

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUANA POSSAMAI MENEZES

**ATENÇÃO DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Porto Alegre

2014

LUANA POSSAMAI MENEZES

**ATENÇÃO DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Pinheiro de Moraes

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Menezes, Luana Possamai

Atenção domiciliar: validação de critérios de inclusão na atenção básica de saúde / Luana Possamai Menezes. -- 2014.

96 f.

Orientadora: Eliane Pinheiro de Moraes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Assistência domiciliar. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Estudos de validação. I. Moraes, Eliane Pinheiro de, orient. II. Título.

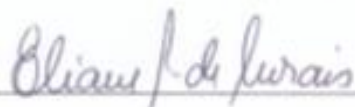
LUANA POSSAMAI MENEZES

Atenção Domiciliar: Validação de critérios de inclusão na Atenção Básica de Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 03 de julho de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENFAUFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

PPGENFAUFRGS



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Membro da banca

PPGENFAUFRGS



Profa. Dra. Elaine Thumé

Membro da banca

UFPEL

AGRADECIMENTOS

Muito tenho a agradecer, primeiramente a **Deus**, meu pai celestial, pela dádiva da vida, me oportunizando viver este sonho. Pela luz e proteção que sempre me enviaste e o amor que sempre me conduziu. Em momentos difíceis, de aflição e angústia, foi você quem me fortaleceu. Muitas orações, muitos pedidos e muitos agradecimentos.

Ao meu **anjo da guarda** Uriel, por sempre me proteger, me guiar e nunca me abandonar.

À minha mãe, **Sandra**, simplesmente por tudo! Sem você, este sonho não seria possível. Minha base, meu exemplo de vida, meu amor, minha amiga. Você que me ensinou a ser quem eu sou e a nunca desistir. Investiu em mim, confiou em meus planos, em meu sonho. Peço desculpas pelas ausências, pois sei o quanto sofri com a distância que nos afastava, mas hoje posso dizer, mãe, valeu a pena!

Ao meu irmão, **Pedro Julio**, pelo apoio que sempre me deste. Por não poupar esforços em me defender e me proteger. Por cuidar da nossa mãe enquanto eu estava longe. Meu irmão, eu te amo, obrigada por tudo!

Ao meu pai, **Julio**, pelo orgulho que sempre teve de mim. Pelo amor que sempre me dedicou. Pela educação que me deste, sempre me incentivando a estudar e ir além.

Ao meu padrasto, **Zé**, por sempre estar presente em minha vida. Pela preocupação em me ver bem e feliz.

À **tia Melita**, minha madrinha querida, por ter me acolhido em sua casa no início de tudo. Por me tratar com carinho e com zelo. Por sempre ter acreditado em meu potencial e por ter torcido pela realização desta conquista. Devo muito a você, tia! Obrigada!

Não poderia deixar de agradecer ao meu **tio Fernando** (*in memoriam*), que por inúmeras vezes demonstrou o orgulho que sentia por mim. Mesmo hospitalizado, em fase terminal de câncer, comentava com alegria, para as enfermeiras que o cuidavam, que tinha uma sobrinha enfermeira. Esse carinho ficou marcado para sempre. Inúmeras vezes senti sua presença, me dando força para concluir esta etapa. Esteja onde estiver, eu sei que está muito orgulhoso.

Às **meninas do apartamento**, em especial, Ana Paula, Ana Letícia e Marinês, pelos momentos de desabafos, choros, crises, risadas, alegrias, entre

tantos outros, que não teriam tanta importância se não fossem compartilhados com vocês. Chegar em casa depois de um dia exaustivo e ser recebida com um abraço carinhoso fez toda a diferença nesta construção. Amizades que levarei para toda a eternidade.

Às **amizades que conquistei em Porto Alegre**, em especial, Maíra, Tamires e Francine, vocês fizeram os meus dias serem mais agradáveis e alegres. Obrigada por tudo, meninas!

À minha amiga **Bruna Stamm**, pela sua amizade verdadeira e leal. Pelas inúmeras ligações que me fizeste, a fim de me escutar, me aconselhar, me acalmar e me fazer rir. Pela participação em todas as minhas conquistas.

Às **colegas do Mestrado**, que iniciaram comigo, dividindo angústias, dúvidas, aflições, desde a produção do projeto e realização das disciplinas até a construção da dissertação. Um agradecimento especial à **Andrea Bandeira**, que, além de colega, se tornou uma grande amiga. Obrigada Deia, pela tua paciência e pela atenção que sempre me dedicou. Você foi muito importante na realização deste sonho!

À Prof^a. Dr^a. **Eliane Pinheiro de Moraes**, por me acolher, me aceitar como orientanda, por me oportunizar conviver contigo nestes dois anos de construção. Muitas foram as minhas dificuldades, mas você, com sua paciência e sabedoria, soube me orientar ao melhor caminho. Agradeço por sua amizade, pelo seu carinho, pelo seu companheirismo. Obrigada!

À **Prof^a. Dr^a. Lisiane Paskulin, Prof^a. Dr^a. Idiane Rosseti e Dra. Marinês Aires**, pela contribuição e construção no exame de qualificação. As sugestões realizadas foram de suma importância para a direção dada a este trabalho. Obrigada!

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC), pelas trocas de conhecimento e aprendizagem, pelo apoio e disponibilidade que sempre me proporcionaram.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS), pela preocupação em qualificar a formação de seus alunos. Agradeço a oportunidade de ter feito parte da sua história.

Aos professores do PPGENF/UFRGS, pela participação ativa em minha formação. Pelas trocas de conhecimento e pelos esclarecimentos ao longo desta caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro, me proporcionando viver intensamente o mestrado.

À Prof^a. Dr^a Elaine Thumé, Prof^a. Dr^a. Lisiane Paskulin e Prof^a. Dr^a. Regina Witt, por aceitarem o convite de contribuir neste momento de finalização do trabalho. Agradeço imensamente, cada sugestão e cada questionamento. Vocês foram fundamentais nesta produção de conhecimento.

Aos **Juizes** que contribuíram no processo de validação dos critérios de inclusão, sem vocês este trabalho não existiria. Obrigada por acreditarem e confiarem nesta proposta.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

MENEZES, Luana Possamai. **Atenção Domiciliar: validação de critérios de inclusão na Atenção Básica de Saúde.** 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Esta dissertação de Mestrado teve como objetivo principal validar os critérios de inclusão de pacientes em Atenção Domiciliar (AD) na Atenção Básica de Saúde (ABS). Para atingir o objetivo, foram desenvolvidas duas etapas. A primeira foi a construção dos critérios, a partir da busca na literatura especializada. Já a segunda etapa diz respeito à validação desses critérios por meio de um comitê de especialistas, perfazendo um total de 10 participantes. Esta foi desenvolvida aos moldes da técnica Delphi, sendo utilizado o aplicativo *Google Docs* para o envio dos instrumentos. Quanto ao período destinado a coleta das informações, a primeira etapa correspondeu aos meses de maio, junho, julho e agosto de 2013, já a segunda aos meses de setembro, outubro e novembro do mesmo ano. No que se refere às questões éticas, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) sob o nº 376.409. Os principais critérios de inclusão utilizados pelos Serviços e Programas de AD encontrados na literatura foram: possuir algum grau de dependência / necessidade de cuidados e/ou de cuidador; ser idoso; possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; indivíduos portadores de doenças crônicas; comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária ou Atividades Instrumentais da Vida Diária; ser acamado e Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos. Os critérios que obtiveram 20% do consenso entre os estudos foram encaminhados aos juízes para avaliação. Após esse processo, os critérios de inclusão validados foram: possuir algum grau de dependência / necessidade de cuidados e/ou de cuidador; possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; ser acamado; idoso com alguma dependência; e indivíduos dependentes em condições crônicas. Para o processo de validação dos critérios, foi considerado como resultado do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) o valor igual ou maior a 90%. Os resultados encontrados nesta dissertação complementam o que preconiza a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, no que se refere aos critérios de inclusão de pacientes na AD em ABS. Entender sobre as prioridades a serem atendidas em AD representa qualificar o processo de trabalho das equipes de saúde em ABS.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Estudos de validação.

ABSTRACT

MENEZES, Luana Possamai. **Home care: validation criteria for inclusion in basic attention to health.** 2014. 96 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

This master thesis has main objective to validate the inclusion criteria of patients in home care (AD) in the basic attention to health (ABS). To achieve the goal, two steps developed. The first was the construction of the criteria from the search in specialized literature. The second step concerns the validation of these criteria through a Committee of experts, making 10 participants. This developed on Delphi technique molds, being used the *Google Docs* application for sending of instruments. As regards the period for the collection of information, the first step corresponded to the months of May, June, July and August of 2013, the second to the months of September, October and November of the same year. As regards ethical issues, the research project has been approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) under nº 376,409. The main criteria for inclusion used by services and AD programs found in the literature were: having some degree of dependency/careers and/or caregiver; be elderly; have difficulty or impossibility of locomotion; individuals with chronic diseases; commitment to at least one of its functions for basic activities of daily living and Instrumental Activities of daily living; being bedridden and dependent user of technology. The criteria that have gained 20% of the consensus among the studies submitted to the judges for evaluation. After this process, the criteria for inclusions validated possess some degree of dependency/careers and/or caregiver; have difficulty or impossibility of locomotion; be bedridden; elderly with some dependence; and individuals dependent on chronic conditions. For the validation process criteria, considered result calculation of the content Validity index (CVI) value equal or greater than 90%. The results found in this dissertation complement what advocates the Ordinance (ministerial order) No. 963, of May 27, 2013, with regard to the criteria for inclusion of patients in AD in ABS. understand about the priorities to be met in AD represents qualify the worker process of health teams in ABS.

Keywords: Home nursing. Primary health care. Family health strategy. Validation studies.

RESUMEN

MENEZES, Luana Possamai. **Cuidado del hogar: validación de criterios para su inclusión en la atención básica a la salud.** 2014. 96 f. Tesina (Maestría en enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Esta tesis del Mestrado tiene como objetivo principal validar los criterios de inclusión de pacientes en atención domiciliaria (AD) en la atención básica de salud (ABS). Para alcanzar la meta, se desarrollaron dos pasos. La primera fue la construcción de los criterios de la búsqueda en la literatura especializada. El segundo paso refiere a la validación de estos criterios a través de un Comité de expertos, haciendo un total de 10 participantes. Esto fue desarrollado en moldes de técnica Delphi, están usando la aplicación *Google Docs*, para el envío de instrumentos. En relación con el período de recolección de información, el primer paso correspondió a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2013, el segundo a los meses de septiembre, octubre y noviembre del mismo año. En cuanto a las cuestiones éticas, el proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de ética de investigación de la Universidad Federal del Río Grande do Sul (CEP/UFRGS) nº 376.409. Los principales criterios de inclusión utilizados por los servicios y programas AD encontrados en la literatura fueron: poseer algún grado de dependencia/cuidadores o cuidador; ser ancianos, tienen dificultad o imposibilidad de locomoción; las personas con enfermedades crónicas; compromiso con al menos una de sus funciones para actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales del diario vivir; siendo usuario postrados en cama y dependiente de la tecnología. Los criterios que han ganado 20% del consenso entre los estudios se presentaron a los jueces para su evaluación. Después de este proceso, los criterios de inclusión fueron: validado poseen algún grado de dependencia/cuidadores o cuidador; tiene dificultad o imposibilidad de locomoción; estar postrado en cama; mayores con alguna dependencia; e individuos dependen de condiciones crónicas. Para los criterios del proceso de validación, se consideró como resultado del cálculo del valor del índice (CVI) contenido de validez igual o superior al 90%. Los resultados encontrados en este complemento tesis que propugna la Portaria (orden ministerial) no. 963, de 27 de mayo de 2013, con respecto a los criterios de inclusión de pacientes en anuncio en ABS entender acerca de las prioridades en AD representa califica el proceso de trabajo de los equipos de salud en ABS.

Palabras clave: Atención domiciliaria de salud. Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar. Estudios de validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados, segundo o número de publicações e o ano destas	34
Quadro 2 – Relação de periódicos nacionais e internacionais e o número de artigos encontrados (2008 - 2013)	35
Quadro 3 – Critérios de Inclusão e a concordância entre os estudos encontrados (2008-2013)	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de inclusão em AD, segundo avaliação dos juízes na primeira etapa do estudo	39
Tabela 2 – Avaliação dos critérios de inclusão na segunda fase	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades Básicas de Vida Diária

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

EMAD – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAD - Programa de Atenção Domiciliar

PADA - Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado

PADI - Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar

PIDI - Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar

POD - Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

PSF – Programa de Saúde da Família

SAD – Serviços de Atenção Domiciliar

SID - Serviço de Internação Domiciliar

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	A Atenção Domiciliar em um contexto histórico, atual e de políticas públicas de saúde	22
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	29
4.1	Delineamento do estudo.....	29
4.2	A construção dos critérios	29
4.3	Validação dos critérios	30
4.4	Instrumentos e coleta dos dados	31
4.5	Análise dos dados	32
4.6	Aspectos éticos	32
5	RESULTADOS	34
5.1	Construção dos critérios	34
5.2	Validação dos critérios	37
5.2.1	<i>Perfil dos juízes</i>	37
5.2.2	<i>Avaliação dos critérios</i>	38
6	DISCUSSÃO	42
6.1	Construção dos critérios	42
6.2	Validação dos critérios	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	588
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A – QUADRO SINÓPTICO	70
	APÊNDICE B – CARTA CONVITE (Comitê de Especialistas)	84
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE	85
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO PRIMEIRA FASE	86
	APÊNDICE E – INSTRUMENTO SEGUNDA FASE	90
	ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFRGS	94

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática da Atenção Domiciliar (AD) esteve presente em minha vida acadêmica desde a graduação em enfermagem, quando desenvolvi projetos de extensão na área da educação popular, e também na realização dos estágios curriculares da disciplina de Saúde Coletiva. Sempre tive interesse em pesquisar o cuidado em saúde desenvolvido nos domicílios, principalmente tendo o trabalhador como alvo. Com isso, nos dois últimos anos da graduação me envolvi com projetos de pesquisa com foco na Saúde do Trabalhador, inclusive meu trabalho de conclusão de curso.

Propondo pesquisar os riscos ocupacionais dos trabalhadores que realizam visitas domiciliares, me inscrevi no processo seletivo para o Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS), obtendo aprovação.

Ao longo do primeiro ano de mestrado, apropriei-me na temática da AD e, assim, o objeto de estudo desta dissertação se definiu. Com a leitura realizada, questionamentos sobre os critérios de inclusão que elegiam os pacientes na AD foram surgindo. Nesse sentido, o objeto de pesquisa desta dissertação se reporta aos critérios de inclusão para a AD na Atenção Básica à Saúde (ABS).

No Sistema Único de Saúde (SUS) a AD teve seu fortalecimento com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir de 2006. Estes trouxeram exigências aos profissionais da área, não só de mais habilidades, mas novas formas de pensar e organizar a ABS e, dentro dela, a AD (MAHMUD, 2012).

O Ministério da Saúde justifica a adequação do atual modelo de AD, em consequência às mudanças que a sociedade vem apresentando, caracterizadas pela transição epidemiológica e demográfica (BRASIL, 2012a).

À medida que a população envelhece, há o aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis, do número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e intensivos, gerando uma sobrecarga para os serviços de saúde e para a sociedade. Também contribui para isso o avanço tecnológico no campo da saúde, proporcionando o aumento da sobrevivência de pacientes que necessitam de cuidados

intensivos e continuados, a exemplo daqueles com má formação e sequelas neurológicas (BARRA et al., 2006).

Outro aspecto da AD é a contribuição para a redução dos custos com a assistência hospitalar, possibilitando a permanência dos pacientes dependentes de cuidados em suas próprias casas, sob os cuidados de suas famílias. O mesmo ocorre em outras situações em que a hospitalização, muitas vezes, poderia ser evitada, facilitando dessa forma a rotatividade dos leitos, assim como a diminuição dos riscos das infecções hospitalares (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Mahmud (2012) afirma que a reorganização do processo de trabalho das equipes na ABS, a partir da mudança do perfil de saúde e doença, é o primeiro passo para a implantação de um programa de cuidado domiciliar. Uma articulação com os outros níveis da atenção contribuirá para a construção de uma proposta integrada e proporcionará a resolutividade dos problemas encontrados, possibilitando, dessa forma, o aumento da qualidade de vida dos usuários e demais envolvidos nesse processo. A ABS apresenta algumas características diferenciadas da atenção secundária e terciária, entre elas, o processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde.

