

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ADEMILDE MACHADO ANDRADE

**VISITA DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA
REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS**

Aracaju/SE

2012

**VISITA DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA
REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS**

Dissertação/Artigo apresentado para a Banca Examinadora do Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde, cumprindo um dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Instituto de Saúde Coletiva /UFBA

Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

Orientador: Prof^a. Dr^a. Alzira Maria d'Avila Nery Guimarães

Aracaju/SE

2012

ADEMILDE MACHADO ANDRADE

**VISITA DOMICILIAR: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA
REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS**

Dissertação/Artigo apresentado à Banca Examinadora do Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde cumprindo um dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Instituto de Saúde Coletiva /UFBA

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

COMITÊ DE AVALIAÇÃO	PARECER/ ASSINATURA
Prof ^ª . Dr ^ª . Alzira Maria D´Avila Nery Guimarães (Professora Orientadora)	Parecer _____ Assinatura _____
Prof ^ª Dr ^ª Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha	Parecer _____ Assinatura _____
Prof ^ª Dr ^ª Isabela Cardoso de Matos Pinto	Parecer _____ Assinatura _____

RESUMO

A visita domiciliar (VD) é um dos instrumentos mais relevantes do trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, pois possibilita conhecer os problemas, fragilidades e necessidades dos usuários no domicílio. Considerando a inexistência de um instrumento específico para registrar tal atividade, esta pesquisa tem o objetivo elaborar e validar um instrumento para acompanhamento das VDs, no trabalho das equipes de saúde da família, na rede da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, tendo como amostra representativa todos os profissionais da equipe mínima de saúde da família. No processo de avaliação da estrutura e conteúdo da ficha, utilizou-se a técnica de Delphi, no constructo a consistência interna foi obtida por intermédio do coeficiente de fidedignidade de alfa Cronbach (α). Quando avaliados a estrutura e conteúdo, todos os itens da Ficha B-VD foram mantidos com algumas alterações, obtendo-se um consenso de 91,4% em dois ciclos de execução. O alfa Cronbach alcançou um coeficiente de 0,95 para o total dos itens e variou de 0,82 a 0,94 nas três dimensões avaliadas. Estes resultados indicam que o instrumento foi validado satisfatoriamente, possibilitando o acompanhamento e registro das famílias nas VDs, recomendando-se a sua inclusão na rotina das equipes de saúde da família do município de Aracaju.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Validação; Visita Domiciliar.

SUMMARY

Home visit (VD) is one of the most relevant mechanisms of professionals in Family Health Strategy, as it allows knowing the problems, weaknesses and needs of users at home. Considering the lack of a specific instrument to record such activity, this study aims to validate an instrument to accompany the VDs, the work of family health teams, the network of Primary Health Care in the city of Aracaju / SE, and as a representative sample of all minimum professional team of family health. In evaluating the structure and content of the chip, we used the technique Delphi, construct the internal consistency was obtained through the reliability coefficient of Cronbach's Alpha (α). When assessing the structure and content, all items in Form B-VD were maintained with some changes, obtaining a consensus of 91.4% in two execution cycles. Reached a Cronbach's alpha coefficient of 0.95 for total items and ranged from 0.82 to 0.94 in three dimensions evaluated. These results indicate that the instrument was validated satisfactorily, enabling the monitoring and recording of families in the VDS, recommending its inclusion in the routine of family health teams in the city of Aracaju.

Keywords: Family Health Strategy; Validation; Home Visit.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	06
2 Metodologia	08
3 Considerações Éticas	15
4 Resultados	15
4.1 Caracterização da Amostra	15
4.2 Validação do Conteúdo.....	18
4.3 Validação do Constructo	20
5 Discussão	22
6 Considerações Finais	29
Referências.....	31

1 Introdução

A Atenção Primária de Saúde (APS) caracteriza-se como uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, com a perspectiva de atender as necessidades de saúde da população. É considerado o nível essencial do sistema de atenção à saúde e constitui a porta de entrada preferencial dos indivíduos, famílias e comunidade a esse sistema.¹⁻³

Com a criação do SUS em 1988, a APS assumiu papel relevante, ao ser definida como uma diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente, integrando verticalmente os serviços que, frequentemente, são ofertados de forma fragmentada pelos sistemas de saúde convencionais. Foi consolidada nos anos 90, do século XX, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).^{4,5,2}

O PSF foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), visando à reorganização dos serviços e à reorientação das práticas profissionais, até então centradas principalmente na doença, com ênfase nas ações curativas individuais realizadas de forma fragmentada. Nessa nova perspectiva, a visita domiciliar (VD) passou a ser incluída dentre as atividades de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.^{6,7}

Em 2011, o PSF foi legitimado, mais uma vez, através da Portaria nº 2488/GM/2011, que reafirma a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo-o como uma estratégia para a organização das ações de saúde no Brasil, passando a ser denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com essa estratégia, a VD reafirmou-se como uma atribuição comum a todos os profissionais das equipes de saúde da família, visando a uma assistência integral, humanizada e resolutiva.^{8,9}

A VD configura-se numa oportunidade diferente de cuidar, com suporte técnico-científico, em um espaço extra-hospitalar de saúde, considerando as condições sociais,

econômicas e culturais que interferem no processo saúde/doença visando à promoção da saúde da comunidade. Entretanto, o que se tem observado, na prática, é a realização da VD, principalmente, para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.^{5,10,11}

Dessa forma, a VD é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais realizada pelas equipes, caracterizando-se por ser uma tecnologia leve, uma vez que permite cuidar da saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações de saúde em um dos pontos da rede de atenção à saúde: o domicílio, que corresponde à unidade residencial de determinada família.^{12,13,2}

Atualmente, no Brasil, a denominação VD remete à ESF que assume papel fundamental na organização do trabalho das equipes de saúde. Para a realização dessa atividade é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. O registro é considerado critério de avaliação da assistência prestada nos serviços de saúde, sendo aspecto relevante para informar sobre o processo de trabalho realizado pelos profissionais.^{14,15}

