo	2	3,9%
Outras Conduas	12	23,5%
Total	74	145%

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), o médico, além das condutas centradas na esfera clínica e biológica, tem também o papel de esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir um plano de cuidados para a pessoa enferma. Nessas situações, os pacientes necessitam de garantias de que não importa qual o tratamento escolhido, o objetivo de conforto será sempre fundamental. Além disso, este profissional deve levar o caso para discussão na equipe multiprofissional, emitir prescrição do tratamento medicamentoso, registrar os atendimentos, promover e participar de avaliações periódicas do plano de acompanhamento, indicar internação hospitalar e verificar e atestar o óbito, quando for o caso.

Segundo Sousa e col. (2006), no que diz respeito ao atendimento médico no domicílio, em estudo realizado no Paraná, 36,4% dos usuários receberam atenção médica em suas moradias e em cinco casos (1,3%) o número de atendimentos foi superior a seis. No caso das visitas domiciliares, a cobertura das visitas médicas foi avaliada como adequada, tendo em vista a priorização das famílias com indivíduos acamados e as internações no domicílio.

De acordo com o exposto no Gráfico 4, no tocante às visitas realizadas pela enfermeira, mais da metade dos idosos (56,9%) parece não ter recebido nenhuma visita no período de um ano, já que não havia registro algum em seus prontuários e 43,1% receberam de uma a cinco visitas.

Gráfico 4 – Total de visitas domiciliares realizadas por enfermeiras a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.



As condutas de enfermagem mais comuns realizadas pelas enfermeiras durante as visitas foram: aferição da pressão arterial em 11,8% dos idosos, orientações em relação à alimentação (9,8%), vacinação contra *Influenza* (7,8%), prescrição medicamentosa (7,8%) e orientações em relação à medicação utilizada (7,8%), conforme ilustrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Condutas executadas pelas enfermeiras nas visitas domiciliares aos idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.

Atividades desenvolvidas	Nº	%
Aferição de PA	6	11,8%
Orientações Alimentares	5	9,8%
Vacina contra <i>Influenza</i>	4	7,8%
Prescrição medicamentosa	4	7,8%
Orientação sobre medicação	4	7,8%
Total	23	45%

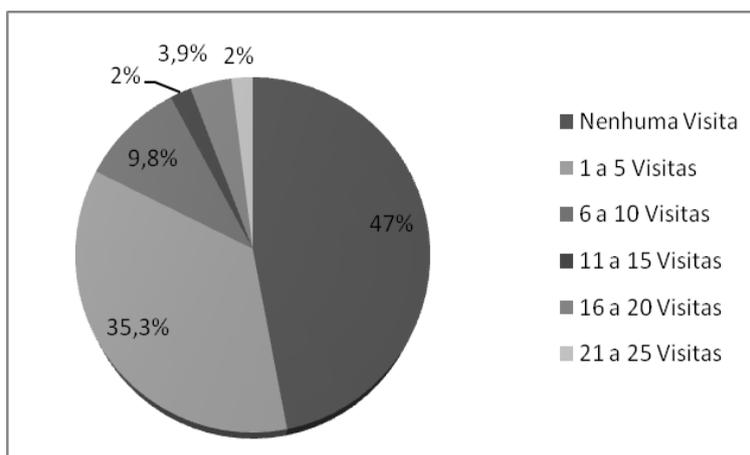
No estudo de Mantovani e col. (2007) sobre a visita domiciliar da enfermeira com atividades educativas no tratamento da pressão arterial em uma unidade de saúde de Curitiba, pode-se observar que as condutas mais comuns realizadas pelas mesmas com os 30 pacientes foram a aferição da pressão arterial, a mensuração da circunferência abdominal, as orientações em relação à ingestão hídrica e alimentar, as orientações à prática de exercícios físicos e educação em saúde.

Fabrizio e col. (2004) estudaram 7174 visitas domiciliares a 240 pacientes de um serviço de atendimento domiciliar em Ribeirão Preto/SP e as condutas adotadas pela enfermeira foram: planejamento dos cuidados, curativos, antibioticoterapia, hidratação parenteral, internação no domicílio, monitoramento de pacientes com oxigenoterapia, lavagens intestinais, cuidados com traqueostomias e sondas.

Marcon e col. (2008) evidenciaram que, de acordo com enfermeiros de um município do sul do país, as visitas domiciliares propiciam momentos em que ocorre a assistência à família, contudo, a exemplo da situação evidenciada no atual estudo, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros configuram-se em uma esfera assistencial.