A atenção à saúde volta-se para as necessidades da população, com a priorização de intervenções clínicas, sanitárias, dos problemas segundo critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência, além do enfoque na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Tal prática é realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em domicílios, em locais do território como salões comunitários, escolas, creches, praças, entre outros. A ABS oferece um espaço de tempo maior para que as ações a serem realizadas sejam pensadas e fundamentadas antes de serem executadas (BRASIL, 2012b).

A ESF tem como unidade de atendimento a família em seu *habitat*, em seu território, e prevê as ações que levem em conta a possibilidade de detectar, no domicílio, as necessidades existentes, possibilitando dessa forma a programação das ações em saúde mais importantes a serem desenvolvidas (BACKES et al., 2012).

Nesse sentido, Mahmud (2012) diz que as formas de atendimento domiciliar são conhecidas por suas características específicas. A Visita Domiciliar (VD) é realizada regularmente pela equipe de saúde e tem como característica a

programação das atividades desenvolvidas a partir das necessidades de cada família e cada usuário atendido. Já a Assistência Domiciliar compreende as atividades assistenciais exercidas pelos profissionais de saúde ou pela equipe de saúde com o usuário no domicílio. A internação domiciliar difere-se ainda mais das outras formas de atendimento domiciliar por ser uma categoria mais específica, envolvendo a utilização de tecnologia em domicílio, e configurar-se no atendimento aos usuários que, mesmo após estabilização do quadro clínico, continuam requerendo cuidados especializados de um profissional de saúde diariamente.

Frente a essas particularidades, a AD representa uma categoria mais ampla de atendimento domiciliar, pois inclui todas as outras. O Ministério da Saúde, na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, a conceitua como:

Uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a, p. 1).

Nesse sentido, uma das questões fundamentais a ser discutida refere-se aos critérios de inclusão dos pacientes, uma vez que a ABS está alicerçada às diretrizes e princípios tecnoassistenciais e tecnogerenciais do SUS, dentre eles: a universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, entre outros. Além disso, muitas vezes, a capacidade de recursos humanos e financeiros é incompatível com as demandas dos serviços, necessitando, na maioria das vezes, priorizar os atendimentos, privilegiando os pacientes com maiores necessidades de cuidados (CARVALHO, 2013).

Com o aumento da demanda dos serviços, surge a necessidade de regulamentação para a AD nas diferentes esferas, pública e privada. Em 2002, a Lei federal nº 10.424 regulamenta a Assistência Domiciliar no SUS. Esta acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002). Como parte desta regulamentação e das que vieram *a posteriori*, como a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, são estabelecidos critérios para inclusão de pacientes na AD.

Enquanto que os serviços de AD ligados aos hospitais e às operadoras de saúde atendem demandas parciais e específicas, os serviços de ABS se responsabilizam pelas demandas da sua população adstrita, sendo estas das mais variadas situações, muitas vezes incompatíveis com a realidade do serviço. Nesse sentido, cabe às equipes das unidades de saúde eleger critérios de inclusão para a admissão de seus pacientes na AD.

Estudo desenvolvido por Ben e Gaidzinski (2007) obteve como resultado a construção de três categorias que elucidam o contexto e os critérios considerados para dimensionar o pessoal de enfermagem nos Programas e Serviços de AD, sendo: a elegibilidade do paciente; o tempo despendido na assistência e o perfil de competência profissional. A elegibilidade fica a cargo do profissional médico indicar o paciente para AD, sendo apontada como uma condição para a admissão. A viabilidade é avaliada pela assistente social e pela enfermeira. Alguns critérios de inclusão constituíram os indicadores para a elegibilidade do paciente, sendo eles: a estabilidade clínica do paciente, as condições de moradia, a região de seu domicílio, presença obrigatória do cuidador familiar e redução do custo da assistência hospitalar.

Quanto ao tempo destinado na AD, os critérios para o dimensionamento do pessoal de enfermagem, são ancorados no tipo e na quantidade de intervenções presentes no paciente, indicando o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem, isto é, quanto mais procedimentos forem realizados, mais equipamentos e tecnologias duras forem utilizadas no cuidado, maior é o tempo dedicado a esta atenção. Assim, pode-se concluir que a classificação do grau de dependência do paciente está diretamente relacionada ao quantitativo de horas de assistência de enfermagem necessárias ao mesmo (BEN; GAIDZINSKI, 2007).

Ben e Gaidzinski (2007) ainda afirmam em seu estudo que algumas instituições públicas especializadas, relacionam o tempo despendido na AD com a doença apresentada pelo paciente e sua dificuldade de acesso ao hospital. Já sobre o perfil de competência profissional, relaciona-se a filosofia das organizações com o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem em AD, além do conhecimento técnico-científico do profissional também interferir no dimensionamento do pessoal em AD.

Nessa perspectiva, a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, divide a AD em modalidades de cuidado, sendo a AD1 a modalidade de cuidado de responsabilidade das equipes de ABS, e a AD2 e AD3 são modalidades de maior complexidade de cuidado, as quais necessitam de um serviço específico para o seu desenvolvimento. A modalidade AD1 exige visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Quanto aos critérios de inclusão desta modalidade, a Portaria nº 963 orienta que sejam: possuir problemas de saúde controlados/compensados e que tenham dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBS; e não se enquadrar nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3. As modalidades AD2 e AD3 são designadas a atender pacientes com maiores complexidades assistenciais, como, por exemplo, drenagem de abscesso, dependência de monitoramento frequente de sinais vitais, necessidade de cuidados paliativos, necessidade do uso de suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal, entre outros (BRASIL, 2013a).

Mesmo estando estabelecidos os critérios de inclusão, cada equipe adota os que melhor se enquadram no perfil da população atendida, e também com o tipo de serviço ou programa instituído, relacionando as necessidades de cuidado com os critérios a serem definidos.

A fim de validar os critérios de inclusão utilizados na eleição de pacientes na Atenção Domiciliar em Atenção Básica de Saúde, algumas questões norteadoras foram utilizadas:

- Quais são os critérios de inclusão mais utilizados para a AD na ABS?
- Quais os critérios de inclusão mais adequados para a identificação de pacientes em AD na ABS?

Com o intuito de responder a essas questões foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo integrativa e posterior validação dos critérios de inclusão com comitê de especialistas. Observou-se que muitos artigos relatam experiências de AD, não trazendo claramente os critérios utilizados, mas, com a leitura, foi possível inferir alguns deles, como ter cuidador e ambiente adequado ao cuidado.

Desse modo, esta dissertação de mestrado oferece subsídio para a organização de novos Programas e Serviços de AD em ABS, principalmente no que

se refere aos critérios de inclusão de pacientes. O ato de priorizar atendimentos, optando pelos casos de maior necessidade, vai ao encontro da equidade das ações desenvolvidas em Atenção Domiciliar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Validar critérios de inclusão de usuários para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Desenvolver uma Revisão de Literatura sobre os critérios de inclusão nos diferentes serviços e programas de Atenção Domiciliar;
- Obter por meio de um comitê de especialistas o consenso sobre os critérios de inclusão nas diferentes modalidades de Atenção Domiciliar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Atenção Domiciliar em um contexto histórico, atual e de políticas públicas de saúde

A AD, modelo de atenção em saúde que tem como característica principal o cuidado no domicílio, não se constitui um modelo novo, pois antes de Cristo este já era desenvolvido.

No Egito antigo e na Grécia antiga, a AD era desenvolvida por médicos, que atendiam os pacientes nas residências, sendo principalmente os faraós e seus familiares. Nesta época, destacam-se os médicos Imhotep e Asklépios pelo pioneirismo nesta modalidade de cuidado. Paralela a esta ação, muitos atendimentos eram realizados em templos, os quais foram denominados primitivamente como hospitais. Estes não tinham o propósito de cura, mas sim eram considerados espaços destinados ao processo de morte. Nesta época, a AD já era considerada uma modalidade de cuidado importante, que se mostrava efetiva aos tratamentos (AMARAL et al., 2001).

A civilização ocidental tinha por costume tratar seus doentes nas próprias residências, tendo como principal cuidador a mulher, tendo ela o papel de esposa, filha, irmã, tia, avó. Na era primitiva, este cuidado era realizado com foco na manutenção da espécie, passando, ao longo da evolução, a incorporar um valor religioso e ligado à salvação dos pecados. Os pacientes que tinham melhores condições financeiras recebiam o cuidado no domicílio e os mais humildes, nas Santas Casas (KERBER, 2007).

O Dispensário de Boston, hoje conhecido como New England Medical Center, representa a primeira forma organizada e registrada de AD, datado de 1796. Já, em 1850, foi criado um programa de promoção à saúde, conhecido como Public Health Nurse, sendo coordenado por Lillian Wald. Desde aquela época, os aspectos sociais e econômicos eram reconhecidos como influenciadores das condições de saúde das pessoas. Essas ideias causaram grande impacto na história dos Estados Unidos, promovendo uma reforma pública na saúde e nas práticas da AD (BUENO, 2011).

A AD é considerada a modalidade de atenção em saúde que mais se desenvolveu nos Estados Unidos e nos países europeus. Sua característica baseava-se na extensão hospitalar, onde os pacientes terminavam seus tratamentos

em casa, em ambiente familiar e acolhedor. Na França, em 1951, a AD era desenvolvida com o intuito de desafogar os hospitais, e, em 1957, foi criado o Santé Service, o qual se propunha prestar cuidados aos pacientes crônicos e terminais. Poucos anos depois, em 1960, a AD surge no Canadá, com a ideia de desospitalizar os pacientes, pois, nesse período, os atendimentos eram realizados basicamente nos hospitais, os quais apresentavam superlotação, poucos leitos, grande quantidade de doentes pós-guerra e demais pessoas que necessitavam de atendimento (BUENO, 2011).

Nos países da América Latina, especialmente na Argentina, a AD teve início na década de 80, implementada primeiramente por organizações sem fins lucrativos, logo incorporada como política pública de saúde, beneficiando as pessoas com maiores necessidades de cuidado, entre elas, idosos, doentes e pessoas abandonadas. Em Cuba, a AD foi registrada em 1984, aos moldes da medicina de família, atendendo cerca de 98% da população (KERBER, 2007).

No Brasil, a AD teve seu marco histórico por volta do século XX, com as ações desenvolvidas pelas visitadoras sanitárias nas residências da população. Este projeto havia sido implementado inicialmente pelo sanitarista Oswaldo Cruz, a fim de combater as doenças infectocontagiosas da época (FIGUEIREDO, 2005).

O modelo de atenção à saúde no Brasil em uma forma geral foi dividido em dois momentos na história: o antes e o depois da implantação do SUS. Antes do SUS, o modelo era voltado à assistência médica curativa e individual, sendo que o entendimento de saúde estava relacionado com a ausência de doenças e o médico era o responsável por todo conhecimento. A assistência à saúde era possibilidade de poucos, resultando em uma grande parcela de desassistidos. Um exemplo concreto é o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), plano de saúde que atendia apenas 15% da população, sendo estes trabalhadores com carteira assinada e seus familiares. A partir da Reforma Sanitária iniciada na década de 70, buscou-se garantir assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, traduzidas na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde solidário e inclusivo (PONTES et al., 2010).

Estimulada por movimentos como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, com lema “Saúde para todos no ano 2000”, realizada em 1978 na Capital do Cazaquistão, Alma Ata, a saúde foi reafirmada como direito humano universal, estabelecendo um plano mundial, através do documento final

deste evento, buscando a participação dos Estados na saúde da população através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais, enfatizando principalmente os cuidados primários (SOUZA; COSTA, 2010).

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com intensa participação popular e se transformou em um dos grandes marcos da história da saúde no Brasil. Nessa conferência, temas como a ampliação do conceito de saúde, o novo sistema nacional de saúde, o desligamento da Saúde da Previdência, a política de financiamento do setor de saúde, foram abordados. O relatório da Conferência serviu como subsídio para os artigos referentes à saúde na nova Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988, assim como influenciou as ações e os serviços de saúde baseados na universalidade do acesso, na equidade e na integralidade da assistência no SUS (SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS se constitui como política que dá o contexto para as práticas profissionais em saúde pública, sendo orientado por um aparato jurídico e normativo, que define as suas bases filosóficas e operacionais. A partir deste contexto, o SUS teve três objetivos em destaque: Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, relacionadas respectivamente à cidadania, à prevenção de agravos e à assistência (OLIVEIRA et al., 2007).

A ABS é reconhecida como principal porta de entrada e o ponto-chave do fortalecimento do SUS. Sua afirmação começou em 1991 com a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e logo em seguida, em 1994, com o Programa de Saúde da Família (PSF). Este passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no ano de 2006. Os Programas surgiram como estratégias de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional, individualista e curativo, pelo olhar coletivo, familiar, considerando o ambiente físico e social como importantes aliados para a saúde e doença (MAHMUD et al., 2012).

A ABS desenvolve ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, de diagnóstico, de tratamento, de reabilitação e de redução de danos, em locais próximos das pessoas, facilitando dessa forma o cuidado. A equipe de saúde que presta esta assistência tem caráter multiprofissional, favorecendo a completa atenção ao indivíduo e sua família. As ações são focadas nas necessidades da população adscrita (BRASIL, 2012b).

Seguindo as diretrizes da ABS, a ESF objetiva a definição do território, a adscrição da clientela por meio do cadastramento das famílias e do sistema de informação da ABS, o diagnóstico de saúde da comunidade, a organização da demanda, a equipe multiprofissional, a cogestão coletiva da equipe, o enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade, a organização das ações de promoção de saúde, a identificação dos serviços de referência, o resgate da medicina popular e, por fim, o estímulo à participação e controle social (GOMES et al., 2010).

Ao longo dos anos, as ações de saúde desenvolvidas nos domicílios necessitaram de regulamentações para seu exercício. Inicialmente foram elaboradas portarias específicas, para a assistência e internação domiciliar, como a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como também regulamenta a assistência domiciliar no SUS; e a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS.

Como mencionado, a AD é o tipo de atendimento domiciliar mais amplo, incluindo todos os outros, e nesse sentido foi elaborada, recentemente, a Portaria nº 963 do MS, de 27 de maio de 2013, que tem como intuito a redefinição da AD no âmbito do SUS.

Essa Portaria considera como objetivo da AD a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam o cuidado em saúde, sendo em caráter domiciliar na ABS, em ambulatórios, nos serviços de urgência e emergência e nos hospitais. Esta reorganização, investida na AD, tem vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, como também a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, a AD é organizada em três modalidades, conforme mostra a Seção II do Capítulo II da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013:

A modalidade AD1 destina-se aos pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados, com dificuldade ou impossibilidade física para se deslocar até uma unidade de saúde; pacientes que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBS; e que não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nessa Portaria. Esta modalidade é de

responsabilidade das equipes de ABS, por meio de visitas regulares no domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam dificuldade ou impossibilidade física para se deslocar até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Já a modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos.

A prestação de assistência à saúde nas modalidades de AD2 e AD3 deverá ser de responsabilidade das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs). A Portaria define as diretrizes para organização de Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), quanto à sua composição, sendo a EMAD e EMAP. A EMAD será responsável por visitas em domicílio regulares, no mínimo uma vez por semana. Já a EMAP será responsável pelas visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitadas pela EMAD. A equipe da EMAD contém médico, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliares/técnicos de enfermagem. A EMAP contém assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Assim, torna-se imprescindível mencionar sobre o Programa Melhor em Casa, cujo desenvolvimento partiu do governo federal e executado em parceria com estados e municípios, oferecendo atendimento domiciliar aos pacientes do SUS. O programa está articulado com as Redes de Atenção à Saúde (Saúde Mais Perto de Você e Saúde Toda Hora), lançadas pelo governo federal para ampliar a assistência, respectivamente, na Atenção Básica e nos casos de urgência e emergência no SUS. As equipes do Melhor em Casa atuam de maneira integrada com os serviços da Atenção Básica, Unidades com Salas de Estabilização, UPAS, SAMU 192 e com as unidades hospitalares (BRASIL, 2013b).

Além dessas vinculações o Programa Melhor em Casa está integrado ao Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências, conforme descrito na Portaria n. 1.208 de 18 de junho de 2013. O objetivo desta integração é evitar internações hospitalares desnecessárias de pacientes atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências; proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, quando

indicado clinicamente, possibilitando ampliação dos leitos de retaguarda para as Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências; humanizar o cuidado aos pacientes em internação hospitalar e atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências, possibilitando que sejam acompanhados no ambiente domiciliar pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) (BRASIL, 2013c).

Intuindo a implantação do Programa Melhor em Casa nos municípios, há alguns critérios a serem considerados, entre eles: apresentar isoladamente ou por meio de agrupamento de municípios, população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra; os municípios com população superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências diferente do SAMU 192 será, também, considerada requisito para a implantação de um SAD (BRASIL, 2013a).