A VD caracteriza-se como um dos instrumentos mais indicado à prestação de cuidados à saúde, do indivíduo, da família e da comunidade. Sua realização deve ser mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência, pois, com isso, tende a favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário.^{16,17}

Essa atividade, assim como as demais ações de saúde, além de ser registrada nos prontuários, deve alimentar os sistemas de informação em saúde, a fim de serem utilizadas como informações fundamentais para o planejamento e avaliação.¹⁸

Observa-se que os sistemas de informação registram apenas o quantitativo das VDs realizadas e constatou-se que há referências às fragilidades com relação ao

levantamento de informações sobre os usuários que recebem VDs. Esse fato, possivelmente, ocorre pela inexistência de uma ficha de registro das visitas realizadas e aquelas a serem efetivadas.¹¹

No Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), existem fichas de acompanhamento da gestante, hipertensão, diabetes *mellitus*, tuberculose e hanseníase, utilizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), porém inexistente uma ficha específica para o acompanhamento das famílias na VD.¹⁹ Contudo, foi verificado em um estudo realizado no município de Aracaju que os profissionais planejam a VD, porém sem registro, devido à ausência de um instrumento específico para essa atividade. Diante desse cenário, e com vistas a um fortalecimento das ações desenvolvidas no domicílio, sugere-se a utilização de um instrumento que possibilite o planejamento, acompanhamento e avaliação da VD.¹¹

Com base nesses aspectos, o estudo tem como objetivo elaborar e validar um instrumento para registro e acompanhamento das VDs, no processo de trabalho das equipes de saúde da família, na rede de atenção primária à saúde (REAP) do município de Aracaju/SE.

2 Metodologia

Trata-se da validação de uma ficha elaborada para possibilitar o registro e acompanhamento das VDs realizadas pelas equipes de saúde da família do município de Aracaju/SE.

O estudo foi realizado em Aracaju, Capital do Estado de Sergipe, que apresentava em 2010 uma população de 570.937 habitantes.²⁰ O sistema de saúde desse município presta ações e serviços nos três níveis de atenção à saúde, e está organizado a partir da APS

como sua porta preferencial de acesso. A REAP possuía em 2011 43 unidades de saúde, com 133 equipes de saúde da família, 64 equipes de saúde bucal e 795 ACSs, apresentando uma cobertura de 95,5% da população na Estratégia de Saúde da Família. O território do município, anteriormente, estava dividido em oito regiões de saúde; porém, atualmente, houve a incorporação de duas regiões em uma, organizando-se em quatro polos de atenção. A amostra foi calculada por região, uma vez que o trabalho foi iniciado em 2010.²¹

A população para a validação da Ficha B-VD compreendeu todos os profissionais da equipe mínima da saúde da família: médico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem,⁸ distribuídos nas 43 unidades de saúde da família (USFs) de Aracaju, o que totaliza um contingente de 399 profissionais.

Para determinar o tamanho da amostra representativa de todos os profissionais de saúde, aplicou-se a fórmula de cálculo por amostragem de populações finitas.²² Como resultado, obteve-se uma amostra de 189 profissionais, incluindo 20% a mais, para suprir possíveis perdas e recusas, totalizando 63 para cada categoria. A seleção das equipes foi realizada em dois momentos: no primeiro, calculou-se o número de equipes selecionadas por cada unidade, de forma proporcional ao quantitativo de equipes por unidade e também em relação ao total dessas no município. No segundo, foi aplicado o plano de amostragem aleatória simples, a fim de selecionar as equipes que participaram da validação. O tamanho da amostra foi calculado considerando uma prevalência média de 50%.

O processo de validação somente foi realizado com as equipes que estavam completas. Considerando que duas equipes estavam incompletas, foi feita a validação da Ficha B-VD com 61 equipes, perfazendo um total de 183 profissionais. No caso em que a equipe selecionada estivesse incompleta, utilizou-se como critério a substituição por outra

da mesma unidade, caso não fosse possível, substituíria-se por outra equipe da região, até completar a quantidade desejada da amostra.

O processo de validação ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2011 por quatro entrevistadores capacitados, alunos do curso de graduação em Enfermagem, que se deslocaram às USFs onde as equipes selecionadas estavam inseridas, para aplicação dos instrumentos.

Antes da entrega da Ficha B-VD aos profissionais, foi aplicado um questionário, contendo 13 questões para identificar o perfil dos participantes do processo de validação.

A validação ocorreu em três etapas: a primeira deu-se com a elaboração da ficha, adaptada a partir de um modelo anteriormente proposto por Machado.¹¹ Na segunda etapa, foram avaliados a estrutura e o conteúdo da ficha por quatorze especialistas, profissionais da equipe mínima da ESF, da REAP e de gestores do Município de Aracaju (os dois últimos não incluídos na amostra). Para a escolha desses profissionais, foi estabelecido como critério de inclusão que tivessem um mínimo de cinco anos de experiência na ESF (para os profissionais das equipes), um ano para os profissionais que dão suporte à gestão, além de ser especialista na área.

Para a validação da estrutura e conteúdo da ficha, realizou-se o julgamento do instrumento, a fim de avaliar a representatividade das variáveis constantes da mesma, a relevância dos objetivos, assim como a efetividade e pertinência de cada item. Também se avaliou a importância da ficha para o registro e acompanhamento das famílias na VD, no planejamento, programação, monitoramento e avaliação do processo de trabalho dos profissionais. Depois de elaborada, encaminhou-se a Ficha B-VD aos especialistas para avaliação. Em seguida, procederam-se à análise e à inserção das recomendações mais relevantes. Posteriormente, a ficha retornou aos especialistas, para uma segunda avaliação, com nova oportunidade de alterá-la. Realizaram-se dois ciclos de avaliação, a fim de

atingir um grau de consenso entre todos os especialistas. Ao final, foi feita a adequação do instrumento, levando-se em consideração as observações dos examinadores.