Em relação à visita do auxiliar de enfermagem, aproximadamente para metade dos idosos (47%) não havia informação registrada em prontuário. Já 35,3% receberam de uma a cinco visitas no período estudado, 9,8% receberam de seis a 10 visitas, 2% receberam de 11 a 15 visitas, 3,9% receberam de 16 a 20 visitas e 2% receberam de 21 a 25 visitas do auxiliar de enfermagem (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Total de visitas domiciliares realizadas por auxiliares de enfermagem a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.



De acordo com o exposto na Tabela 5, as condutas mais observadas nessas visitas foram: aferição da pressão arterial em 33,3%, orientação em relação à medicação utilizada (19,6%) e orientações alimentares conforme prescrição médica (11,8%).

Tabela 5 - Condutas executadas pelos auxiliares de enfermagem nas visitas domiciliárias aos idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.

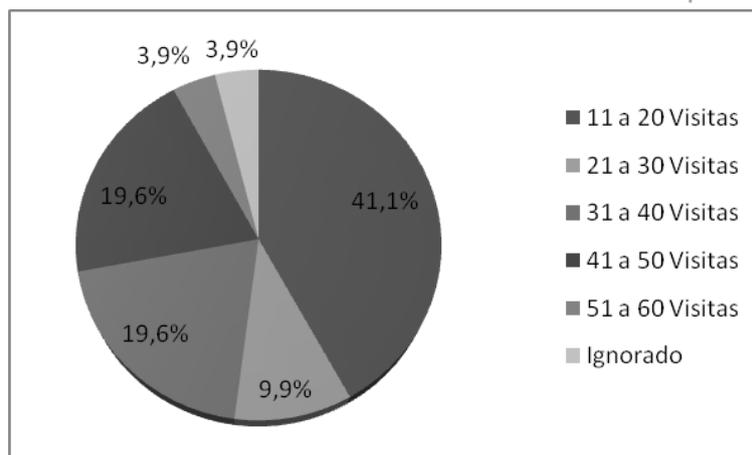
Atividades desenvolvidas	Nº	%
Aferição de PA	17	33,3%
Orientações sobre medicação	10	19,6%
Orientações alimentares conforme prescrição médica	6	11,8%
HGT	3	5,9%
Orientações Gerais	3	5,9%
Outras condutas	13	25,5%
Total	52	102%

Shimizu e col. (2004), que estudaram a prática do auxiliar de enfermagem da ESF do Distrito Federal, constataram que esse profissional, na visita domiciliária, identifica os problemas de saúde e auxilia no controle de doenças ou identificação de grupos de risco, faz a investigação de casos suspeitos e a busca ativa de doenças de notificação compulsória.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), é dever do auxiliar de enfermagem na visita domiciliária auxiliar no treinamento do cuidador domiciliar, bem como comunicar à equipe as alterações observadas, realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais, orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta). Também deve estabelecer via de comunicação participativa com a família, identificar sinais de gravidade, comunicar à enfermeira e ao médico as alterações no quadro clínico do paciente e por fim registrar os atendimentos.

Para finalizar a caracterização das visitas, constatou-se que 41,1% receberam de 11 a 20 visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS), no ano estudado, 9,9% receberam de 21 a 30 visitas, já 19,6% receberam de 31 a 40 visitas e outros 19,6% receberam de 41 a 50 visitas (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Total de visitas domiciliárias realizadas por agentes comunitários de saúde a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.



Ferraz e Aerts (2005), em estudo que abordou o cotidiano de trabalho de 114 agentes comunitários de saúde e 46 profissionais da equipe multiprofissional na ESF de Porto Alegre/RS, observaram que o número de visitas domiciliares realizadas pelos ACS por dia foi em média de sete a nove, sendo que Ministério da Saúde recomenda no mínimo oito visitas diárias. Entretanto, a grande maioria dos ACS considerou impossível realizar as visitas em todas as casas mensalmente, tendo então que priorizar as famílias que mais necessitam de acompanhamento, como por exemplo: puérperas, crianças e tuberculosos que estão em tratamento médico.

Conforme ilustrado na Tabela 6, na ocasião destas visitas, foram executadas as condutas: orientações em relação à medicação utilizada para 74,5% dos idosos, orientações em relação à alimentação (62,7%), orientações direcionadas ao auto-cuidado do familiar responsável pelo idoso, agendamento de consultas (15,7%) e fornecimento de medicação (15,7%).

Tabela 6 - Condutas realizadas pelos ACS nas visitas domiciliares aos idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008.