Algumas experiências de sucesso em AD no Melhor em Casa: Belo Horizonte (MG), Betim (MG), Uberlândia (MG), Natal (RN), Salvador (BA), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), Campo Grande (MT), Brasília (DF), Recife (PE), Manaus (AM), Campinas (SP), São Bernardo do Campo (SP), Marília (SP), Ribeirão Preto (SP), Maringá (PR), Cascavel (PR), Linhares (ES), Volta Redonda (RJ) e Rio de Janeiro (RJ) (BRASIL, 2013b).

A AD na ABS prioriza os atendimentos, destinando-se aos usuários que necessitam de cuidados, mas que por algum motivo não conseguem se deslocar até a unidade de saúde em busca de atendimento. A AD se relaciona com as famílias, com a vida social, contribuindo com o diagnóstico local, além de elaborar estratégias de cuidado a partir da realidade de vida de cada um, adaptando o cuidado de saúde às necessidades e não impondo um planejamento fora de contexto (CUNHA; SÁ, 2013).

Cabe lembrar que para desenvolver o cuidado domiciliar qualificado são necessários o apoio e auxílio das famílias dos usuários. As equipes de saúde prestam atendimento, mas o cuidado recai diretamente sobre a família, que precisa se aliar aos profissionais, tanto para os cuidados com o membro que necessita de

atendimento, quanto a si próprias, que também se fragilizam ao ter um membro doente.

Cada família possui uma cultura própria, constituída de valores, crenças, regras, relações, hábitos e educação, que as caracterizam. Objetivando desenvolver a AD, o profissional de saúde se insere nestes espaços, se vinculando às famílias (DUARTE; DIOGO, 2005).

A família, como unidade maior de cuidado, tem um papel influenciador no processo de saúde/doença dos seus membros. Apesar de ter tal importância, esta relação deve ser delimitada, apresentando claramente o que e quais cuidados são de responsabilidade da família, assim como os de responsabilidade da equipe de saúde. Essa delimitação é importante para que a autonomia e o empoderamento dos usuários e de suas famílias sejam estimulados, como também serve para evitar que as famílias adquiram dependência das equipes de saúde e pouca responsabilidade com o cuidado de seu membro familiar, deixando dessa forma claro os papéis e as funções de cada um (MAHMUD et al., 2012).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A trajetória metodológica descreve os passos que foram dados até atingir os objetivos propostos.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, de validação de conteúdo. Segundo Wood e Haber (2001, p. 117), a pesquisa metodológica é a investigação controlada dos aspectos teóricos e aplicados de matemática, estatística, mensuração, e os meios de reunir e analisar os dados. Um estudo metodológico abrange as seguintes etapas: definição do construto ou comportamento a ser medido; formulação dos itens da ferramenta; desenvolvimento das instruções para os respondentes; testar a confiabilidade e a validade da ferramenta.

A validação de conteúdo representa o universo do conteúdo ou o domínio de um dado construto. Quando um pesquisador está desenvolvendo um instrumento de coleta de dados e intenciona-se validar o conteúdo, a preocupação é se o instrumento e as questões que ele contém são representativos do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir. Após concluir esta etapa, o pesquisador submete o material adquirido das etapas anteriores a um comitê de especialistas. Na sequência, o consenso que será formado entre os especialistas refletirá o conceito sob consideração (WOOD; HABER, 2001).

4. 2 A construção dos critérios

A construção dos critérios foi desenvolvida com a busca na literatura especializada sobre critérios de inclusão nas modalidades de AD utilizadas em diferentes serviços e programas. A amostra foi intencional, sendo selecionada a partir de informações coletadas em periódicos indexados. A busca por artigos científicos se deu nas bases de dados da National Library of Medicine-USA (MedLine), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library On line (SciELO), nos meses de maio, junho, julho e agosto de 2013.

A questão norteadora que embasou a busca foi: Quais são os critérios de inclusão utilizados pelos Programas e Serviços de Atenção Domiciliar nacionais e internacionais para admitirem seus pacientes e famílias?

Os descritores selecionados e utilizados foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Serviços de Assistência Domiciliar, Cuidados Domiciliares de Saúde e Assistência Domiciliar (português) e *Home Care Services*, *Home Nursing* e *Home Care* (inglês) e *Servicios de Atención Domiciliaria*, *Atención Domiciliaria de Salud* (espanhol), utilizando o conector 'and' para a busca.

Os critérios de inclusão dos artigos científicos foram: artigos científicos que contemplassem a temática do estudo; publicações em português, espanhol ou inglês; artigos na íntegra, disponíveis *on-line* e gratuitos; publicados no período de 2008 até 2013; e que disponibilizassem título e resumo nas bases de dados.

As variáveis do estudo: ano de publicação, cidade e país, título, autores, objetivos, Serviço ou Programa de Atenção Domiciliar (PAD ou SAD), público ou privado e critérios de inclusão, que foram organizadas em quadro sinóptico (Apêndice A).

Para mensurar a concordância dos critérios de inclusão nos estudos encontrados, utilizou-se o cálculo de porcentagem de concordância (HULLEY et al., 2008).

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de critérios comuns aos serviços} \times 100}{\text{Número total de critérios}}$$

Ao estabelecer os valores de concordância, foi estipulada a medida de 20% para incluir os critérios de inclusão na etapa de validação. Essa medida teve o intuito de selecionar um maior número de critérios, já que os mesmos obtiveram valores discrepantes de concordância, sendo que abaixo desse valor a concordância era irrisória comparada ao número de artigos selecionados.

4.3 Validação dos critérios

Para o desenvolvimento da etapa de validação dos critérios, foi constituído o comitê de especialistas que atenderam aos critérios de seleção, prevendo um número entre 5 e 10, conforme a literatura preconiza para estudos de validação de conteúdo (LYNN, 1986).

Mais importante do que o número exato de participantes a fazerem parte do comitê de especialistas é a qualificação deles. Esse dado tem extrema importância, pois o conhecimento dos juízes é uma variável que pode influenciar na validação dos critérios. Nesse sentido, os peritos atenderam aos critérios de qualificação e experiência profissional, como: ter graduação na área da saúde, atuar há mais de um ano em AD, ter expertise na área de conhecimento (professores). Como critérios de exclusão: peritos que não responderam o instrumento no prazo proposto.

Alguns participantes foram escolhidos por interesse e reconhecimento da expertise. Os demais foram escolhidos por meio do método *snowball* ou “bola de neve”, onde um participante indica o outro. Esta é uma técnica de recrutamento da amostragem por características de interesse na pesquisa, como exemplificado nos estudos de Villarinho et al. (2002) e Lopes, Coutinho (1999).

4.4 Instrumentos e coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada aos moldes da Técnica Delphi, o método utilizado para a obtenção de julgamento de informações por meio de *experts* ou indivíduos que simplesmente possuem o conhecimento teórico e prático da área em questão. O consenso das informações é buscado por meio das diversas etapas ou ciclos de perguntas e respostas. O consenso das informações possibilita a validade do conteúdo (SCARPARO et al., 2012).

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas, que tiveram como instrumento formulários eletrônicos veiculados pelo aplicativo *Google Docs*, ferramenta esta que facilitou a comunicação da pesquisadora com os juízes. A coleta dos dados correspondeu aos meses de setembro, outubro e novembro de 2013. Primeiramente, foi encaminhada uma carta-convite (Apêndice B) ao endereço eletrônico de 22 possíveis participantes. Junto desta, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Apresentando interesse em participar da pesquisa, o juiz selecionava o item *aceito*, encaminhando automaticamente o aceite ao aplicativo.

Dos profissionais convidados, 10 aceitaram participar da pesquisa enviando o TCLE. Na fase seguinte, encaminhou-se o instrumento com os critérios coletados na revisão de literatura. Todos os juízes responderam ao primeiro instrumento (Apêndice D).

Na primeira etapa, os juízes tiveram um prazo de 30 dias para retornar os instrumentos preenchidos. Já, na segunda, o prazo foi de duas semanas. Esta condição se deveu ao fato de os participantes já terem familiaridade com o aplicativo e maior agilidade.

O segundo instrumento (Apêndice E) foi elaborado a partir das sugestões dadas aos critérios de inclusão, que não obtiveram consenso na primeira etapa. Este foi enviado novamente aos juízes para validação, com 100% de retorno.

Os instrumentos foram apresentados na forma de Escala Likert, contendo cinco possíveis respostas: Concordo plenamente (5 pontos), Concordo (4 pontos), Indeciso (3 pontos), Discordo (2 pontos) e Discordo plenamente (1 ponto).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada a partir dos valores confiados aos itens da Escala Likert, onde os itens “concordo plenamente” e “concordo” são considerados representativos para validação, isto é, representam a validade de conteúdo no cálculo de Índice de Validade de Conteúdo. Por essa razão, os critérios que obtiveram essas duas respostas em maior número foram os critérios de inclusão validados. A representatividade do critério de inclusão se deu pelo Índice de Validade de Conteúdo equivalente a no mínimo 90% (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "4" ou "5" x 100}}{\text{Número total de respostas}}$$

4.6 Aspectos éticos

O Projeto de Pesquisa foi aprovado em banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação da EENF/UFRGS, pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob o nº 376.409 (Anexo A).

As questões éticas referentes à revisão de literatura foram respeitadas, bem como os direitos autorais, na medida em que os autores de todos os artigos e demais materiais consultados foram devidamente referenciados no estudo.

O consentimento dos juízes em participar da pesquisa se deu pela seleção do termo *aceito*, presente abaixo do texto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Aos juízes foi garantida a participação voluntária, bem como a sua desistência em qualquer momento da pesquisa. Além disso, foram garantidos a confidencialidade e anonimato. O envolvimento destes, na pesquisa, não gerou custos financeiros. Toda a documentação será guardada por cinco anos e posteriormente destruída.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas etapas. A primeira diz respeito à construção dos critérios, elaborados a partir da revisão de literatura. A segunda constitui-se da validação dos critérios mediante a consulta a um comitê de juízes.

5.1 Construção dos critérios

No processo de pré-seleção foram encontrados 1.043 artigos. Destes, 42 atenderam aos critérios de inclusão no estudo. Os artigos encontrados em mais de uma das bases consultadas foram considerados apenas uma vez, contabilizando na primeira encontrada. O Quadro 1 apresenta a distribuição dos artigos nas bases de dados, segundo o número de publicações e o ano de publicação dos mesmos. Destaca-se a base de dados MedLine com o maior número de artigos científicos incluídos no estudo, perfazendo um total de 15 periódicos. Quanto ao ano, destaca-se o ano de 2010 como o de maior produção sobre a temática da AD, no que se refere aos critérios de inclusão, e o ano de 2013 como o de menor produção. O pequeno número de artigos encontrados em 2013 pode ser justificado pelo fato de que muitos periódicos encontram-se ainda em processo de publicação.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados, segundo o número de publicações e ano de publicação

Perfil	Scielo	LILACS	MedLine	Total
<i>Artigos</i>				
Encontrados	47	35	961	1.043
Excluídos	27	15	890	932
Pré-selecionados.	20	20	71	111
Selecionados	14	13	15	42
<i>Ano</i>				
2008	2	1	2	5
2009	1	1	6	8
2010	4	4	1	9
2011	4	3	1	8
2012	2	4	2	8
2013	1	-	3	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O Quadro 2 mostra a relação de periódicos nacionais e internacionais, juntamente com o número de artigos científicos encontrados em cada um deles. Os periódicos *Acta Paulista de Enfermagem*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Jornal de Pediatria* e *Texto & Contexto Enfermagem* foram os periódicos nacionais que mais publicaram artigos que contemplassem os critérios de inclusão utilizados por Programas e Serviços de AD na eleição de pacientes. Em nível internacional, podemos destacar o periódico *Asian Nursing Research* como o de maior publicação no período de 2008 a 2013.

Quadro 2 – Relação de periódicos nacionais e internacionais e o número de artigos encontrados (2008 - 2013)

Periódicos Nacionais (n)			
<i>Acta Paul Enferm</i>	4	<i>Rev. Bras. Geriatr. Gerontol</i>	1
<i>Ciênc Cuid Saúde</i>	1	<i>Rev. Enferm. UERJ</i>	2
<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	3	<i>Rev. Gaúcha Enferm</i>	1
<i>Epidemiol. Serv. Saúde</i>	1	<i>Rev. Paul Pediatr</i>	1
<i>J Pediatr</i>	3	<i>R. pesquisa.: cuid. Fundam. online</i>	1
<i>Physis Rev. Saúde Coletiva</i>	1	<i>Rev. Saúde Pública</i>	2
<i>Rev. Bras. Educ. Méd</i>	1	<i>Texto Contexto Enferm</i>	3
Periódicos Internacionais (n)			
<i>Arch. Dis. Child</i>	1	<i>Intern. J. Quality Health Care</i>	1
<i>Asian Nursing Research</i>	2	<i>J Comp Eff Res</i>	1
<i>Australasian Journal Ageing</i>	1	<i>J Pain and Symptom Manag</i>	1
<i>BMC Family Practice</i>	1	<i>Nursing I</i>	1
<i>BMC Geriatrics</i>	1	<i>Pediatric Pulmonol.</i>	1
<i>BMC Pediatrics</i>	1	<i>Rev. Chil. Pediatr</i>	1
<i>BMC Research Notes</i>	1	<i>Salud Pública Méx. [online]</i>	1
<i>Brain I</i>	1	<i>Thorax</i>	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto à nacionalidade dos estudos, encontram-se 13 países diferentes, sendo Brasil, Austrália, Inglaterra, Coreia, Japão, Suécia, Estados Unidos, Portugal, Chile, México, Alemanha, Holanda e Canada. Destacando a Austrália e os Estados Unidos como os países de maior produção sobre a temática em destaque.

No Brasil, os estudos selecionados tiveram como Municípios e Estados: Cuiabá/MT, Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ, Bagé/RS, Pelotas/RS, Porto Alegre/RS, Florianópolis/SC, Ademar/SP, Ribeirão Preto/SP, São Paulo/SP, Botucatu/SP. Destacam-se os estados do Rio Grande do Sul e o de São Paulo como

os maiores produtores de pesquisas relacionadas aos critérios de inclusão em AD. Também cabe observar, que os municípios do RS que estão relacionados ao maior número de estudos sobre a AD, possuem um número superior a 100.000 habitantes.

A Atenção Domiciliar relatada nos estudos está vinculada a diversos tipos de Serviços e Programas, que apresentaram particularidades em seus processos de trabalho. A AD relacionada ao caráter público está vinculada às Secretarias Municipais de Saúde, às instituições hospitalares públicas e universitárias, aos Centros de Saúde e unidades da ESF. Já o caráter privado esteve presente na vinculação da AD com operadoras de saúde e hospitais privados.

A Atenção Domiciliar está vinculada a diversas situações de saúde e algumas patologias. Segundo os estudos selecionados as principais delas são: acidente vascular encefálico, demências, paralisia cerebral, traumatismo crânio-encefálico, esclerose lateral amiotrófica, doença pulmonar, esclerose múltipla, distrofia muscular, fraqueza muscular, esquizofrenia, lesões de pele, HIV/AIDS estágios avançados, tuberculose, desospitalizações, sequelas neurológicas, imobilidade física, neoplasias, cuidados paliativos, crianças com má formação, complicações de doenças cardiovasculares, doenças crônicas, insuficiência cardíaca, depressão, prematuridade, anomalias cromossômicas, infarto agudo do miocárdio, necessidade de suporte ventilatório não invasivo, necessidade de oxigenoterapia, necessidade de uso de sonda nasointestinal e nasogástrica, uso de gastrostomia e traqueostomia.

O Quadro 3 apresenta os critérios de inclusão que os Programas e Serviços de AD vêm utilizando para eleger seus pacientes. Também apresenta a concordância que esses critérios obtiveram nos estudos. Cabe destacar os critérios de maior concordância, entre eles: possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados e/ou de cuidador; ser idoso; possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; indivíduos portadores de doenças crônicas; comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária ou Atividades Instrumentais da Vida Diária; ser acamado e usuário dependente de tecnologias. Os demais critérios obtiveram concordância inferior a nove artigos, isto é, menos de 20% de conformidade.