No que se refere ao julgamento da ficha, utilizou-se como referência a técnica Delphi, que permite conhecer e avaliar um instrumento proposto, a partir das opiniões de especialistas ou juízes.²³ Na técnica Delphi modificada, propõe-se um limite no número de ciclo de execução ou rodadas, sendo recomendado de dois a quatro ciclos para a busca do consenso.²⁴

Com vistas à validação de um instrumento, recomenda-se como nível mínimo de concordância um índice $\geq 70\%$, na etapa final da Técnica de Delphi.²⁴ Com base nessa recomendação, adotou-se 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido pelos especialistas na validação da estrutura e conteúdo da Ficha B-VD. Após os ajustes, um novo instrumento, já com todas as adequações sugeridas, foi entregue aos profissionais da amostra selecionada para a validação das variáveis, caracterizando-se como a terceira etapa desse processo, que resultou na Ficha B-VD constante da Figura 1, composta de 17 variáveis, sendo analisada obedecendo a uma escala contendo cinco pontos, variando numericamente de um a cinco, (discorda totalmente - concorda totalmente), conforme a escala proposta por LIKERT.²⁵

5 - Concordo Totalmente (a variável descrita se aplica totalmente na afirmação).

4 - Concordo Parcialmente (a variável descrita na afirmação é aplicada na sua maioria).

3 – Indeciso (existem dúvidas se a variável é aplicada em sua maioria ou minoria).

2 - Discordo Parcialmente (não aplica o fundamento descrito em sua maioria).

1 - Discordo Totalmente (não se aplica a variável descrita).

Essa escala proporcionou aos entrevistados indicar o grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que estava sendo medida, pois, além de registrar sua opinião, expressava até que ponto concordava ou discordava do instrumento.²⁶

FICHA B - VD		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										ANO _____	
MUNICÍPIO ____/____/____		SEGMENTO ____		UNIDADE ____/____/____				ÁREA ____		PASTA FAMILIA ____/____/____			
ACOMPANHAMENTO DA VISITA DOMICILIAR PELA EQUIPE													
IDENTIFICAÇÃO DO USUARIO		MESES											
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NOME	CONDIÇÃO DO USUARIO	1. RN/PUÉRPERA 2. ACAMADO 3. DIF LOCOMOÇÃO 4. HA 5. DIA 6. OUTRAS											
		ENDEREÇO	1. BOM 2. REGULAR 3. INSATISFATORIO										
SEXO	1. BOA 2. REGULAR 3. INSATISFATORIA												
	IDADE	1. FAMILIAR 2. AMIGO 3. OUTRO											
1. < 1 SALARIO 2. 1 a § SALÁRIOS 3. > de § SALÁRIOS													
1. SIM 2. PARCIAL 3. NÃO													
1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SE APLICA													
1. SIM 2. NÃO 3. TDO 4. NÃO SE APLICA													
1. SIM _____ 2. NÃO													
1. SONDAS 2. FRALDAS 3. COLCHÃO CA SCA DE OVO 4. CADEIRA DE RODAS 5. OUTROS													
1. SIM 2. NÃO													
ASSINATURA DO VISITADOR													
CONDOTA POS-VISITA													

Ficha adaptada do instrumento de VD elaborado por Machedo, 2010.

OBSERVAÇÕES: Preencher corretamente os campos utilizando a numeração referente à resposta obtida.

RN – Recém-Nascido HA – Hipertensão Arterial DIA – Diabético DIF Locomoção – Dificuldade de locomoção por amputação, deficiência osteoarticulares, etc.

OUTRAS: Hanseníase, Tuberculose, Transtorno Mental, Deficiência, Dislipidemia, Câncer e etc.

TDO - Tratamento Diretamente Observado

Figura 1- Ficha B-VD validada pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. Aracaju, 2011

Para a obtenção da análise das variáveis da Ficha B-VD, utilizou-se o agrupamento dos itens em três dimensões, conforme grau de coerência.

Dimensão I - identificação do usuário (nome, endereço, sexo e idade);

Dimensão II - situação de saúde do usuário (condição do usuário e higiênicas, autonomia para atividades da vida diária, faz dieta, usa medicação conforme prescrição e apresenta situação de risco);

Dimensão III - relação familiar e social – (vínculo familiar, cuidador, situação socioeconômica, necessita de materiais especiais e em situação de emergência sabe como proceder).

Duas variáveis não se enquadraram nessas dimensões: assinatura do visitador e conduta pós-visita, sendo analisadas separadamente.

Na identificação do perfil dos profissionais realizou-se o teste do Qui-quadrado, a fim de avaliar a associação das variáveis. Foram também calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Em todas as variáveis foi considerado o nível de significância de 5%.

Na análise do nível de concordância das variáveis contidas na Ficha B-VD, pelos profissionais, foi utilizada a técnica alfa (α) de Cronbach.²⁷ Essa técnica estima um coeficiente de precisão a partir da análise estatística dos dados, em uma única aplicação do instrumento, a uma população representativa de sujeitos. Esse coeficiente visa a identificar a consistência interna do teste, através da análise da consistência interna dos itens, isto é, verifica a coerência que tem cada item do teste com o restante dos itens do mesmo teste.²⁷

De acordo com Pasquali, a variabilidade do alfa de Cronbach está compreendida entre 0,00 (ausência de confiabilidade) a 1,00 (confiabilidade perfeita). Assim, o coeficiente de fidedignidade será melhor quanto mais se aproximar de 1,00. Caso a correlação interna entre os itens seja alta, significa que o instrumento mede o que se propôs

a medir, e conseqüentemente o alfa será elevado. Na validação, foi considerado aceitável um alfa $\geq 0,80$ para avaliação do constructo (grupo de perguntas).²⁸

A análise estatística dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.

3 Considerações Éticas

A pesquisa atendeu a todos os princípios éticos requeridos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS) Campus da Saúde com o N° CAAE – 0143.0.107.000-11, em 03/06/2011.