Atividades Desenvolvidas	Nº	%
Orientações sobre medicação	38	74,5%
Orientações sobre alimentação	32	62,7%
Orientações sobre auto-cuidado do cuidador	11	21,6%
Agendamento de consultas	8	15,7%
Fornecimento de medicação	8	15,7%
Outras condutas	30	58,8%
Total	127	249%

Sakata e col. (2007) constataram em estudo que objetivou compreender as concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliárias, que os ACS são os integrantes da equipe da ESF que mais realizam visitas domiciliárias, assim como a situação evidenciada no atual estudo.

Ressalta-se que, segundo Feuerwerker e Merhy (2008), o ACS, como morador da área de abrangência da unidade de saúde, defronta-se com diversos tipos de problemas que afetam o viver das pessoas. O agente é indispensável para o reconhecimento do território, de seus recursos e seus problemas. É quem produz mais fortemente a ligação entre a população e a unidade de saúde.

Além disso, constatou-se neste estudo que os ACSs foram os únicos integrantes da equipe que fizeram menção em seu relatório escrito a algum tipo de cuidado dispensado aos familiares, em consonância a estudo anterior realizado por Lima e col. (2010) que, buscando descrever a percepção de adultos e idosos sobre a visita domiciliária, evidenciou que as ações do ACS dirigidas à família, como o questionamento sobre o estado de saúde de todos os seus componentes e o incentivo para o auto-cuidado foram reconhecidas e valorizadas.

Esta é uma questão relevante, evidenciada em estudo bibliográfico desenvolvido por Ferrari e col. (2008) sobre os cuidados paliativos à luz da bioética que aponta que a inclusão da família no plano de cuidados paliativos é uma das contribuições práticas mais priorizadas pelos pesquisadores da área.

4. Considerações finais

Primeiramente, convém destacar que o fato de este estudo ter sido realizado a partir de consulta a prontuários e relatórios de visitas não possibilita inferir que os atendimentos não foram realizados, entretanto, cabe ao profissional a responsabilidade de registrá-los, podendo assim garantir a continuidade da assistência e o compartilhamento das informações com os demais membros da equipe de saúde.

De uma maneira geral, nota-se que a doença vem sendo considerada de forma restrita, com base em condutas prioritariamente clínicas, tanto nas consultas como nas visitas domiciliárias.

Este estudo não permite revelar os motivos que levam os profissionais da ESF do município adotarem esta prática, mas as hipóteses levantadas são o despreparo dos profissionais para lidarem com as famílias e com os indivíduos acometidos por doenças terminais.

Outra razão para tal poderia ser o fato de os profissionais acreditarem que não tenham responsabilidade pelo cuidado quando esses clientes gravemente enfermos são encaminhados aos serviços de referência, como clínicas e hospitais especializados, prejudicando dessa forma todo o potencial da ESF no suporte das famílias que se encontram em situações críticas e o compromisso ético com o cuidado no fim da vida.

5. Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a organização da atenção básica. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Brasília, DF, 2003.

BRITO, F.C.; RAMOS, L.R. Serviços de atenção a saúde do idoso. In: NETTO, M.P. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2000. p.394-402.

FABRÍCIO, S.C.C. et al. Assistência Domiciliar: A experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.721-6, out. 2004.

FERRARI, C.M.; SILVA, L.; PAGANINI, M.C.; PADILHA, K.G.; GANDOLPHO, M.A. Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. **Bioethikos**, São Paulo, v.2, n. 1, p. 99-104. 2008.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.347-355, jun. 2005.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v.24, n.3, p.180-188, set. 2008.

FIGUEIREDO, M.L.F. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, p.464-469, ago. 2008.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2072-2080, set. 2007.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. **Informações dos municípios paulistas**, 2005. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php>> Acesso em: 27 jun. 2006.

LIMA, A.N.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, no prelo. 2010.

MANTOVANI, M.; MOTTIN, J.; RODRIGUES, J. Nurse home visit with educational activities in the arterial pressure treatment. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/757/171>> Acessado: 12 Sep. 2009.

MARCON, S.S; LOPES, M.C.L.; LOPES, M.B. Facilities and difficulties observed by nurses in assisting families **Online Braz J Nurs** [seriado na internet] março 2008 [acesso 06 dezembro 2008]; 7(1): [18 telas]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1224/315>

MARQUES, D.; SILVA, E.M. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, p.545-550, out. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS;1996.

OLIVEIRA, C.A.P. et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1007-1016, mai. 2009.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p.659-64, dez. 2007.

SHIMIZU, H.E. et al. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.713-720, out. 2004.

SOUSA, L.B.; SOUZA, R.K.T.; SCOCHI, M.J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.87, n.4, p.496-503, out. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines: 2002. Geneva. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>> Acesso em: 04 mai. 2008.