Quadro 3 – Critérios de Inclusão e concordância nos estudos encontrados (2008-2013)

Critério	Concordância n (%)
Possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e ou de cuidador	23 (54,7)
Ser idoso	18 (42,8)
Indivíduos portadores de doenças crônicas	10 (23,8)
Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção	9 (21,4)
Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)	9 (21,4)
Ser acamado	9 (21,4)
Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos	9 (21,4)
Condições mínimas de moradia para a Atenção Domiciliar (espaço físico, luz elétrica, água encanada, entre outros)	6 (14,2)
Indivíduos desospitalizados	4 (9,5)
Condições clínicas estáveis	4 (9,5)
Ser criança	4 (9,5)
Indivíduo que apresentam histórico de internações hospitalares frequentes	3 (7,1)
Estar vinculado a uma unidade de saúde	2 (4,7)
Usuário que procura por pronto atendimento repetidamente	2 (4,7)
Ter a residência próxima da Unidade Básica de Saúde	2 (4,7)
Indivíduos com múltiplas comorbidades	2 (4,7)
Indivíduo em cuidado paliativo	2 (4,7)
Histórico de gastos nos serviços hospitalares	1 (2,3)
Ser morador da zona urbana	1 (2,3)
Recém-nascido pré-termo	1 (2,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os critérios de inclusão que obtiveram frequência de aparecimento nos estudos de 20% ou mais fizeram parte do instrumento da segunda etapa, sendo encaminhados para avaliação dos juízes.

5.2 Validação dos critérios

5.2.1 Perfil dos juízes

Ao total, 10 juízes participaram da etapa de validação dos critérios: sete enfermeiros, um médico, um psicólogo e um fisioterapeuta. Quanto ao tempo de

formação na área da saúde, seis juízes informaram possuir mais de 20 anos, e quatro de 6 a 10 anos.

Sobre o grau acadêmico, quatro dos respondentes possuíam Pós-Graduação *stricto sensu*, com especialidades em Atenção Domiciliar, Lesões de Pele, Saúde Pública e Capacidade Funcional. Outros quatro participantes tinham Pós-Graduação *lato sensu*, sendo em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem e Epidemiologia. Dois dos participantes indicaram ter Graduação.

Quanto à formação em Atenção Domiciliar, emergiram diversas respostas, entre elas: Especialização em Saúde Coletiva, experiência prática, Saúde Pública, Medicina de Família e Comunidade, Planejamento e Gestão em Saúde, e pesquisa/ensino.

Com relação ao tempo de atuação em Atenção Domiciliar, quatro deles responderam trabalhar mais de 10 anos, outros quatro, de 8 a 10 anos, e dois, de 1 a 3 anos. A Atenção Domiciliar ligada à instituição hospitalar foi selecionada por três participantes no quesito tipo de serviço em que atua, outros três responderam atuar em Atenção Domiciliar ligada a Universidade/Ensino Superior, dois deles, ligados à Secretaria Municipal de Saúde, um, em Estratégia de Saúde da Família, e um, em Unidade Básica de Saúde.

5.2.2 Avaliação dos critérios

A avaliação dos critérios de inclusão foi desenvolvida aos moldes da técnica Delphi, em duas etapas. A primeira contendo os critérios de inclusão obtidos pela revisão de literatura, já a segunda, os critérios que não haviam tido o consenso mínimo de 90% na primeira. Nesta última etapa, também foram encaminhados os critérios e as sugestões inseridas pelos juízes. A Tabela 1 descreve a avaliação dos critérios de inclusão na primeira fase, contendo o consenso pelos juízes.

Tabela 1 – Critérios de inclusão em AD, segundo avaliação dos juízes na primeira etapa do estudo

Critério	Avaliação dos juízes	Consenso	Sugestões / Observações
<i>Possuir algum grau de dependência / necessidade de cuidados e de cuidador</i>	Concorda plenamente – 7 Concorda – 3 Indeciso – 0 Discorda – 0 Discorda plenamente – 0	100%	—
<i>Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção</i>	Concorda plenamente – 8 Concorda – 2 Indeciso – 0 Discorda – 0 Discorda plenamente – 0	100%	—
<i>Ser acamado</i>	Concorda plenamente – 9 Concorda – 0 Indeciso – 0 Discorda – 1 Discorda plenamente – 0	90%	—
<i>Usuário dependente de tecnologia dura ou equipamento</i>	Concorda plenamente – 5 Concorda – 2 Indeciso – 0 Discorda – 3 Discorda plenamente – 0	70%	- Existem usuários com equipamentos / tecnologias sem dependência.
<i>Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)</i>	Concorda plenamente – 3 Concorda – 2 Indeciso – 3 Discorda – 1 Discorda plenamente – 1	50%	- Nem toda AVD é considerada critério de elegibilidade para AD; - As AIVDs não são funções da equipe de AD, podendo ser realizadas por cuidadores e familiares.
<i>Ser idoso</i>	Concorda plenamente – 1 Concorda – 3 Indeciso – 2 Discorda – 3 Discorda plenamente – 1	40%	- Idoso com alguma dependência.
<i>Indivíduos portadores de doenças crônicas</i>	Concorda plenamente – 2 Concorda – 1 Indeciso – 1 Discorda – 5 Discorda plenamente – 1	30%	- Retirar a palavra “portador”; - Indivíduos dependentes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Alguns critérios de inclusão foram sugeridos pelos juízes, sendo eles: infraestrutura adequada; indivíduo com necessidade de cuidados, procedimentos e técnicas complexas; famílias com crianças em alto risco nutricional.

Os critérios sugeridos juntamente com os critérios que não obtiveram o IVC de 90% foram encaminhados aos juízes na etapa seguinte, conforme disposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação dos critérios de inclusão na segunda fase

Critério	Avaliação dos juízes	Consenso	Sugestões / Observações
<i>Indivíduos dependentes em condições crônicas</i>	Concorda plenamente – 8 Concorda – 2 Indeciso – 0 Discorda – 0 Discorda plenamente – 0	100%	- Em caráter temporário, até o indivíduo e seus familiares serem instrumentalizados; - Dependência que o impeça de se locomover.
<i>Idoso com alguma dependência</i>	Concorda plenamente – 4 Concorda – 5 Indeciso – 1 Discorda – 0 Discorda plenamente – 0	90%	- Dependência que o impeça de se locomover; - Em caráter temporário.
<i>Possuir domicílio com infraestrutura adequada</i>	Concorda plenamente – 3 Concorda – 4 Indeciso – 0 Discorda – 2 Discorda plenamente – 1	70%	- A equipe deve orientar a família quanto à adaptação e organização do domicílio, tendo um familiar responsável.
<i>Indivíduo com necessidade de cuidados, procedimentos e técnicas complexas</i>	Concorda plenamente – 5 Concorda – 2 Indeciso – 1 Discorda – 1 Discorda plenamente – 1	70%	- Cuidados complexos não devem ser tratados no domicílio.
<i>Famílias com crianças em alto risco nutricional</i>	Concorda plenamente – 3 Concorda – 4 Indeciso – 2 Discorda – 0 Discorda plenamente – 1	70%	- Há a possibilidade de deslocamento até a UBS/ESF.
<i>Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária</i>	Concorda plenamente – 1 Concorda – 5 Indeciso – 2 Discorda – 2	60%	- Em caráter temporário, até o indivíduo e seus familiares serem

<i>(AVDs) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)</i>	Discorda plenamente – 0		instrumentalizados. - Dependência que o impeça de se locomover.
<i>Usuário dependente de tecnologia dura ou equipamento</i>	Concorda plenamente – 3 Concorda – 3 Indeciso – 4 Discorda – 0 Discorda plenamente – 0	60%	- Depende do tipo de equipamento, pois varia de equipamento de suporte à vida até bengala.
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.			<i>Concluído</i>

Nesta fase, os juízes também sugeriram a inclusão de um novo critério, sendo “Família em situação econômica desfavorável impossibilitada de comparecer a UBS/ESF”. Este critério não foi validado, pois não obteve consenso entre os juízes como sugestão, sendo que apenas um deles descreveu este critério como possibilidade.

Com isso, os critérios de inclusão em AD na ABS validados neste estudo são: *possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados e/ou de cuidador; possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; indivíduos dependentes em condições crônicas; ser acamado e idoso com alguma dependência.*

6 DISCUSSÃO

6.1 Construção dos critérios

A Atenção Domiciliar (AD) é constituída por ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas nos domicílios das famílias (BRASIL, 2013). O tipo de ação a ser desenvolvida na AD define o processo de trabalho realizado pela equipe de saúde, como também critérios de inclusão elegíveis a seus pacientes e famílias atendidas (MARTINS et al., 2009; ANDRADE et al., 2013).

Segundo Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2010), a AD necessita de critérios de inclusão para a inserção dos pacientes nos programas, pois a equipe de saúde apresenta dificuldade para atender todos os usuários e famílias adstritas. O ato de priorizar os atendimentos a partir das necessidades de cuidado vai ao encontro do princípio da equidade, onde a atenção é oferecida aos mais necessitados de cuidado.

Exemplificando a afirmação, estudo desenvolvido por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), na cidade de Ademar/SP, mostrou que as necessidades de saúde dos usuários e famílias cadastradas na unidade de saúde relacionadas a perdas funcionais e dependência eram consideradas prioridades na AD. A maioria desses pacientes não conseguia desempenhar as atividades da vida diária, como alimentar-se, higienizar-se, locomover-se e vestir-se, necessitando dessa forma da ajuda de um cuidador.

O cuidador tem um papel fundamental na atenção em saúde do usuário dependente, pois ele realiza todas as ações básicas para a manutenção da vida deste, a fim de promover qualidade na saúde. A equipe que presta a AD tem um papel muito importante na relação com o cuidador, auxiliando-o, capacitando-o em procedimentos assistenciais, esclarecendo dúvidas e fornecendo suporte psicológico. Com isso, estudo realizado na região noroeste de Porto Alegre, com uma demanda expressiva de usuários dependentes de cuidados, mostrou que o Programa de Atenção Domiciliar existente na unidade de saúde também atende às demandas específicas dos cuidadores, considerando-os nos critérios de inclusão em AD (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011).

Em estudo desenvolvido por Skott e Lundgren (2009), realizado em um distrito suburbano de uma cidade no sul da Suécia, representando uma das maiores localidades multiculturais, pontuou a importância do envolvimento das famílias no cuidado dos pacientes, sendo que o trabalho conjunto com estas foi considerado uma condição necessária no processo de cuidar em domicílio. Os próprios familiares tornam-se cuidadores, assumindo responsabilidades perante o paciente, e, ao mesmo tempo em que cuidam, são cuidados pelas enfermeiras que desenvolvem ações de saúde nas residências dessas famílias.

Outro critério de inclusão relacionado à dependência e bastante pontuado nos estudos é ser idoso. A população idosa, além de numerosa e crescente, tendencialmente carece de maiores cuidados. Isso ocorre devido às doenças crônicas não transmissíveis, quedas e incapacidades funcionais que ocorrem naturalmente com o avanço da idade. Esses agravos comprometem a autonomia e a independência dos idosos, necessitando muitas vezes de um cuidador, como também de visitas domiciliares frequentes, realizadas pela equipe de saúde vinculada (HOWE, 2008; MARTINS et al., 2008; GAGO; LOPES, 2012; DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012; BOAS et al., 2012).

Devido a essas circunstâncias muitos idosos apresentam impossibilidade ou dificuldade de locomoção, como mostra estudo (MANDÚ et al., 2008). Este critério de inclusão está relacionado à incapacidade que o indivíduo tem em se deslocar até o serviço de saúde em busca de atendimento. Esta é uma das condições em que o indivíduo necessita de AD, sendo muitas vezes a única forma de acesso ao atendimento em saúde. Não aderindo a esta estratégia, há a possibilidade de agravamento da situação de saúde a que o indivíduo esteja acometido.

Estudo desenvolvido por Han et al. (2013), comprova que um dos critérios mais evidentes para o sistema de prestação de cuidados de saúde em domicílios nos Estados Unidos é ser idoso, pois esse modelo de atenção tem se expandido pela demanda de problemas de saúde agudos / crônicos relacionados, principalmente a crescente população de idosos. Destaca-se que o cuidado de saúde nos domicílios é voltado a todas as faixas etárias, porém mais de 70,5% dos pacientes atendidos eram idosos com 65 anos ou mais.

Nessa perspectiva, estudo desenvolvido na Holanda, refere que o aumento da população idosa, faz com que os serviços de saúde sejam mais necessários, pois o avanço da idade, muitas vezes implica em um aumento na incidência de doenças

crônicas e múltiplas morbidades com subsequente declínio funcional e prejuízos sociais, por exemplo, a perda de apoio social e familiar em alguns momentos, as limitações financeiras, e a falta de moradia adequada. Dessa forma o programa de cuidados primários Carewell é uma intervenção positiva às pessoas idosas da comunidade, cujo objetivo deste programa é prevenir o declínio funcional, melhorar a qualidade de vida, reduzir ou adiar a hospitalização e mantê-los em seus lares com suas famílias, assistindo esses idosos em seus domicílios, possibilitando uma maior qualidade de vida a eles (RUIKES et al., 2012).

Algumas variáveis como idade avançada, baixa escolaridade e incapacidade para as AIVDs são fatores associados ao cuidado domiciliar, conforme apresentado em estudo desenvolvido por Duca, Thumé, e Hallal (2011), na cidade de Pelotas. Destacando-se a importância de um cuidado diferenciado e priorizado as pessoas que necessitam desta atenção.

Nesta mesma perspectiva, outro estudo desenvolvido em Bagé, cujo objetivo também foi avaliar os fatores associados à assistência domiciliar a população idosa, trouxe em seus resultados, que histórias prévias de AVC, sinais de demência e a incapacidade para a realização das AVDs são variáveis relacionadas a necessidade deste tipo de cuidado (THUMÉ et al., 2010).

Em virtude do aumento das condições crônicas, a AD configurou-se como uma modalidade de atenção em saúde fundamental. As doenças crônicas dependem de muitos e constantes gastos, seja na esfera pública ou privada, além do tempo dedicado ao tratamento e reabilitação. Priorizar o indivíduo com doença crônica tem o objetivo de reduzir os custos em hospitalizações, além de protegê-lo das reinternações e do contato com infecções hospitalares. A AD possibilita o cuidado ao indivíduo crônico e sua família em longo prazo, passando por todas as etapas da doença, desde sintomas iniciais até cuidados paliativos (CHAYAMITI; CALIRI, 2010; BRONDANI et al., 2010; GIONFRIDDO et al., 2013).

Estudo desenvolvido por Lionello et al. (2012), em Porto Alegre, apresentou em seus resultados, que o cuidado no domicílio é realizado principalmente aos doentes crônicos, acamados e idosos. O cuidado mais intenso é realizado pela família, em especial a mulher mais próxima que assume o papel de cuidadora, sendo que a VD é realizada em momentos pontuais na residência da família pela equipe de saúde da unidade básica.

No México, em estudo desenvolvido por Bermúdez, García e Cedillo et al. (2011), comparou o cuidado de pós hospitalização aos pacientes internados em dois hospitais, onde um apresentava um Programa de Atenção Domiciliar, que acolhia os pacientes após a alta, já o outro, não apresentava a atenção diferenciada. Como resultado, os pacientes desospitalizados e acolhidos por um Programa de Atenção Domiciliar apresentaram uma melhor qualidade de vida do que os pacientes que não eram admitidos no programa. Este achado confirma a resolutividade da AD no cuidado pós hospitalização, a fim de atentar a um acompanhamento e atenção diferenciado e positivo.

A prioridade em AD torna-se ainda mais importante quando há múltiplas comorbidades, como inserido no critério, indivíduos com múltiplas comorbidades. Apresentar mais de uma patologia ou problema de saúde equivale ao aumento dos gastos financeiros, tempo dedicado ao cuidado e a própria produção do cuidado.

Essas afirmações vão ao encontro dos resultados obtidos em um estudo desenvolvido em Portugal, que tratou sobre o comprometimento das Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs) e sobre as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). A incapacidade ou a dificuldade de tomar banho, vestir-se, higienizar-se, transferir-se de uma cama para a cadeira, de ter autocontrole do intestino e da bexiga ao evacuar e urinar, e de alimentar-se, como também de usar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupa, usar meio de transporte, administrar sua própria medicação e seus próprios recursos financeiros, sozinho, tendem a resultar na necessidade de um cuidador. Esta problemática é uma das grandes responsáveis pelos pedidos de inclusão em Serviços de Atenção Domiciliar, conforme afirma este estudo (MARTIN; OLIVEIRA; DUARTE, 2010).