4 Resultados

4.1 Caracterização da Amostra

Do total dos 183 profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem), 79,2% (145) são do sexo feminino, com destaque para a categoria enfermeiro 90,2% (55). A faixa etária mais prevalente foi de 30 a 60 anos, 83,6% (153), com média de 45,4 anos. Informaram possuir um tempo de exercício profissional ≥ 10 anos, 58,5% (107), sendo que a categoria dos enfermeiros foi a que apresentou mais tempo de vida profissional 63,9% (39). Do total de profissionais 56,8% (104) desenvolviam atividades na equipe da ESF atual por um período superior a cinco anos; 72,7% (133) referiram já ter trabalhado anteriormente em outra equipe, com menor percentual para a categoria dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem 42,6% (26).

Em relação ao processo de trabalho das equipes investigadas, verificou-se que a grande maioria dos profissionais realizava a VD, 98,9% (181), e que 77,6% (142) planejavam essa atividade. A categoria dos enfermeiros foi a que relatou planejar a visita com mais frequência 88,5% (54). (Tabela 1).

Referente ao registro da realização da VD, 98,3% (180) dos profissionais informaram realizar esse procedimento, desses, 94,0% (172) afirmaram utilizar o prontuário. A periodicidade da visita semanal foi a mais mencionada pela amostra 74,3% (136).

Quando questionados se achavam importante a existência de um instrumento específico para o registro da VD, foi evidenciado que 94,0% (172) (Tabela 1) consideraram de grande relevância.

A Tabela 1 mostra ainda que as equipes de saúde da família são responsáveis por um território com uma população superior a 4.000 pessoas, 44,2% (81); ressalta-se o elevado percentual dos profissionais que não sabiam informar a população da sua área adstrita: 22,0% (40); com ênfase para a categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem 42,6% (26), seguidos dos médicos, com 19,7% (12). A média encontrada de habitantes por equipe foi de 4.248 habitantes.

Tabela 1 - Categorias sociodemográficas e do processo de trabalho dos profissionais da amostra, Aracaju/SE, 2011

Variáveis n=(183)	Médico		Enfermeiro		Auxiliar/Técnico de Enfermagem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo*								
Masculino	22	36,1	06	9,8	10	16,4	38	20,8
Feminino	39	63,9	55	90,2	51	83,6	145	79,2
Faixa Etária (anos)								
<30	02	3,3	09	14,8	09	14,8	20	10,9
30 a 60	53	86,9	49	80,3	51	83,6	153	83,6
>60	06	9,8	03	4,9	01	1,6	10	5,5
Tempo que exerce a profissão*								
<5 anos	07	11,5	10	16,4	05	8,2	22	12,0
5 a 10 anos	17	27,9	12	19,7	25	41,0	54	29,5
10 a 20 anos	16	26,2	16	26,2	23	37,7	55	30,1
>20 anos	21	34,4	23	37,7	08	13,1	52	28,4
Tempo que desenvolve atividades na equipe								
<1 ano	07	11,5	09	14,8	07	11,5	23	12,6
1 a 5 anos	24	39,3	13	21,3	19	31,1	56	30,6
>5 anos	30	49,2	39	63,9	35	57,4	104	56,8
Trabalhou anteriormente em outra equipe *								
Sim	55	90,2	52	85,2	26	42,6	133	72,7
Não	06	9,8	09	14,8	35	57,4	50	27,3
Realiza Visita Domiciliar*								
Sim	61	100	60	98,4	60	98,4	181	98,9
Não	-	-	01	1,6	01	1,6	02	1,1
Planeja a realização da Visita Domiciliar*								
Sim	48	78,7	54	88,5	40	65,6	142	77,6
Não	02	3,3	-	-	09	14,8	11	6,0
Às vezes	11	18,0	07	11,5	12	19,6	30	16,4
Registra a Visita Domiciliar								
Sim	60	98,4	61	100	59	96,7	180	98,3
Não	01	1,6	-	-	02	3,3	03	1,7
Considera importante a utilização* de uma ficha específica para Visita Domiciliar								
Sim	54	88,5	58	95,1	60	98,4	172	94,0
Não	07	11,5	03	4,9	01	1,6	11	6,0
Nº habitantes de responsabilidade da equipe *								
<4.000	21	34,4	26	42,6	15	24,6	62	33,8
>4.000	28	45,9	33	54,1	20	32,8	81	44,2
Não sabe informar	12	19,7	02	3,3	26	42,6	40	22,0

* p< 0,05 (Qui-Quadrado)

4.2 Validação de Conteúdo

Na primeira etapa do processo de validação, 100% (14) dos especialistas consideraram a Ficha B-VD um importante instrumento para acompanhamento das famílias e não recomendaram nenhuma modificação na sua estrutura. No cabeçalho, foi sugerido por 35,7% (05) dos avaliadores retirar o espaço destinado ao nome do ACS e trocar por “pasta família”. Na segunda etapa, houve concordância dessa mudança por 85,7% (12) dos avaliadores.

Relativamente aos dados de identificação (nome, endereço, sexo e idade), houve concordância de 100% (14) dos examinadores, ainda no primeiro ciclo de avaliação.

Com referência ao item, “condição do usuário”, 7,1% (01) dos especialistas sugeriram retirar a especificação Puérpera/RN, e 85,7% (12) a terminologia “idoso” (por já constar a idade do usuário na ficha) e acrescentar HA e DIA, respectivamente, para hipertensão e diabetes, como também, 14,2% (02) solicitaram trocar a terminologia para “doenças crônicas”. Entretanto, na segunda etapa, houve concordância dos avaliadores em permanecer as siglas HA e DIA 85,7% (12), como também Puérpera/RN.

Outra alteração indicada foi concernente ao item relação “paciente/família”, sendo recomendado por 35,7% (05) dos especialistas alterar para “vínculo familiar”, item com aceitabilidade de 85,7% (12) no segundo ciclo de avaliação.

As especificações inerentes aos itens “condições higiênicas” e “cuidador” foram aceitas, ainda no primeiro momento, por 100% (14) dos avaliadores. Foi também sugerido por 71,4% (10) dos especialistas a modificação do item “renda familiar”, passando a ser adotada a terminologia “situação socioeconômica”.

No item “autonomia para as atividades da vida diária” (sim e não), recomendou-se a inserção de mais um subitem, “parcial”, uma vez que existem também limitações e não

somente ausência total da autonomia. Na segunda etapa do processo, houve uma aceitabilidade da mudança sugerida por 85,7% (12) dos avaliadores.

Com relação ao item “faz dieta”, 100% (14) dos especialistas mantiveram-no sem modificações ainda no primeiro processo da avaliação. Outra alteração indicada por 14,9% (02) dos juízes foi a mudança do item “identifica para que servem as medicações”, para “usa medicação conforme prescrito”. Na segunda fase da avaliação, a alteração teve aceitabilidade de 85,7% (12) dos profissionais que fizeram análise do instrumento.

Quanto ao item “vulnerabilidade/risco” contido na primeira versão apresentada na Ficha B-VD, 28,6% (04) dos avaliadores recomendaram a substituição dessa expressão por “apresenta situação de risco”. No segundo ciclo, esse item foi aceito por 71,4% (10) dos avaliadores.

No item “apresenta situação de risco”, os entrevistadores aconselharam que fosse acrescentada no subitem “sim” uma linha para especificação (caso seja identificada alguma necessidade). Na segunda avaliação, houve concordância da alteração por 71,4% (10) dos especialistas.

Quando avaliado o item “uso de materiais especiais”, houve aceitabilidade em manter o item da forma apresentada por 100% (14) dos avaliadores. Para o item “na urgência, sabe como proceder” 7,1% (01) dos juízes indicaram a inserção da palavra “situação”, ficando o item com a seguinte terminologia: “em situação de emergência sabe como proceder”.

Foi recomendado por 42,9% (06) que fosse inserido o item “assinatura do visitador”, que teve uma concordância de 100% (14) dos avaliadores, quando submetido para análise, na segunda fase do processo. Ainda foi indicada por 21,4% (03) dos especialistas a alteração do item “observação” por “conduta pós-visita”, aceito na segunda etapa por 93,0% (13) dos especialistas.

4.3 Validação do Constructo

Na validação das variáveis da dimensão I, “identificação do usuário”, houve uma concordância de 95,2% (58) dos profissionais; destes, 98,4% (60) são auxiliares de enfermagem, seguidos dos enfermeiros com 96,8% (59) e depois os médicos com 90,2% (55) de aceitação.

Verificou-se na dimensão II, “situação de saúde do usuário”, que 95,2% (58) dos profissionais concordaram com os itens; os auxiliares de enfermagem representaram 96,8% (59), enquanto a aprovação dos enfermeiros foi de 95,2% (58) e dos médicos 93,6% (57). Nessa dimensão, o maior índice de concordância foi para o item “usa medicação conforme prescrição” 97,0% (177) e o menor 93,0% (171) “autonomia para as atividades da vida diária”.

Com referência à dimensão III, “relação familiar e social”, o índice de concordância foi de 89,8% (54). Evidenciou-se a aceitabilidade de 92,0% (56) dos auxiliares de enfermagem, seguidos dos enfermeiros com 90,4% (55), e dos médicos com 87,0% (53). A variável “necessita de materiais especiais” recebeu valor máximo de 97,0% (177) e a variável “situação socioeconômica” o valor mínimo 79,0% (144). (Tabela 2).

Os itens “conduta pós-visita” e “assinatura do visitador” não foram agrupados nas dimensões, contudo, obtiveram uma aceitação de 95,6% (175) dos profissionais.

Tabela 2 – Distribuição das dimensões (I, II, III) segundo concordância dos profissionais de saúde considerando-se a Escala de Likert. Aracaju, 2011

Variáveis n=(183)	Médico		Enfermeiro		Auxiliar/técnico de enfermagem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dimensão I								
Concorda Totalmente	54	88,6	58	95,2	59	96,8	57,0	93,5
Concorda Pouco	01	1,6	01	1,6	01	1,6	1,0	1,6
Indeciso	01	1,6	-	-	-	-	0,3	0,5
Discorda Pouco	-	-	01	1,6	-	-	0,3	0,5
Dimensão II								
Concorda Totalmente	54	88,6	55	90,2	56	91,8	55,0	90,2
Concorda Pouco	03	5,0	03	5,0	03	5,0	3,0	5,0
Indeciso	01	1,6	01	1,6	01	1,6	1,0	1,6
Discorda Pouco	01	1,6	01	1,6	-	-	0,6	1,0
Discordo Totalmente	02	3,2	01	1,6	01	1,6	1,4	2,2
Dimensão III								
Concorda Totalmente	47	77,1	49	80,5	50	82,1	48,7	79,9
Concorda Pouco	06	9,9	06	9,9	06	9,9	6,0	9,9
Indeciso	02	3,2	02	3,2	01	1,6	1,6	2,7
Discorda Pouco	01	1,6	02	3,2	02	3,2	1,6	2,7
Discordo Totalmente	05	8,2	02	3,2	02	3,2	3,1	4,8

Na análise de consistência interna das 17 variáveis da Ficha B-VD obteve-se coeficiente alfa de Cronbach de 0,95. Na dimensão I, 0,94, dimensão II, 0,93 e na dimensão III, 0,82 dimensão (Tabela 3).

Analisando a variação dos itens de cada dimensão, observou-se que os das dimensões I e II possuem níveis de variação próximos, enquanto que os da dimensão III apresentam variações distintas. Isso mostra que a análise dos itens dessa dimensão apresentou maior discordância entre os profissionais, em relação às dimensões I e II.

Nessas duas dimensões, praticamente todos concordam e pensam igual em relação às variáveis da ficha, ou seja, o alfa de Cronbach é estável nas dimensões I e II e apresenta uma variação elevada na dimensão III.

Quando analisados os itens das três dimensões juntas, verificam-se níveis de variação próximos, o que resulta em um alfa de Cronbach com uma consistência interna

elevada, ou seja, como a maioria das variáveis foi bem aceita pelos profissionais, o valor do α foi elevado.