Outro critério que está relacionado à dependência refere-se ao ser acamado. Estudo desenvolvido por Chayamiti e Caliri (2010) aponta que este critério de inclusão condiz com a incapacidade do indivíduo em se locomover, possuir dependência e necessidade de ter um cuidador. Esta condição pode possibilitar inúmeros agravantes à saúde, principalmente pela imobilidade física, sendo o principal deles e o mais comum o desenvolvimento das Úlceras por Pressão. Doenças do sistema circulatório, como hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, infarto agudo do miocárdio, trombose, tromboembolia pulmonar, insuficiência venosa e o acidente vascular cerebral ou encefálico, correspondem às principais doenças

relacionadas aos acamados. Referente às doenças do sistema nervoso, tem-se os distúrbios degenerativos, correspondendo à Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, lesão traumática da medula espinhal e distúrbios decorrentes da anóxia neonatal e paralisia cerebral (FERLAND et al., 2013).

Para a maioria dos pacientes do estudo desenvolvido por Chayamiti e Caliri (2010), a condição de limitação ao leito se deu pela própria patologia relacionada. Na maioria, o cuidador responsável pelos pacientes era um familiar, o qual despendia tempo para o cuidado integral de seu filho, esposo ou esposa doente. O fato de cuidar integralmente do doente acamado fez, em muitos casos, a família ter uma condição econômica menor, pelo fato de o cuidador não ter condições de trabalhar fora do domicílio.

Nessa perspectiva, estudo desenvolvido na Coreia, apresentou os efeitos de um programa de cuidados paliativos domiciliários, prestados pelo centro de saúde da Coreia às pessoas com câncer terminal. Como resultados deste estudo, o cuidado paliativo domiciliar proporcionou uma maior qualidade de vida as pessoas envolvidas, desenvolvendo atividades voltadas a área psicossocial, espiritual e assistencial. O impacto desde programa se evidencia quando a maioria dos pacientes com doenças terminais não recebiam esses cuidados no domicílio anteriormente ou mesmo não podiam pagar pelos cuidados hospitalares, por serem de custo muito alto. Dessa forma, os pacientes eram encaminhados para casa, sendo que muitas vezes negligenciados pelos serviços de saúde. Assim, pode-se evidenciar o avanço na saúde da população da Coreia, principalmente no que se refere aos cuidados paliativos (KIM; CHUNG; XU, 2009).

Complementando esta ideia, estudo desenvolvido por Bookbinder et al. (2011), cujo objetivo foi avaliar a sustentabilidade financeira e viabilidade de dois programas de cuidados paliativos nos Estados Unidos, mostra que a finalidade desses programas é o de melhorar o alcance e o impacto à assistência em saúde, como também, diminuir os custos hospitalares.

Na Alemanha, destaca-se o cuidado paliativo infantil na área rural, sendo desta forma, assistidas as crianças moradoras de áreas distantes, de difícil acesso aos serviços de saúde. Este projeto partiu de um grupo de médicos pediatras que forneciam o atendimento domiciliar para crianças e adolescentes com complicações graves de saúde (KREMEIKE et al., 2012).

Em outra perspectiva, o critério de inclusão usuário dependente de tecnologia refere-se aos indivíduos desospitalizados que, mesmo após a alta hospitalar, ainda necessitam do uso de suporte básico de vida, como, por exemplo, a ventilação mecânica não invasiva. A desospitalização do indivíduo é acompanhada pelo Serviço de AD vinculado em sua maioria à instituição hospitalar que estava lhe prestando assistência. As equipes de saúde atuantes nos Programas são capacitadas para atuar nas necessidades de cuidado específicas de sua demanda (GARCIA; MEZZACAPPA; PESSOTO, 2010).

Segundo Rabello e Rodrigues (2010), a dependência tecnológica e de equipamentos relaciona-se ao uso de gastrostomia, traqueostomia, uso endovenoso de medicamento e dieta industrializada via sonda nasogástrica ou entérica, além da necessidade de oxigenoterapia ou ventilação não invasiva. Estes, ao adentrar as residências dos indivíduos e famílias, necessitarão de uma condição mínima de espaço físico para a distribuição de equipamentos, realização de procedimentos e consultas.

Nessa perspectiva, o estudo desenvolvido por Tie et al. (2009), na Austrália, justifica este critério de inclusão para AD, afirmando que é viável o uso de oxigenoterapia administrada às crianças com bronquiolite aguda nos domicílios e não apenas no uso exclusivo hospitalar. O desenvolvimento de cuidados domiciliários liderada pela enfermeira permitiu que as crianças pudessem ser assistidas com segurança em casa. A gestão de crianças com doenças agudas em casa não é uma nova estratégia, é uma alternativa cada vez mais atraente a partir da hospitalização tradicional. A oxigenoterapia domiciliar é uma opção bem aceita para crianças com problemas respiratórios crônicos, onde há o suporte de um serviço de oxigenoterapia domiciliar vinculada a rede hospitalar.

A fim de complementar a justificativa deste critério de inclusão, o estudo desenvolvido por Deeming et al. (2008), mostrou que o governo da Inglaterra introduziu em fevereiro de 2006 um serviço de oxigenoterapia domiciliar, com o intuito de melhorar a avaliação de pacientes em uso de oxigênio, permitindo o acesso a tecnologias mais recentes e um cuidado mais intensificado por profissionais competentes a esta atenção. O total de pacientes que receberam a oxigenoterapia domiciliar foi de aproximadamente 554 pessoas, cujos custos obtiveram uma redução significativa desde a aderência a este modelo de cuidado, isto é, desde que aceitaram o tratamento de oxigenoterapia no domicílio.

Esta justificativa perpassa o simples uso de oxigenoterapia no domicílio, para refletir diretamente nos custos deste tratamento, confirmando a economia financeira e a efetividade do tratamento. Frente a isso cabe refletir sobre as necessidades que perpetuam o uso de tecnologias duras, equipamentos ou mesmo na realização de procedimentos ou atendimentos pontuais, como a existência de água potável, de saneamento básico, de segurança, de luminosidade, de ventilação e de higiene do ambiente doméstico faz parte dos determinantes sociais de saúde e requisito mínimo para se ter a AD (GARCIA; MEZZACAPPA; PESSOTO, 2010; KEBIAN; ACIOLI, 2011).

Há uma relação entre os critérios de inclusão, usuários que apresentam histórico de internações hospitalares frequentes, usuário que procura por pronto atendimento repetidamente e histórico de gastos nos serviços hospitalares. Estes são considerados prioridades para AD. A procura por pronto atendimento frequentemente demonstra uma carência na atenção em saúde, carência esta que pode ocasionar uma reinternação. Esse processo irá desenvolver um histórico de gastos nos serviços de saúde, assim como facilitar o contato com infecções hospitalares (SILVA et al., 2012). Estes critérios são mais evidentes nos Serviços de AD na Saúde Suplementar, onde o valor a ser pago pela AD é compatível com as necessidades de saúde que o paciente apresenta, quanto mais complexo for o cuidado, mais caro se torna o pagamento pelo atendimento.

Para tanto, estudo desenvolvido por Schade et al. (2009), nos Estados Unidos, confirma que o cuidado as pessoas em situações agudas de saúde apresentam uma melhor qualidade e redução de gastos quando realizado nos domicílios por programas ou serviços de AD, não necessitando de hospitalização em muitos casos.

Outra questão refere-se à estabilidade clínica dos pacientes. Conforme estudos desenvolvidos por Arrieira et al. (2009) e Hanashiro et al. (2011), este é um critério de inclusão importante. O paciente que não possui uma estabilidade clínica para receber os cuidados no domicílio pode ser considerado de risco. Isso acontece pela falta de recursos tecnológicos, medicamentosos, humanos e de infraestrutura suficientes, que o domicílio não apresenta. Exigências que as instituições hospitalares devem seguir, sendo suficientes para estabilizar o quadro clínico dos pacientes.

O critério ser criança está vinculado às instituições hospitalares infantis e aos Programas de AD que têm o cuidado infantil como prioridade. Estes Programas de AD e instituições hospitalares estão relacionados principalmente ao uso de tecnologias, onde as crianças, após internação hospitalar, continuam recebendo a assistência em seus domicílios conforme a necessidade (PRADO; SALINAS, 2011; MUNHOZ et al., 2011; FLORIANI, 2010; TOLOMEO; BAZZY-ASAAD, 2010). Um destaque importante a ser feito é que, nos estudos desenvolvidos na saúde pública, em unidades de saúde, o critério ser criança não foi abordado, limitando-se às instituições hospitalares e programas de AD infantis.

Complementar a esta ideia, estudo desenvolvido por Spittle et al. (2009), apresenta o programa de cuidados preventivos para os recém-nascidos prematuros, na Austrália, o qual visa ao longo de nove encontros com o profissional fisioterapeuta e psicólogo, melhorar o desenvolvimento motor, cognitivo e comportamental destes bebês. Já foi constatada a importância deste programa na vida desses recém-nascidos e de suas famílias, as quais se envolvem diretamente aos cuidados. Este programa é interligado com uma instituição hospitalar, a qual preocupa-se com os cuidados pós hospitalização dos recém-nascidos prematuros.

Em outro aspecto, o critério de inclusão indivíduo com condições socioeconômicas baixas refere-se à prioridade da AD a pacientes que não possuem condições econômicas favoráveis. Isto porque o estudo desenvolvido por Duca, Martinez e Bastos et al. (2012) mostrou que os pacientes que possuem melhores condições financeiras têm o cuidado em saúde de maior qualidade, comparado com quem possui condições inversas. Já quem apresenta melhor condição econômica tem possibilidade de contratar um cuidador formal para o cuidado no domicílio ou ainda se conveniar a uma operadora de saúde. Os pacientes que não possuem essas condições acabam por ter um familiar assumindo as responsabilidades do cuidado e dependendo unicamente da equipe de saúde da unidade básica com a qual mantêm cadastro.

Nesse sentido, os critérios estar vinculado a uma unidade de saúde e ter a residência próxima da unidade básica se afirmam. O paciente que possui vinculação com a unidade básica tem um melhor envolvimento com a equipe de saúde, sendo acompanhado a longo prazo em todas as etapas da doença ou complicação de saúde. O fato de ter a residência próxima da unidade condiz com a logística,

facilitando o acesso da equipe de saúde à residência do paciente, como também do próprio paciente e cuidador à unidade básica.

Outro critério de inclusão que também está relacionado ao acesso em saúde está descrito no estudo desenvolvido por Fripp, Facchini e Silva (2012), o qual prioriza a AD a pacientes moradores da zona urbana. Este critério de inclusão para a AD vai ao encontro da otimização do tempo de atendimento, sendo que, para a zona rural, é necessário despende maior tempo de deslocamento, reduzindo dessa forma o número de atendimentos em AD. Nesse estudo, o número de pacientes para a AD era reduzido, comportando no máximo 10, recebendo visitas frequentes da equipe de saúde, em média duas vezes ao dia.

A vinculação entre os critérios de inclusão nos parece clara, pois estes não são analisados individualmente. Mesmo que os Programas e Serviços de AD levem em consideração a demanda clínica dos pacientes, questões como infraestrutura e relações sociais/familiares também são relevantes ao processo de cuidado. Estes critérios de inclusão são definidos a partir do processo de trabalho e das características peculiares dos Serviços e Programas.

6.2 Validação dos critérios

Conforme critérios validados neste estudo, a AD desenvolvida na ABS deve ser priorizada aos pacientes que *possuem algum grau de dependência/necessidade de cuidados e/ou de cuidador; que possuem dificuldade ou impossibilidade de locomoção; que são acamados; que são idosos com alguma dependência; ou que são indivíduos dependentes em condições crônicas.*

Esses critérios vão ao encontro do que a Política Nacional de Atenção Básica traz sobre o processo de trabalho das equipes, ao incluir nele a realização da AD. O processo de trabalho das equipes de ABS corresponde, entre outros: realizar a AD destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2012b).

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 aponta sobre os critérios de elegibilidade de pacientes para a AD1, destinados aos cuidados da ABS. A

classificação na modalidade AD1 se aplica aos usuários que: possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBS; e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nessa Portaria. Nessa perspectiva, os critérios validados neste estudo também complementam a Portaria mencionada.

O primeiro critério listado é *possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e ou de cuidador*, que obteve 100% de concordância entre os juízes, sendo validado na primeira etapa, sem sugestões de alteração. Ele se apresenta como um critério amplo, já que dependência pode estar relacionada a diversas variáveis simultaneamente.

Machado e Scramin (2010) pontuam em seu estudo a relação entre dependência e autonomia. Para que uma pessoa seja autônoma ela precisa pensar racionalmente e conseguir se autogerenciar, caso contrário, ela terá sua capacidade de tomada de decisões comprometida, e outra pessoa será determinada a prestar este cuidado.

Em outro aspecto, Moreira e Caldas (2007) relacionam incapacidade/ deficiência com dependência, sendo que a limitação ou restrição ao desenvolvimento de atividades rotineiras faz com que seja necessário o auxílio de outra pessoa. É esta necessidade que torna o indivíduo dependente de ajuda.

Brito e Rabinovich (2008) destacam, em estudo realizado sobre o impacto do AVE na família do indivíduo doente, que, além de ocorrer subitamente, o AVE desenvolve complicações neurológicas e limitações na realização das AVDs (higiene, locomoção e alimentação), dependendo do auxílio de um cuidador. Este assume e garante a manutenção da assistência necessária ao paciente em seu domicílio.

Em outra perspectiva, estudo realizado sobre a caracterização dos pacientes em cuidados paliativos, portadores de câncer terminal, destaca que estes indivíduos, acabam por se tornar dependentes de cuidados e de ter um cuidador permanentemente ao seu lado, devido ao processo natural da doença. O cuidador é considerado a pessoa que auxilia o indivíduo doente dependente na realização de

atividades rotineiras. Este cuidado pode ser prestado mediante remuneração ou vínculo familiar (MELO; RODRIGUES; SCHMIDT, 2009).

Nesse sentido, a Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, traz, em seu Art. 9, os critérios de exclusão dos pacientes neste tipo de AD. Um dos critérios em destaque é não ter cuidador contínuo identificado. Com isso, ter um cuidador é condição necessária para a admissão em Programas e Serviços de AD.

Vários estudos relacionam dependência com o avanço da idade. Entre eles, encontra-se o desenvolvido por Biscione et al. (2013), que pontua, em seus resultados, a dependência total ou parcial de idosos com 80 anos ou mais, vinculada à impossibilidade da realização de uma ou mais AVDs, complicações na alimentação, demências estabelecidas e uso de mais de cinco medicamentos ao dia.

Pires, Duarte e Gottens et al. (2013), em seu estudo, cujo objetivo foi identificar as variáveis associadas ao tipo de AD dos usuários em UBS, destacou que, em um total de 114 usuários atendidos no território das UBSs, 65,7% tinham entre 66 e 95 anos, e 76,3% possuíam cuidador. Esses dados mostram a prevalência de usuários idosos atendidos em AD, assim como a demanda de cuidadores a serem incluídos juntamente com seus pacientes em Programas e Serviços de AD. A atividade de cuidar foi exercida principalmente por mulheres, em cerca de 83,1% dos casos, as quais apresentaram em sua maioria idade entre 46 e 75 anos. Em 95,4%, essas cuidadoras foram consideradas membros das famílias, configurando o perfil de mãe, filha e irmã cuidadora.

Essa condição se estabelece em decorrência das alterações funcionais naturais do processo de envelhecimento, características da idade avançada, acarretando em uma maior predisposição ao surgimento de condições crônicas de saúde e debilitações (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Com o aumento da população idosa, e com o conseqüente aumento de doenças crônicas e incapacitantes por essa população, torna-se uma preocupação pensar no cuidado. Este, em sua maioria, é realizado pela família, a qual assume responsabilidades perante a pessoa doente. A equipe de saúde, além de prestar assistência ao doente, se encarrega de capacitar, esclarecer dúvidas e fornecer amparo psicológico a este cuidador, pois ele nem sempre está preparado para tal responsabilidade (MOREIRA; CALDAS, 2007).

No que se refere à avaliação dos juízes ao critério *ser idoso*, este não obteve consenso na primeira etapa, sendo sugerida modificação para *idoso com alguma dependência*. Com o reencaminhamento na segunda etapa, o critério modificado obteve o consenso de 90%.

O acréscimo do termo *com alguma dependência* condiz com a ideia de que, apesar do processo natural do envelhecimento, relacionado com a perda de capacidades físicas, fragilidades psicológicas e comportamentais (CAMARANO, 2004), muitos idosos possuem plenas condições de desenvolver atividades rotineiras, não necessitando serem admitidos em um programa de AD. Estudo desenvolvido por Andres (2012) destacou em seus resultados que os idosos envolvidos politicamente, participantes dos conselhos de saúde, avaliaram sua saúde de forma positiva. Estes mantêm-se ativos, relacionam-se e comunicam-se com outras pessoas, afirmam seus papéis sociais, além de serem desafiados a permanecerem em atividade física e cognitiva.