A dimensão III gerou um desvio padrão mais elevado, ocorreu uma maior diferença na avaliação dos dados. Ressalta-se que nessa dimensão constam as variáveis menos aceitas pelos profissionais participantes da amostra (Tabela 3).

Tabela 3 - Estatística descritiva da ficha B-VD e coeficiente de alfa Cronbach, por dimensão (I, II, III) e total dos itens validados. Aracaju, 2011

Dimensão	Nº de Itens	Média (dp)	Mediana	Mín/Max	Alfa de Cronbach
I	4	4,83 (0,76)	5	1/5	0,94
II	6	4,80 (0,74)	5	1/5	0,93
III	5	4,60 (0,93)	5	1/5	0,82
Total	15	4,74 (0,81)	5	1/5	0,95

Dimensão I = Identificação do usuário; Dimensão II = Situação de saúde do usuário; Dimensão III = Relação familiar e social.

5 Discussão

Os resultados mostraram que os profissionais da ESF do município de Aracaju consideram importante a existência de um instrumento para registro e acompanhamento das famílias no domicílio.

A Ficha B-VD, avaliada inicialmente pelos examinadores especialistas - para posterior validação pelos profissionais das equipes -, obteve um consenso de 91,4%, enquanto que no processamento e análise dos dados de validação das dimensões I, II, III, pelos 183 profissionais distribuídos entre médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem das equipes de saúde, obteve-se uma consistência interna de 0,95. Este resultado indica o grau de coerência e homogeneidade do conteúdo das variáveis, como também apresenta a importância que os profissionais demonstram em relação à existência e utilização de um instrumento de registro e acompanhamento das famílias que necessitam de VD.

As VDs são realizadas pela maioria dos profissionais das equipes de saúde participantes da amostra, passando a fazer parte das atribuições dos profissionais a partir da criação do PSF em 1994, e a importância da VD foi reafirmada através da Portaria nº 2488/GM/2011.⁸

Essa atividade, no contexto da ESF, constitui-se de um momento rico, no qual os profissionais das equipes prestam assistência à saúde, acompanham as famílias, fornecem subsídios educativos para os indivíduos, ao tempo em que possibilita aos profissionais obter informações relevantes para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no domicílio.¹⁶

Prestar assistência à saúde no domicílio é muito mais que simplesmente levar a equipe de saúde ao paciente com dificuldade de locomoção ou que realizar orientações com relação à higiene e à alimentação. É compreender o contexto socioeconômico e cultural que envolve os hábitos de higiene e alimentação da família; o significado da dificuldade de locomoção para o paciente e sua influência na dinâmica familiar, bem como avançar na compreensão do contexto no qual essas pessoas se inserem²⁹.

Em 1995 a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju lançou os protocolos clínicos contemplando várias áreas programáticas, porém, inexistiu um protocolo específico para VD e esta é pouco enfatizada nos protocolos existentes.³⁰

A realização do planejamento da VD foi confirmada por 77,6% dos profissionais. Para a realização de uma VD de qualidade é necessário que haja planejamento, execução, registro de dados e avaliação, sendo que o planejamento é um dos elementos chave para a operacionalização dessa atividade.^{14, 17}

Na realização do planejamento das VDs, que podem ser agendadas, os profissionais das equipes devem ter um cronograma estabelecido com dia e horário

predeterminados, para efetivação dessa atividade. Nos casos agudos, esses profissionais, principalmente o médico, precisam dispor de cronograma diário, para sua concretização.³¹

Entre os profissionais entrevistados, 98,3% informaram registrar a VD em um ou mais instrumentos, com maior ênfase para os prontuários, seguidos do SIAB e de outros (planilhas, mapa VD, agenda, dentre outros). A utilização de um instrumento para registro da VD é de fundamental importância, haja vista que permite obter informações sobre o usuário visitado e, ao mesmo tempo, possibilita a realização de uma análise periódica do mesmo, além de servir como ferramenta de planejamento, programação, monitoramento e avaliação das VDs.¹⁴

Foram evidenciadas, em pesquisa realizada no município de Aracaju, fragilidades com relação ao levantamento de informações sobre os usuários que receberam VD. Esse fato ocorreu, possivelmente, devido à inexistência de uma ficha de registro das visitas efetivadas ou a se efetivarem.¹¹

Em relação à periodicidade da realização da VD, a maioria dos profissionais relatou desenvolver essa atividade de acordo com a demanda requerida, ou seja, semanal, seguida de quinzenal, mensal, diária e outra.

A assistência domiciliar pode ser operacionalizada através da internação ou da visita domiciliar.³¹ Estudo conduzido no município de Curitiba mostra que a assistência domiciliar ocorre com a realização da VD que acontece também com frequência semanal, quinzenal ou mensal; de acordo com as necessidades de cada paciente e de sua família, devendo-se levar em consideração o contexto de vida do indivíduo, suas demandas e estabelecer um plano assistencial.³²

A periodicidade das visitas depende da necessidade de cada indivíduo, no entanto, a proposta brasileira tem como parâmetro de assistência domiciliar a média de três usuários

para cada 1.000 habitantes. Considerando-se que uma equipe atende no máximo 4.000 pessoas, caberia a cada equipe atender em média 12 usuários em assistência domiciliar.¹⁷

Pesquisa realizada em Aracaju, no ano de 2010, evidenciou uma média de 21,6 visitas/equipes/mês¹¹, porém não foi encontrada na literatura uma média nacional de visitas domiciliares que pudesse ser utilizada como parâmetro comparativo.

No que concerne ao quantitativo máximo de habitantes de responsabilidade da equipe, as três categorias profissionais informaram ser maior do que 4.000 pessoas. A Portaria nº 2488/GM/2011 estabelece no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes.⁸

Vale ressaltar o percentual de auxiliares/técnicos de enfermagem e médicos que não souberam informar o quantitativo de usuários sob sua responsabilidade: 42,6% e 19,7%, respectivamente. A PNAB propicia aos profissionais da ESF o entendimento quanto à importância de participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a risco, além de destacar a importância da atualização contínua dessas informações.⁸

Com relação à importância de um instrumento de registro e acompanhamento da VD, a maioria dos profissionais relatou a sua importância, haja vista permitir planejar, acompanhar e monitorar a evolução do usuário, fato este que possibilita a elaboração do plano de cuidado com mais eficiência, visando tanto à qualificação do atendimento, quanto à comprovação da realização da visita, ou seja, proteção legal do profissional. Foi enfatizada, ainda, a importância do registro, em instrumento específico, de todas as atividades realizadas com os usuários, para que os demais profissionais da equipe possam dar continuidade à assistência.

Correlacionando os valores dos itens avaliados, após aplicação do teste alfa de Cronbach, obteve-se um grau de fidedignidade de 0,95 que representa uma consistência interna elevada das variáveis avaliadas.²⁸

No processo de validação das variáveis contidas na dimensão I, referente à “identificação do usuário”, obteve-se uma boa aceitação dos profissionais das três categorias. É consenso na literatura que, para se atingir o objetivo da VD, é necessário planejar, sistematizar, organizar e documentar.¹⁴ Na etapa do planejamento, deve-se identificar o usuário, através das variáveis: nome, sexo, idade, endereço, os fatores de risco que levaram ao motivo da VD e à condição atual. É necessário, ainda, usar formulário específico para o registro, anotar o atendimento no prontuário e informar a equipe sobre a situação do usuário e a atenção realizada.³⁰

Quanto às variáveis relacionadas à dimensão II – situação de saúde do usuário, todas elas apresentaram um nível bom de concordância. As “condições do usuário” foram vistas pelos profissionais como de fundamental importância por possibilitar conhecer quem são os indivíduos que recebem a VD. A relevância desse item, apresentada pelos profissionais, condiz com estudo realizado no município de Aracaju que apontou como principais condições identificadas pelos profissionais para a VD os idosos/acamados, seguidos dos hipertensos/diabéticos, puérperas/RN e indivíduos com problemas ortopédicos.¹¹

O ambiente onde vive o usuário é visto na medicina e na saúde pública como algo externo, pois nele estão inseridos diversos fatores que podem trazer risco à saúde, como os físicos, químicos, biológicos, nutricionais, econômicos, culturais, psicossociais e ecológicos, sendo necessário que os profissionais tenham a percepção para interferir nesses fatores, os quais podem contribuir para o incremento de doenças crônicas degenerativas e das causas externas (acidentes e violências).³³

Fundamentado nesse aspecto, compreende-se a elevada concordância da variável “apresenta situação de risco” pelos participantes da amostra.

O item “condições higiênicas” obteve um grau de concordância de 92,7%. Essa alta aceitabilidade tem relevância, devido à VD ser enfatizada como uma atividade que permite conhecer *in loco* a realidade em que vive o indivíduo e sua família, possibilitando avaliar as condições socioambientais e habitacionais, e a identificação dos determinantes do processo saúde-doença.³⁴

A variável “autonomia para as atividades da vida diária” alcançou um nível de coerência importante. Foi evidenciado em estudo realizado com idosos - no Sul do Brasil em 2009 - que a maioria desses usuários apresentava algumas limitações para realizar atividades diárias, além de problemas relativos à sexualidade.³⁵ A concordância em relação a essa variável mostra a preocupação dos profissionais com a identificação de limitações inerentes aos idosos e demais usuários, de sua área adscrita.

O uso racional e correto da medicação é de fundamental importância para o controle dos agravos, mas outros fatores são importantes e devem ser considerados, tendo em vista que contribuem para o bom controle da saúde, como por exemplo, alimentação saudável, atividade física, lazer, diminuição do estresse, que também são condicionantes, os quais podem levar ao descontrole dos problemas de saúde.³⁶

A Política Nacional de Promoção da Saúde³⁷⁰ orienta que os serviços de saúde devem mobilizar e capacitar os profissionais de saúde da atenção primária para, nas VDs, nas atividades de grupo e nos atendimentos individuais, evidenciar os benefícios de uma alimentação saudável. As variáveis “faz dieta” e “usa medicação conforme prescrição” alcançaram uma concordância bastante relevante de todos os integrantes da equipe. É consenso na literatura a importância dessas variáveis para o controle efetivo dos agravos, seja agudos ou crônicos.³⁴

A VD é um instrumento que permite conhecer a família, suas formas de trabalho e vida, quais os padrões de solidariedade que se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o cuidado, cura ou recuperação de um dos seus membros. Além de possibilitar reconhecer essa situação familiar, sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade.¹⁶

Diante desse contexto, observa-se que os profissionais reconhecem a importância desses aspectos ao validar as variáveis incluídas na dimensão III “relação familiar e social” como: “vínculo familiar”, “cuidador” “necessidade de materiais especiais” e de “como proceder em situação de emergência”.

A importância do cuidador foi constatada em estudo realizado no município de Aracaju, quando se verificou que 65,3% dos usuários relataram ser assistido por um cuidador, sendo 58,8% deles membros da própria família¹¹. Alguns municípios do interior de São Paulo publicaram portaria criando serviço de assistência domiciliar, tendo sido estabelecido como um dos critérios para o recebimento, a existência de cuidador.³⁸

Os profissionais das equipes de saúde devem identificar o cuidador, bem como sua capacidade de resiliência, incentivando e fortalecendo essa capacidade para o desempenho de suas atividades.³⁹

O item referente às “condições socioeconômicas” conseguiu uma menor concordância, dentre as variáveis validadas, considerando que os profissionais alegaram ter dificuldade na abordagem desse item com os usuários. Um estudo nacional efetuado em 2002 mostrou que o conhecimento das condições socioeconômicas é de fundamental importância, pois quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde, possivelmente é maior o número de acamados e da necessidade de cuidados.⁴⁰

As variáveis “conduta pós-visita” e “assinatura do visitador” foram analisadas pelos profissionais como relevantes, alcançando 95,6% de concordância.