O Estatuto do Idoso (2003) apresenta em seu Capítulo IV, sobre o Direito à Saúde, o direito ao atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e que esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural.

O critério de inclusão *Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção* obteve o consenso de 100%, não necessitando de alterações. Este critério também está presente na Política Nacional de Atenção Básica e na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, como vivenciado em diversos Programas e Serviços de AD.

Pires et al. (2013) apontam em seus resultados, que em um total de 114 usuários atendidos no território das UBSs, 85% deles apresentavam dificuldade de locomoção.

Esta condição também foi afirmada em estudo desenvolvido por Drulla et al. (2009) ao destacar que além de idosos, crianças e gestantes, pessoas com necessidades especiais, como cadeirantes e acamados, também são considerados grupos prioritários para a AD.

A priorização é pontuada com finalidade de proporcionar o acesso a atenção em saúde às pessoas que por algum motivo não conseguem ou não podem se deslocar em busca de atendimento. Esta ação, potencializa os princípios

doutrinários do SUS, quando pensado na integralidade, universalidade e equidade, a fim de possibilitar saúde a todas as pessoas, independente das condições que elas estejam (BRASIL, 2012a).

É neste sentido, que o critério *ser acamado* foi avaliado, obtendo consenso de 90% na primeira etapa de avaliação, não havendo sugestões para modificações ou complementaridade.

Analisando esse critério, é possível relacioná-lo aos critérios anteriormente mencionados, sendo que um indivíduo acamado possui grau de dependência elevado, e necessidade de cuidados e de cuidador.

Estudo desenvolvido por Pinto et al. (2012) apresentou as dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares no cuidado às pessoas acamadas, entre as questões levantadas estavam a alimentação, a higiene, dificuldades econômicas e o tempo de permanência como acamado, variando de 2 meses a 11 anos. Outro ponto em evidência, referiu-se a locomoção do paciente acamado, sendo que esta ocorre de forma extremamente dificultosa e limitada pelos cuidadores.

Essas considerações foram levantadas a fim de reconhecer que a família deste paciente acamado possui necessidades de cuidados que devem ser observados e realizados com maior atenção pelos profissionais que atuam na ESF. Nesse sentido, considerar um paciente acamado prioridade na AD é também admitir sua família e seu cuidador, os quais necessitam de grande apoio.

O critério de inclusão *Indivíduos portadores de doenças crônicas* não obteve o consenso na primeira etapa. Os juízes sugeriram retirar a palavra “portador” e acrescentar “dependentes”, pois um indivíduo com doença crônica nem sempre está incapacitado. Dependendo do grau da doença e de qual doença se trata, o indivíduo consegue tranquilamente ter acesso ao serviço de saúde, situação que difere de um indivíduo dependente.

Nesse sentido, o critério modificado *Indivíduos dependentes em condições crônicas* obteve o consenso de 100% na segunda etapa. Mesmo adquirindo o consenso pleno, os juízes acrescentaram que a AD deve ser desenvolvida em caráter temporário, até que o indivíduo e seus familiares sejam instrumentalizados para o cuidado, não sendo necessária a priorização desses pacientes em AD de forma prolongada. Outra questão diz respeito à dependência, quando deve estar relacionada com o impedimento de se locomover.

Ao longo da vida, principalmente no decorrer do processo de envelhecimento, as doenças crônicas podem se manifestar, sendo mais frequentes a hipertensão arterial, diabetes e as doenças reumáticas. O doente crônico, pode não necessitar de cuidados muito frequentes, sendo determinado pelo grau de autonomia que o indivíduo possui (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

As doenças crônicas, também chamadas de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), são responsáveis por quase 60% das mortes em todo o mundo. Isto se dá em razão da transição epidemiológica a qual estamos vivenciando, onde ocorre a diminuição das mortes provocadas pelas doenças infectocontagiosas e o aumento das mortes por doenças crônicas (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009).

Pensar no cuidado do doente crônico, requer atentar as atividades de prevenção e promoção da saúde, a fim de prevenir maiores consequências, como a própria dependência de cuidados. Ao priorizar a AD ao doente crônico dependente, além de proporcionar o acesso a saúde deste sujeito, sua família também estará sendo amparada, ou mesmo seu cuidador quando assim se necessitar.

O critério *Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)* não obteve o consenso na primeira etapa e nem na segunda. Na primeira etapa o consenso foi de 50%, sendo justificado pelos juízes que nem toda AVD é considerada critério de elegibilidade para a AD. Isso se deve ao fato de que, dependendo da AVD comprometida ou com limitações, o paciente possui plenas condições de buscar o serviço de saúde, sem que existam complicações em seu quadro clínico. Outra questão se referiu às AIVDs, sendo que estas não são consideradas funções de responsabilidade da equipe de AD, podendo ser realizadas por cuidadores e familiares.

Na segunda etapa, esse critério teve o consenso de 60% entre os juízes. Sustentada a ideia de que a AD neste caso deve ser realizada em caráter temporário, até que o indivíduo e seus familiares sejam instrumentalizados, a fim de desenvolver tais ações de saúde. Também trouxeram a questão da dependência, sendo esta um impedimento no deslocamento, conseqüentemente, uma impossibilidade do acesso aos serviços de saúde.

Estudo desenvolvido por Duca, Silva e Hallal (2009) apresentou em seus resultados que entre as atividades de autocuidado, as que constam os menores

índices de independência correspondem ao controle das funções de urinar e/ou evacuar (78,7%), seguida por vestir-se (90,1%) e tomar banho (91,1%). Já em relação às atividades instrumentais, foram observadas com menos independência a realização de deslocamentos, tendo a necessidade de algum meio de transporte (82,4%), fazer compras (83,9%) e lavar a roupa (84,1%).

Nesse sentido, entende-se que o usuário que possui algum comprometimento grave das AVDs e AIVDs pode ser acompanhado pelos Programas e Serviços de AD, desde que dentro das possibilidades que a ABS apresenta, tendo caráter de acompanhamento. Em casos de comprometimento leve das AVDs e AIVDs, onde os usuários conseguem desenvolver mesmo que com pouca dificuldade estas ações, se torna desnecessária sua inclusão aos Programas e Serviços de AD, pois compreende-se que essas pessoas ainda tenham condições de ir em busca de atendimento nos serviços de saúde.

O critério *Usuário dependente de tecnologia* obteve o consenso de 70% na primeira etapa. Os juízes defenderam que existem usuários com equipamentos e tecnologias sem dependência e não apresentando limitações que justifiquem a AD.

Na segunda etapa o consenso foi de 60%. Sendo questionado pelos juízes o tipo de equipamento e ou tecnologia em uso pelos usuários, pois, dependendo de qual for, não necessariamente há dependência.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, descreve na modalidade AD3, que além de atender usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, esta modalidade também da conta das necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos.

Nesse sentido, o uso de tecnologias duras ou equipamentos não condiz com as atividades prestadas pela ABS, sendo destinado ao cuidado de EMAD e EMAP.

Um critério de inclusão sugerido pelos juízes na primeira etapa foi o de *Possuir domicílio com infraestrutura adequada*. Ao ser encaminhado na segunda etapa, este obteve o consenso de 70%. Os juízes acrescentaram que a equipe deve orientar a família quanto à adaptação e organização do domicílio, elegendo um familiar responsável.

Este critério vai ao encontro do que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2006) afirma em sua Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, dispondo sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento

de Serviços que prestam AD. Como critério de inclusão para a internação domiciliar, o domicílio deve ter suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos quando necessário.

Outro critério acrescentado pelos juízes diz respeito ao *Indivíduo com necessidade de cuidados, procedimentos e técnicas complexos*. Este critério obteve consenso de 70%, sendo justificado que os cuidados complexos não devem ser tratados no domicílio.

Nesse sentido, a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, ampara esse critério como inclusão em AD, sendo atendido por uma equipe de EMAD ou EMAP, mas não pelas equipes de ABS. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

O critério acrescentado, *Famílias com crianças em alto risco nutricional*, obteve consenso de 70%, com a justificativa de que há a possibilidade de deslocamento até a UBS/ESF, não sendo este um motivo para ter a AD.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, ampara esse critério, quando descreve sobre os critérios elegíveis em AD1, sobre a necessidade de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AD na ABS se caracteriza como meio de aproximação entre os serviços de saúde e os usuários/famílias do SUS. Ela possibilita o acesso à saúde às pessoas que por algum motivo apresentam dificuldade de ir em busca de atendimento, seja esta pela limitação clínica ou de locomoção. Ela se revela como uma alternativa inovadora para a construção de um modo diferenciado de produzir cuidado, reduzindo custos para o sistema de saúde e possibilitando uma lógica humanizada e interdisciplinar.

Pelo fato de as equipes da ABS não terem recursos humanos e estruturais suficientes para atenderem 100% dos usuários adstritos em AD, precisam priorizar os atendimentos aos usuários mais necessitados. Mesmo que os Serviços e Programas de AD definam seus critérios de inclusão a partir de suas demandas clínicas, quais seriam as prioridades a serem identificadas e atendidas?

Frente a isso, esta dissertação de mestrado apresentou em seus resultados a validação dos critérios de inclusão para a AD na ABS. Os critérios validados foram: *possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados e/ou de cuidador; possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; ser acamado; idoso com alguma dependência; e indivíduos dependentes em condições crônicas.*

Estes critérios validados complementam os critérios que a Portaria nº 963, de 27 de Maio de 2013 sugere para a AD na ABS. Eles representam as condições adequadas a serem consideradas. Os demais critérios avaliados pelo comitê de especialistas que não obtiveram IVC 90% não foram considerados para serem utilizados na ABS.

A importância de eleger os critérios de inclusão está em qualificar as ações de saúde desenvolvidas na AD, assim como otimizar o processo de trabalho das equipes que as desenvolvem. Entender o que é prioridade justifica o posicionamento das equipes de saúde ao receberem solicitações dos usuários/famílias para a admissão na AD. Mesmo que os critérios de inclusão sejam definidos é importante não burocratizar o acesso e a expansão da cobertura.

Os juízes que fizeram parte da etapa de validação possuíam vasto conhecimento sobre o tema estudado, sendo pesquisadores, profissionais em exercício e coordenadores de Programas e Serviços de AD, com anos de

envolvimento nesta modalidade de cuidado. Esse fato valoriza os resultados aqui dispostos, evidenciando ainda mais sua importância e contribuição para a comunidade científica, bem como para a organização de novos Programas e Serviços de AD e reorganização dos mais antigos.

O aplicativo *Google Docs* foi considerado novidade no que se refere à comunicação entre a pesquisadora e os juízes, tanto para o encaminhamento dos instrumentos, quanto no recebimento das avaliações disponibilizadas por eles. Proporcionou agilidade nas trocas e também no armazenamento das informações, mantendo-as fidedignas. Esse aplicativo pode ser recomendado a outras pesquisas, no que se refere à coleta das informações, tanto individuais quanto coletivas.

Sobre a dificuldade encontrada neste estudo, pontuamos a escassez de artigos científicos relacionados aos critérios de inclusão de pacientes em AD. Muitos artigos encontrados relatam experiências na AD, mas poucos apresentam claramente seus critérios de inclusão. Também há inexistência de artigos mistos, como a escassez de artigos atuais. Isso sugere que outras pesquisas sejam realizadas sobre a AD e seus critérios, a fim de compartilhar esta vivência com a sociedade científica, como investir em pesquisas mistas, procurando buscar mais informações sobre o objeto em estudo.

Com a construção desta Dissertação algumas sugestões de pesquisa foram sendo sinalizadas. Além da necessidade de estudos mistos, como mencionado, também é interessante verificar a confiabilidade destes critérios de inclusão na prática dos serviços, pois esta é uma garantia de que os critérios de inclusão, na prática, também sejam validados.

Por fim, considero o presente trabalho importante para o conhecimento científico e prático da AD na ABS. Possibilitando subsídios para novas ações e qualificação das já existentes. Espero poder continuar contribuindo com a construção do conhecimento acerca desta temática e que outros pesquisadores da área também possam continuar estudando e inovando em suas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- AMARAL, N. N. et al. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde Atual. **Rev. Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/imagens_up/artigos/Assistencia_domiciliar_a_saude_Historia_e_relevancia.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- ANDRADE, A. M. et al. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf_698>. Acesso em: 16 jun. 2013.
- ANDRES, B. **Participação, saúde e envelhecimento**: histórias de participantes do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. Programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: metodologia de trabalho. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 8, supl., p. 104-109, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9725>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- BACKES, D. S. et al. Significado da atuação da equipe da estratégia de saúde da família numa comunidade socialmente vulnerável. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1151-1157, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a09v17n5.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7081/5012>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl 2, p. 38-47, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao800.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

BEN, L. W. D.; GAIDZINSKI, R. R. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 97-103, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BERMÚDEZ, M. C. E.; GARCÍA, S. S.; CEDILLO, T. J. et al. Impacto de um programa de atención domiciliar al enfermo crónico em ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalários. **Salud Pública Méx. [online]**, México, v. 53, n. 1, p. 17-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n1/04.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

BISCIONE, F. M. et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, supl., p. S73-S80, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29s1/a07.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

BOAS, P. J. F. V. et al. Acompanhamento Domiciliar de idoso de unidade da saúde da família de Botucatu. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 161-165, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a22.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

BOOKBINDER, M. et al. Nurse practitioner based models of specialist palliative care at home: sustainability and evaluation of feasibility. **J. Pain Symptom. Manage.**, Madison, v. 41, no. 1, p. 25-34, 2011. Disponível em: <[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(10\)00519-1/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(10)00519-1/pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>. Acesso em: 14 maio 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do melhor em casa: melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Caderno de Atenção Domiciliar, v. 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013;

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa melhor em casa.** Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.208 de 18 de junho de 2013.** Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 153-169, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/15.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRONDANI, C. M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a12v19n3>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BUENO, P. D. R. **Home care: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre assistência domiciliar.** São Paulo: Rideel, 2011.

CAMARANO, A. M. (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Rev. Estud. Avanç. USP**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

- CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/05.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.
- CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Rev. Interface: Comunic., Saúde Educ.**, São Paulo, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2013.
- DEEMING, C. et al. An integrated home oxygen service saves £130 000 per year on home oxygen tariffs. **Thorax**, London, v. 63, no. 6, p. 566, 2008. Disponível em: <<http://thorax.bmj.com/content/63/6/566.1.full.pdf+html>>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- DRULLA, A. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 667-674, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/16380-56817-3-PB.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.
- DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.
- DUCA, G. F. D.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-120, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1913.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.
- DUCA, G. F. D.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G. A. N. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1159-1165, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a10v17n5.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.
- FERLAND, M. B. et al. Errorless (re)learning of daily living routines by a woman with impaired memory and initiation: transferrable to a new home? **Brain Inj.**, London, v. 27, no. 12, p.1461-1469, 2013. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02699052.2013.823661>>. Acesso em: 10 maio 2013.
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

FLORIANI, C. A. Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de crianças dependentes de tecnologia. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 15-20, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n1/v86n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

FREITAS, I. B. A.; MENEGHEL, S. N.; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 301-310, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a32.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2013.

FRIPP, J. C.; FACCHINI, L. A. SILVA, S. M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no sistema único de saúde, SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 69-78, mar. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2013.

GAGO, E. A.; LOPES, M. J. Cuidados domiciliares: interação do enfermeiro com a pessoa idosa/ família. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, nesp. 1, p. 74-80, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_12.pdf>. Acesso em: 13 maio 2013.

GARCIA, E. A. L.; MEZZACAPPA, M. A.; PESSOTO, M. A. Programa de oxigenoterapia domiciliar para crianças egressas de uma unidade neonatal: relato da experiência de dez anos. **Ver. Paul. Pediat**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 276-282, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n3/04.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

GIONFRIDDO, M. R. et al. Shared decision-making and comparative effectiveness research for patients with chronic conditions: an urgent synergy for better health. **J. Comp. Eff. Res.**, London, v. 2, no. 6, p. 595-603, 2013. Disponível em: <<http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/cer.13.69>>. Acesso em: 13 maio 2013.

GOMES, K. O. et al. O Agente comunitário de saúde e a consolidação do sistema único de saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Rev. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a05v20n4.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

HAN, S. J. et al. Clinical outcomes and quality of life of home health care patients. **Asian Nurs. Res.**, Singapore, v.7, no. 2, p. 53-60, 2013. Disponível em: <[http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(13\)00018-2/pdf](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(13)00018-2/pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2013.

HANASHIRO, M. et al. Alternativas de tratamento para pacientes pediátricos em ventilação mecânica crônica. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 2, p. 145-149, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n2/v87n2a10.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

HOWE, A. L. Is bigger better when it comes to defining target populations for aged care programs?. **Australas. J. Ageing**, Melbourne, v. 27, no. 1, p. 14-19, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6612.2007.00267.x/pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

KATO, G. et al. Relationship between home care service use and changes in the care needs level of Japanese elderly. **BMC Geriatrics**, London, v. 9, no. 58, p. 1-9, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-9-58.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2013.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

KERBER, N. P. C. **A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil**. 2007. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 244-250, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/15.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

KIM, S. H.; CHUNG, B. Y.; XU, Y. Evaluation of a home-based hospice and palliative care program in a community health center in Korea. **Asian Nurs. Res.**, Singapore, v. 3, no. 1, 2009. Disponível em: <http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata_anr/200901/24.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

KREMEIKE, K. et al. Paediatric palliative home care in areas of Germany with low population density and long distances: a questionnaire survey with general paediatricians. **BMC Res. Notes**, London, v. 5, no. 498, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-5-498.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

LIONELLO, C. D. L. et al. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-110, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n4/13.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

LOPES, C. S.; COUTINHO, E. S. F. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso\ dependência de cocaína: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 477-486, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0633.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, New York, 1986; v. 35, no. 6, p. 382-385, 1986.

MACHADO, W. C. A. SCRAMIN, A. P. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in) substituíveis pais\ cuidadores. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-60, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a08v44n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MAHMUD, S. J. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita Domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

MARTIN, J. I. G.; OLIVEIRA, L. M. A.; DUARTE, N. S. C. Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos Utentes idosos do Serviço de Apoio Domiciliário. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-253, 2010. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

MARTINS, A. A. et al. A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a12.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

MARTINS, J. J. et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 319-325, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a04.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

MELO, T. M.; RODRIGUES, I. G.; SCHMIDT, D. R. C. Caracterização dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 365-374, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/365_artigo6.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery R. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

MUNHOZ, A. S. et al. Oxigenoterapia domiciliar prolongada em crianças e adolescentes: uma análise do uso clínico e de custos de um programa assistencial. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 13-18, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n1/v87n01a03.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

OLIVEIRA, et al. O sistema único de saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 377-386, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a02v16n3.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

PINTO, E. A. et al. Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. **Rev. Enferm. Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 194-197, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/383>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

PIRES, M. R. G. M. et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00648.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

PONTES, A. P. et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-580, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/12.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

PRADO, F. A.; SALINAS, P. F. Asistencia ventilatoria no invasiva domiciliaria en niños: impacto inicial de un programa nacional en Chile. **Rev. Chil. Pediatr.**, Santiago, v. 82, n. 4, p. 289-299, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v82n4/art03.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. A. A saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3157-3166, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a13.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

RUIKES, F. G. H. et al. The CareWell-primary care program: design of a cluster controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly. **BMC Family Practice**, London, v. 13, no. 115, p. 1-9, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-13-115.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/36-81-1-SM.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

SCHADE, C. P. et al. Impact of a national campaign on hospital readmissions in home care patients. **Intern. J. Quality Health Care**, Oxford, v. 21, no. 3, p. 176-182, 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/3/176.full.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

SILVA, K. L. et al. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a14.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégia de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

SKOTT, C.; LUNDGREN, S. M. Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. **Nursing Inq.**, Carlton, v. 16, no. 3, p. 223-231, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2009.00454.x/abstract>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/29666-34469-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

SPITTLE, A. J. et al. Improving the outcome of infants born at < 30 weeks' gestation a randomized controlled trial of preventative care at home. **BMC Pediatrics**, London, v. 9, no. 73, p. 1-14, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-9-73.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1102-1111, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1961.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

TIE, S. W. et al. Home oxygen for children with acute bronchiolitis. **Arch. Dis. Child.**, London v. 94, no. 8, p. 641-643, 2009. Disponível em: <<http://adc.bmj.com/content/94/8/641.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 maio 2013.

TOLOMEO, C.; BAZZY-ASAAD, A. Utilization of a second caregiver in the care of a child with a tracheostomy in the homecare setting. **Pediatric Pulmonol.**, Philadelphia, v. 45, no. 7, p. 656-660, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20578067>>. Acesso em: 10 maio 2013.

VILLARINHO, L. et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, supl. 4, p. 61-67, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11164.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 2001.

APÊNDICE A – QUADRO SINÓPTICO

ATENÇÃO DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Cód	Periódico indexado	Ano de publicação	Cidade e/ou País de origem	Título	Autores	Objetivos	SAD ou PAD	Crítérios de inclusão
A1	Australasian Journal on Ageing	2008	Austrália	Is bigger better when it comes to defining target populations for aged care programs?	Howe AL.	Comparar o Programa de Assistência Domiciliar Comunitária com dados do Censo 2006 sobre a necessidade de assistência.	PAD	Ser idoso; Apresentar comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades da Vida Diária.
A2	Rev. enferm. UERJ	2008	Florianópolis/ Brasil	Idosos com necessidades de cuidado domiciliar	Martins JJ et al.	Identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos residentes na Grande Florianópolis – SC, cadastrados em uma unidade local de saúde.	AD vinculada a ESF	Ser idoso; comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades da Vida Diária.
A3	Texto Contexto Enferm	2008	Ademar/ Brasil	Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família	Amendola F et al.	Avaliar a associação entre a percepção subjetiva da qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos pelo Programa de Saúde da Família e as características sociodemográficas e de	AD vinculada a PSF	Ser idoso; Possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados; Apresentar dificuldade para realizar as Atividades Básicas da Vida Diária; Ter dificuldade ou impossibilidade de locomoção.

						saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de independência funcional do paciente.		
A4	Texto Contexto Enferm	2008	Cuiabá/MT/ Brasil	Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família	Mandú ENT et al.	Analisar os significados atribuídos por famílias à visita domiciliária realizada pelo Programa Saúde da Família, reconhecendo as dificuldades e potencialidades acumuladas em torno desta prática.	AD vinculada a PSF	Dificuldade ou impossibilidade de locomoção; Ser idoso; Indivíduos portadores de doenças crônicas.
A5	Thorax	2008	Inglaterra	An integrated home oxygen service saves £130 000 per year on home oxygen tariffs	Deeming C et al.	O objetivo deste estudo foi de investigar os custos da oxigenoterapia domiciliar	SAD	Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamento; Possuir necessidade de cuidados.
A6	Asian Nursing Research	2009	Coréia	Evaluation of a Home-Based Hospice and Palliative Care Program in a Community Health Center in Korea	Kim SH et al.	Avaliar os efeitos de um Programa de Cuidados Paliativos Domiciliários, prestados em uma comunidade no centro de saúde na Coréia.	PAD	Indivíduo em cuidado paliativo; Possuir algum grau de dependência; Possuir necessidade de cuidados e ou de cuidador. Ser acamado
A7	Arch Dis Child	2009	Austrália	Home oxygen for children with acute	Tie SW et al.	Comparar a terapia de oxigênio utilizada em	PAD	Ser criança; Indivíduo dependente de tecnologia

				bronchiolites		casa com a hospitalização tradicional de crianças com bronquiolite aguda.		dura ou equipamentos; Possuir algum grau de dependência; Possuir necessidade de cuidados.
A8	BMC Pediatrics	2009	Austrália	Improving the outcome of infants born at <30 weeks' gestation – a randomized controlled trial of preventive care at home	Spittle AJ et al.	Avaliar a eficácia de um programa de cuidados preventivos realizado em casa ao longo dos primeiros 12 meses de vida dos Recém nascidos pré-termo e suas famílias, em comparação com acompanhamento médico padrão.	PAD	Recém-nascidos pré-termo; Possuir necessidade de cuidados.
A9	BMC Geriatrics	2009	Japão	Relationship between home care service use and changes in the care needs level of Japanese elderly	Kato G et al.	Descrever a diferente utilização de serviços domiciliares nos diferentes níveis de cuidado.	SAD	Ser idoso.
A10	Cienc Cuid Saude	2009	Pelotas/RS/ Brasil	Programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: metodologia de trabalho	Arrieira ICO et al.	Relatar a metodologia de trabalho utilizada pela equipe do PIDI Oncológico.	PIDI	Possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e ou de cuidador; Indivíduo desospitalizado; Apresentar condições mínimas de moradia para a Atenção Domiciliar;
A11	Nursing I	2009	Suécia	Complexity and	Skott C	Explorar o cuidado a	AD vincula	Indivíduos que necessitem de

				contradictio n: home care in a multicultura l area	et al.	domicílio em uma área multicultural da Suécia por enfermeiros.	da a Centro de Saúde	cuidados.
A12	Inter. J. Quality Health Care	2009	Estados Unidos	Impact of a national campaign on hospital readmissio ns in home care patients	Schade CP et al.	Avaliar o impacto da campanha nacional de melhoria da qualidade de saúde para a redução da hospitalizaçã o de cuidados agudos.	SAD	Possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e ou de cuidador.
A13	Physis Rev. Saúde Coletiva	2009	Rio de Janeiro/ Brasil	A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativ a Médica	Martins AA et al.	descrever e analisar a produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica.	PAD	Indivíduos portadores de doenças crônicas; Ser acamado; Ser idoso; Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos.
A14	Acta Paul Enferm	2010	Porto Alegre/ Brasil	Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira	Kerber NPC et al.	Refletir de que forma a atenção domiciliária tem contribuído para a saúde da população.	AD vincula da a Unida de de Medici na de Família	Ser acamado; Possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e ou de cuidador; Possuir dificuldade ou impossibilidad e de locomoção; Ser idoso;
A15	Acta Paul Enferm	2010	Ribeirão Preto/SP/ Brasil	Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária	Chayami ti EMPC et al.	Investigar as característica s sociodemogr áficas e o risco para desenvolvim ento de	AD vincula da a ESF	Ser idosos; Ser acamado; Possuir dificuldade ou impossibilidad e de locomoção; Indivíduos portadores de

						<p>úlceras por pressão (UPP) em pacientes sob assistência domiciliária em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto, assim como a prevalência e características das úlceras, uso e adequação das medidas utilizadas para prevenção.</p>		<p>doenças crônicas; Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades da Vida Diária.</p>
A16	Ciênc Saúde Coletiva	2010	Rio de Janeiro/RJ/ Brasil	Saúde da Família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologias	Rabello CAFG et al.	<p>Apontar alguns subsídios que sustentam a possibilidade de atuação do PSF na oferta de apoio adequado às famílias das crianças sob cuidados paliativos, como também auxiliar na assistência desses cuidados quando realizados em domicílio, em comunicação com a rede de assistência à saúde.</p>	PADI	<p>Condições mínimas de moradia para a Atenção Domiciliar; Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos; Ser criança; Possuir necessidade de cuidados.</p>
A17	J pediatria	2010	Brasil e outros países	Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos	Floriani CA.	<p>Conceituar cuidados paliativos e suas indicações em pediatria;</p>	SAD e PAD	<p>Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos; Possuir</p>

				cuidados de crianças dependentes de tecnologia		descrever as dificuldades para operacionalizar esses cuidados em domicílio para crianças dependentes de tecnologias; e analisar, sob uma perspectiva bioética, conflitos de natureza moral com esta modalidade assistencial (revisão de literatura)		necessidade de cuidados. Ser acamado
A18	Rev Bras Geriatr Gerontol	2010	Portugal	Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos utentes Idosos do Serviço de Apoio Domiciliário	Martin JIG et al.	Analisar quantitativamente a intensidade das tarefas de cuidado prestadas no Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal, em termos de periodicidade e tempo despendido (em minutos), e fazer o cálculo dos valores de referência do consumo de tempo para cada tarefa de cuidado nas Atividades de Vida Diária (básicas e instrumentais).	SAD	Possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados e ou de cuidador; Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades de Vida Diária; Ser idoso.
A19	Pediatric Pulmonol.	2010	Estados Unidos	Utilization of a second	Tolomeo C et al.	avaliar o papel do segundo	PAD	Ser criança; Indivíduo dependente de

				caregiver in the care of a child with a tracheostomy in the homecare setting.		cuidador de uma criança com um tubo de traqueostomia no ambiente doméstico.		tecnologia dura ou equipamentos.
A20	Rev Paul Pediatr	2010	SP/ Brasil	Programa de oxigenoterapia domiciliar para crianças egressas de uma unidade neonatal: relato da experiência de dez anos	Garcia EAL et al.	Descrever os resultados do programa de oxigenoterapia domiciliar, com uso de concentrador de oxigênio, utilizado por crianças egressas de uma unidade neonatal ao longo de seus primeiros dez anos.	POD	Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos; Condições clínicas estáveis; Condições mínimas de moradia para a Atenção Domiciliar; Ter a residência próxima da Unidade Básica de Saúde.
A21	Rev Saúde Pública	2010	Bagé/RS/ Brasil	Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado	Thumé E et al.	Avaliar fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa e suas características, segundo modelos de atenção – Estratégia de Saúde da Família e modelo tradicional	AD vincula da a UBS e ESF	Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades de Vida Diária; Usuários que apresentam histórico de internações hospitalares frequentes; Usuário que procura por pronto atendimento repetidamente; Ser acamado; Ser idoso.
A22	Texto Contexto Enferm	2010	Rio Grande do Sul/ Brasil	Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação	Brondani CM et al.	Identificar as estratégias utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado ao	SID	Indivíduos portadores de doenças crônicas.

				domiciliar		doente crônico no contexto da internação domiciliar.		
A23	Ciênc Saúde Coletiva	2011	Porto Alegre/ Brasil	A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em POA	Freitas IBA et al.	Compreender a construção do cuidado no Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) de uma unidade básica de saúde de POA.	PADA	Possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados e ou de cuidador; Ser acamado.
A24	J Pain Symptom Manag.	2011	Estados Unidos	Nurse Practitioner-Based Models of Specialist Palliative Care at Home: Sustainability and Evaluation of Feasibility	Bookbinder M et al.	Avaliar a sustentabilidade financeira e viabilidade de dois programas domiciliares.	PAD	Ser idoso; Possuir algum grau de dependência; Possuir necessidade de cuidados; Indivíduos com múltiplas comorbidades.
A25	J Pediatría	2011	São Paulo/SP/ Brasil	Oxigenoterapia domiciliar prolongada em crianças e adolescentes: uma análise do uso clínico e de custos de um programa assistencial	Munhoz AS et al.	Descrever as características clínicas e laboratoriais dos pacientes em oxigenoterapia domiciliar prolongada acompanhados pelo programa de atendimento domiciliar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, durante um período de 8 anos, e	SAD	Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos; Possuir necessidade de cuidados.

						comparar os grupos com e sem hipertensão pulmonar secundária. Estimar o custo do programa utilizando concentradores versus cilindros de oxigênio arcados pela instituição.		
A26	J Pediatria	2011	São Paulo/SP/ Brasil	Alternativas de tratamento para pacientes pediátricos em ventilação mecânica crônica	Hanashiro M et al.	Determinar o impacto da transferência e uma população pediátrica para unidades de dependentes de ventilação mecânica (UDVMs) ou para ventilação mecânica domiciliar (VMD) na disponibilidade de leitos na unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica.	PAD	Possuir condições clínicas estáveis; Possuir condições mínimas de moradia para a Atenção Domiciliar.
A27	Rev. Chilena Pediatria	2011	Chile	Assistência ventilatória não invasiva domiciliar em crianças: impacto inicial de um programa nacional em Chile	Prado FA et al.	Descrever as características clínicas, resultados na evolução e qualidade de vida relacionada à saúde (CVRS) em pacientes ingressados em um programa nacional de Assistência Ventilatória não invasiva	PAD	Possuir condições clínicas estáveis; Indivíduo dependente de tecnologia dura ou equipamentos; Possuir condições mínimas de moradia para a Atenção Domiciliar; Possuir algum grau de dependência/

						domiciliaria (AVNI).		necessidade de cuidados e ou de cuidador.
A28	Rev. Enferm. UERJ	2011	Rio de Janeiro/ Brasil	Visita Domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde	Kebian LVA et al.	Conhecer os sentidos atribuídos pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro/RJ acerca das práticas de saúde desenvolvidas na visita domiciliar.	AD vinculada a UBS	Possuir dificuldade ou impossibilidade e de locomoção; Ser acamado; Indivíduos portadores de doenças crônicas.
A29	Rev Saúde Pública	2011	Pelotas/RS/ Brasil	Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos	Duca GFD et al.	Estimar a prevalência do cuidado domiciliar a idosos e identificar fatores associados	AD vinculada a Unidade de Saúde da Família	Ser idoso; Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades de Vida Diária; Possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e ou de cuidador; Indivíduos portadores de doenças crônicas.
A30	Salud pública méx	2011	Cidade do México	Impacto de un programa de atención domiciliar al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos	Bermúdez MCE et al.	Avaliar o impacto do programa de atenção domiciliar de doentes crônicos comparando com a atenção habitual a idosos com	PAD	Indivíduos desospitalizados; Ser idoso; Indivíduos portadores de doenças crônicas; Possuir algum grau de dependência/

				hospitalarios		dependência funcional, do ambiente do instituto mexicano de seguro social.		necessidade de cuidados e ou de cuidador.
A31	Acta Paul Enferm	2012	Vila Nova de Famalicão/ Braga/ Portugal	Cuidados domiciliare s – interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família	Gago EA et al.	Compreender o processo de interação com a pessoa idosa e família no domicílio desenvolvido pelos enfermeiros.	AD vinculada a Centro de Saúde	Ser idoso; Indivíduos desospitalizados.
A32	Acta Paul Enferm	2012	Belo Horizonte-MG/ Brasil	Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/ MG	Silva KL et al.	Analisar modalidades de serviço de atenção domiciliar discutindo a inserção da enfermagem	SAD	Usuário que procura por pronto atendimento repetidamente; Indivíduo que apresentam histórico de internações hospitalares frequentes; Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades de Vida Diária; Histórico de gastos nos serviços hospitalares; Possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e ou de cuidador.

A33	BMC Research Notes	2012	Alemanha	Paediatric palliative home care in areas of Germany with low population density and long distances: a questionnaire survey with general paediatricians	Kremeik e K et al.	Conhecer sobre o envolvimento da pediatria e dos cuidados paliativos em crianças.	SAD	Ser criança; Indivíduo em cuidado paliativo; Possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados.
A34	BMC Family Practice	2012	Holanda	The CareWell-primary care program: design of a cluster controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly	Ruikes FGH et al.	Apresentar os elementos do CareWell primary programa de cuidados, bem como a eficácia e avaliação do processo.	PAD	Ser idoso.
A35	Ciênc Saúde Coletiva	2012	Porto Alegre/RS/ Brasil	Perfil do idoso dependente e de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Duca GFD et al.	Estimar a prevalência de cuidado domiciliar e identificar o perfil demográfico, socioeconômico, comportamental e de saúde de idosos dependentes em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, RS.	AD vinculada a ESF	Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades de Vida Diária; Ser idoso; Indivíduo que apresentam histórico de internações hospitalares frequentes.

A36	Rev Bras Educa Méd	2012	Botucatu/SP/ Brasil	Acompanhamento Domiciliar de Idoso de Unidade da Saúde da Família de Botucatu	Boas PJV et al.	Realizar Acompanhamento Domiciliar (ACO) em idosos de USF, mensurando o impacto de medidas, e descrever a percepção de acadêmicos quanto ao ACO.	AD vinculada a Unidade de Saúde da Família	Possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados; Indivíduos portadores de doenças crônicas; Ser idoso; Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção.
A37	Rev Gaúcha Enferm	2012	Porto Alegre/RS/ Brasil	O fazer das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Domiciliária	Lionello CDL et al.	Conhecer o fazer das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na atenção domiciliária	AD vinculada a ESF	Ser acamado; Ser idoso; Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção; Possuir necessidade de cuidados.
A38	Epidemiol. Serv. Saúde	2012	Pelotas/RS/ Brasil	Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS.	Fripp JC et al.	Descrever as características do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) para pacientes oncológicos no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no Município de Pelotas, RS.	PIDI	Ser morador da zona urbana; Possuir algum grau de dependência/necessidade de cuidados e ou de cuidador; Condições mínimas de moradia para a Atenção Domiciliar; Condições clínicas estáveis; Ter a residência próxima da Unidade Básica de Saúde.
A39	J Comp Eff Res	2013	Estados Unidos	Shared decision-making and	Gionfrido MR et al.	Fornecer evidências sobre a sustentabilidade	SAD	Indivíduos portadores de doenças crônicas.

				<p>comparativ e effectivene ss research</p> <p>for patients with chronic conditions: an urgent synergy for</p> <p>better health</p>		<p>ade de custos alternativos em cuidado à saúde.</p>		
A40	Brain Inj	2013	Canada	<p>Errorless (re)learning of daily living routines by a woman with impaired memory and initiation: Transferable to a new home?</p>	Ferland MB et al.	<p>Possibilita o entendiment o referente as doenças do sistema nervoso relacionadas as necessidade de cuidado domiciliar.</p>	SAD	<p>Indivíduos com múltiplas comorbidades.</p>
A41	Asian Nursing Research	2013	Estados Unidos	<p>Clinical outcomes and quality of life of home health care patients</p>	Han SJ et al.	<p>Avaliar a qualidade de vida bem como a capacidade funcional de pessoas que recebem atendimento de saúde domiciliar</p>	SAD	<p>Indivíduos portadores de doenças crônicas.</p>
A42	R. pesq.: cuid. fundam. online	2013	Brasil	<p>Singularida des do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde</p>	Andrade AM et al.	<p>Compreende r a atenção domiciliar na visão de profissionais de saúde que a vivenciam, considerando as singularidade s do seu cotidiano de trabalho.</p>	PAD	<p>Indivíduos desospitalizad os.</p>

APÊNDICE B - CARTA CONVITE (Comitê de Especialistas)

Carta Convite!

Prezado (a)

Vimos por meio desta convidar o senhor (a) a participar da pesquisa de mestrado "ATENÇÃO DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA ATENÇÃO BÁSICA" como membro do comitê de especialistas, desenvolvido pela Mda. Luana Possamai Menezes e orientado pela Dra. Eliane Pinheiro de Moraes vinculadas ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O objetivo desta pesquisa é validar os critérios de inclusão dos usuários nas modalidades de Atenção Domiciliar propostas pelo Ministério da Saúde.

O interesse em lhe convidar partiu do reconhecimento de sua expertise e relação teórica/ prática com a temática da Atenção Domiciliar.

A sua participação se dará a partir da resposta por meio eletrônico, quando do recebimento desta. Caso aceite participar, dê continuidade selecionando em "continuar", quando aparecerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o item "aceito participar da pesquisa". Também pedimos que nos encaminhe uma sinalização "Ok" para o correio eletrônico luana.mestrado.ufrgs@gmail.com. Logo após este passo, o senhor (a) receberá o instrumento para avaliação. Solicitamos que fique atento as instruções do aplicativo.

Agradecemos sua atenção!

Mda. Luana Possamai Menezes
luana.mestrado.ufrgs@gmail.com
(55) 99569978

Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
emorais@hcpa.ufrgs.br

Continuar »

Powered by
 Google Drive

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE

Carta Convite!

*Obrigatório

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa "ATENÇÃO DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA ATENÇÃO BÁSICA" tem como objetivo geral validar os critérios de inclusão de usuários nas modalidades de AD propostas pelo Ministério da Saúde.

Você está sendo convidado a participar do comitê de especialistas para avaliar e validar os critérios de inclusão descritos e sugerir outros critérios. A participação dos integrantes do comitê é voluntária, não envolvendo qualquer tipo de custos ou remuneração. Você terá liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo a sua pessoa. Será preservado seu anonimato na divulgação das informações que forem concedidas.

O benefício do estudo será disponibilizar para o uso de todos os Programas de Atenção Domiciliar e Serviços de Atenção Domiciliar os critérios de inclusão nas modalidades de Atenção Domiciliar. O (a) senhor (a) poderá sentir-se desconfortável devido ao tempo dedicado para responder ao instrumento de coleta dos dados.

Em qualquer etapa do estudo, esclarecimentos poderão ser solicitados às pesquisadoras Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes, email: emorais@hcpu.ufrgs.br ou Mda. Luana Possamai Menezes, email: luana.mestrado.ufrgs@gmail.com, e também pelo telefone do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS (PPGENF) (51) 3308.5081 e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, telefone (51) 3308-4085 (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

*

- Aceito participar
- Não aceito participar

« Voltar

Enviar

Nunca envie senhas em Formulários Google.

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PRIMEIRA FASE

Página 1 de 3

Pesquisa de Mestrado - Instrumento

Caracterização do Juiz

Profissão: *

- Enfermeiro (a)
- Médico (a)
- Assistente Social
- Cirurgião Dentista
- Administrador
- Outro

Qual?

Tempo de formado: *

- De 1 a 5 anos
- De 6 a 10 anos
- De 11 a 15 anos
- De 16 a 20 anos
- > de 20 anos

Quanto?

Tempo de atuação em AD: *

- < de 1 ano
- De 1 a 3 anos
- De 4 a 7 anos
- De 8 a 10 anos
- > de 10 anos

Quanto?

Tipo de Serviço que atua: *

- AD ligada à ESF
- AD ligada à Instituição Hospitalar
- AD ligada à planos de saúde
- AD ligada à Secretaria Municipal de Saúde
- Outro

Qual?

Grau acadêmico*

- Graduação
- Pós Graduação stricto sensu
- Pós Graduação lato sensu

Qual a ênfase?

Em relação à AD, qual sua formação?*

Análise dos critérios de inclusão em AD

Com base em seu conhecimento científico e prático analise os critérios de inclusão nas modalidades de AD listados abaixo, escolhendo uma alternativa por questão.

Possuir algum grau de dependência/ necessidade de cuidados e de cuidador*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Ser idoso*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Possuir dificuldade ou impossibilidade de locomoção *

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Indivíduos portadores de doenças crônicas *

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Ser acamado *

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Necessidade do uso de equipamentos e tecnologias *

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Gostaria de acrescentar algum critério?**Gostaria de fazer alguma observação à esta etapa da pesquisa?**

Página 3 de 3

Orientações!

A Técnica Delphi foi a técnica adotada para a coleta das informações nesta pesquisa. Ela caracteriza-se como um método sistematizado destinado ao refinamento de opiniões de um grupo de pessoas experts ou indivíduos especialmente instruídos. O objetivo desta técnica é obter o consenso entre as opiniões sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos. Nesse sentido, lhe informamos que após ser analisada sua contribuição, voltaremos a lhe contatar, pelo mesmo aplicativo. Este processo se repetirá até que o objetivo do estudo seja alcançado. Contamos com sua participação nas próximas fases! Qualquer dúvida, sugestão ou esclarecimento estamos a disposição no endereço eletrônico luana.mestrado.ufrgs@gmail.com.

OBRIGADA POR SUA CONTRIBUIÇÃO!

Mda. Luana Possamai Menezes
Dra. Eliane Pinheiro de Moraes

APÊNDICE E – INSTRUMENTO SEGUNDA FASE

Página 1 de 3

Instrumento - Pesquisa de Mestrado II

Prezado (a)!

Ao concluir a primeira etapa desta pesquisa, pedimos mais uma vez sua contribuição, a dar continuidade ao processo de validação dos critérios de inclusão em Atenção Domiciliar na Atenção Básica.

Os critérios que atingiram a média de 0,90 no cálculo do Índice de Validade de Conteúdo, foram considerados validados. Estão presentes no instrumento, os critérios que ainda necessitam de análise, assim como, os critérios sugeridos.

Sua participação é fundamental para esta pesquisa!

Msd. Luana Possamai Menezes
Dra. Eliane Pinheiro de Moraes

Página 2 de 3

Critérios de Inclusão!

Idoso com alguma dependência*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Indivíduos dependentes em condições crônicas *

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Comprometimento de no mínimo uma de suas funções para Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Indivíduo dependente de equipamentos*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Indivíduo com cuidador*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Possuir domicílio com infraestrutura adequada*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Indivíduo em situação aguda*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Indivíduo em reabilitação*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Indivíduo com necessidade de cuidados, procedimentos e técnicas complexas*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Famílias com pessoas em situação de violência/negligência*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Famílias com crianças em alto risco nutricional*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Famílias com doentes psiquiátricos graves*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Pessoas que vivem só*

- Discorda plenamente
- Discorda
- Indeciso
- Concorda
- Concorda plenamente

Sugestões:

Gostaria de acrescentar algum critério?

Gostaria de fazer alguma observação ou sugestão à esta etapa da pesquisa?

Página 3 de 3

Informações finais!

Destacamos que o tempo de duração desta etapa é menor do que a anterior, sendo de 15 dias, pois a participação será restrita aos juízes que já participaram da primeira etapa. A partir da análise dos resultados, poderá ou não ser necessário uma terceira etapa, isso dependerá do Índice de Validade de Conteúdo, sendo o valor de concordância dos critérios de inclusão.

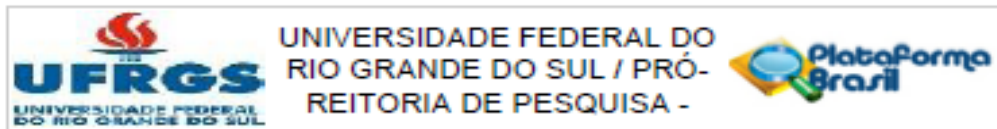
Gostaríamos de agradecer mais uma vez sua contribuição nesta pesquisa. Em breve entraremos em contato para seguir com as informações sobre o andamento da pesquisa. Qualquer dúvida ou sugestão entre em contato conosco pelo endereço eletrônico luana.mestrado.ufrgs@gmail.com

Agradecemos sua atenção!

Att,

Msd. Luana Possamai Menezes
Dra. Eliane Pinheiro de Moraes

ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Eliane Pinheiro de Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16930813.5.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 376.409

Data da Relatoria: 22/08/2013

Apresentação do Projeto:

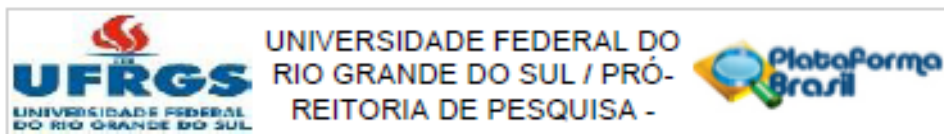
Projeto de Dissertação de Mestrado, vinculado ao PPGENF-UFRGS, sendo objeto de estudo a Atenção Domiciliar (AD) na Atenção Básica de Saúde. A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente e sua família o cuidado em sua própria residência, em seu contexto social e pessoal, permitindo a longitudinalidade do cuidado, com ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, as quais são realizadas por uma equipe multiprofissional que conversa com a rede de atenção à saúde. A justificativa para a adequação do atual modelo de Atenção Domiciliar está relacionada à transição demográfica e epidemiológica, com a redução dos custos com a assistência hospitalar, com a permanência dos pacientes dependentes de cuidados em suas próprias casas, sob os cuidados de suas famílias, com a rotatividade dos leitos e com a diminuição dos riscos das Infecções hospitalares.

O estudo será desenvolvido junto ao Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde e também os Programas e Serviços de Atenção Domiciliar nacionais e internacionais, uma vez que utilizará seus critérios e normativas.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRINCIPAL: validar os critérios de inclusão de usuários nas modalidades de Atenção

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 91.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 376.409

Domiciliar na Atenção Básica de Saúde.

Para tanto, está prevista uma ampla revisão de literatura sobre os critérios de inclusão nos diferentes serviços e programas de Atenção Domiciliar, bem como a obtenção, por meio de um comitê de especialistas, o consenso sobre os critérios de inclusão nas diferentes modalidades de Atenção Domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mencionada possibilidade de eventual desconforto relacionado ao tempo a ser despendido pelos especialistas no preenchimento do formulário. Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo Metodológico, de validação de conteúdo, prevendo duas etapas de coleta de dados: na primeira, será realizada compilação da literatura especializada e publicada nos últimos 5 anos (2008-2013) sobre critérios de inclusão nas modalidades de Atenção Domiciliar utilizadas em diferentes serviços. Análise: medida de concordância de 60% para os critérios de inclusão nos serviços; na segunda etapa, um Comitê formado de 5-10 Especialistas preencherão Instrumento com vistas a validação dos critérios de inclusão nas modalidades de Atenção Domiciliar. Análise: será utilizado o cálculo de IVC - Índice de Validade de Conteúdo, tendo como valor referência, no mínimo de 0,90.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado.

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

—

Situação do Parecer:

Aprovado

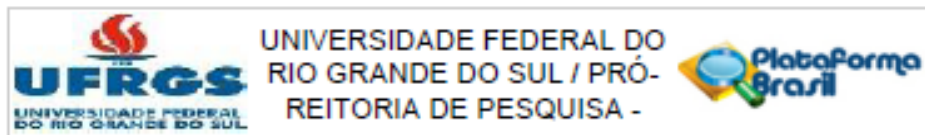
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Ferrouilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Processo: 375.409

PORTO ALEGRE, 29 de Agosto de 2013

Assinado por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Ferrouilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br