Quando se fizer necessária uma intervenção após a realização da VD, o profissional deve elaborar um plano de cuidados voltado para ações preventivas e/ou curativas, que pode ser de responsabilidade de qualquer um dos integrantes da equipe, de acordo com a complexidade da situação/problema, como também assinar o procedimento realizado.³⁰

6 Considerações Finais

Reconhecendo as VDs como atividades potenciais para o acompanhamento das famílias no domicílio, pelos profissionais das equipes, este estudo possibilitou a validação coletiva de um instrumento considerado adequado e pertinente para o fortalecimento e estruturação do registro, planejamento, avaliação e monitoramento das visitas realizadas no território adscrito das equipes.

A Ficha B-VD foi considerada fundamental no processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, por se constituir em um instrumento potente, democrático, uma vez que sua construção aconteceu de forma conjunta com a participação dos profissionais, integrantes da ESF e gestores, do município de Aracaju. Possibilita, ainda, a obtenção de dados relativos ao quantitativo de visitas realizadas, identificação, situação de saúde e relação familiar e social dos usuários que necessitam de visita domiciliar.

O instrumento final obtido foi avaliado como de importância essencial para a realização da VD, pois possibilita um fluxo de comunicação escrita e favorece a

continuidade da atenção prestada no domicílio e na organização do processo de trabalho das equipes.

Considerando a Ficha B-VD validada, sugere-se ao gestor implantação dessa ferramenta na Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP), no município de Aracaju. Para a sua utilização, faz-se necessário treinamento dos profissionais, seguido de avaliações periódicas sobre sua utilização.

Na consolidação das principais informações da Ficha B-VD, recomenda-se a inclusão de variáveis no Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2), em espaço específico para marcadores identificados como de impacto para a saúde da população.

Apesar do nível de concordância elevado sobre a importância da utilização da Ficha B-VD pelos profissionais, há uma preocupação quanto à aceitação dos gestores na implantação dessa ferramenta no município de Aracaju e demais municípios do Brasil, como também à inserção de variáveis na ficha PMA2 do SIAB pelo Ministério da Saúde.

Diante dessa situação, foi escolhida para publicação deste estudo a revista *Epidemiologia em Serviços de Saúde* por ser gratuita e de grande circulação entre os gestores e profissionais da saúde, favorecendo assim o compartilhamento deste instrumento.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. p. 726.
2. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 549.
3. World Health Organization. Atencion Primaria de Salud. Alma-Ata (URSS) Geneva: WHO; 1978.
4. CONASS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, Progestores; 2009. p.177-198.
5. Mendes, EV. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009, p. 848.
6. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília; 2001. p. 69.
7. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2008. p.1112 .
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 24 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, p.48, 24 outubro 2011. Seção 1.
9. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Coleção Temas em Saúde; 2009, p.148.
10. Takahashi RF, Oliveira MAC. A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família. In: Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília; 2001.

11. Machado LC. A Visita Domiciliar na Visão dos Profissionais de Saúde e dos Usuários no Município de Aracaju /SE. 2010. [Dissertação Mestrado]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2010.
12. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da Equipe de Saúde da Família sobre as Visitas Domiciliares. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(6): 659-664.
13. Merhy EE. Agir em Saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
14. Marasquin HG, Duarte RVC, Pereira RBL, Monego ET. Visita Domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte, Palmas (TO). Revista da UFG. 2004; 6, (especial). [Acessado em 11 nov 2010]. Disponível em <<http://www.proec.ufg.br>>
15. Donabedian A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. In: White K. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre Servicio de Salud: una antología. Washington D C. Organización Panamericana de la Salud; 1992, p. 382-404;
16. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MAA. Contribuição do Enfermeiro no Contexto de Promoção à Saúde através da Visita Domiciliar. Revista da UFG. 2004; 6, (especial). [Acessado em 11 nov. 2010]. Disponível em <<http://www.proec.ufg.br>>
17. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência Domiciliar em Saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10 (sup): 231-242.
18. Souza MFM. Dos Dados à Política: a importância da informação em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2008; 17 (1): 5-6.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p.96.

20. IBGE. Censo Demográfico 2010. População por município. [Acessado em 12 dez. 2010]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas/pdf/total_populacaosergipe.pdf>
21. Aracaju, Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica, Rede de Atenção Primária de Saúde, REAP; 2011.
22. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002
23. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (3): 207-216.
24. Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi Technique to Examine the Content Validity of Nursing Diagnoses. Nurs. Diagn. 1992; 3 (1): 12- 22.
25. Alexandre JWC, Andrade, DF, Vasconcelos AP, Araújo MAS, Batista MJ. Análise do número de categorias da escala Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria das respostas ao item. In Anais do XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção; 2003; Ouro Preto, MG, Brasil. Pp. 1-8. [Acessado em 08 ago 2010]. Disponível em: <<http://www.abepro.org.br/bibliote>>
26. Osinaga VLM. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1999.
27. Pasquali, L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(Esp): 992-9
28. Pasquali L. Psicometria: Teorias e Aplicações. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1997
29. Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Manual das Ações Programáticas; 2005
30. Lopes JMC. Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Porto Alegre/RS; 2003; 49-1.

31. Lacerda MR; Giacomozzi CM; Oliniski SR; Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Ciência e Sociedade*. 2006; [Acessado em 24 nov/2010] Disponível <www.scielo.com.br.>
32. Giacomozzi CM, Lacerda ML. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. 2006. *Texto contexto - Enferm*. 15 (4): 645-653.
33. Machado ATGM. *Saúde Humana e Ambiente*. 2005. [Acessado 23 nov /2010] Disponível em: <www.ufmg.br/biblioteca/index.shtml.>
34. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das Condições de Habitação e Saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 2(3): 743-753.
35. Josiane JM, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Luiz G. Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos que Recebem Cuidados Domiciliares. 2009; *Acta Paul Enferm*. 22(3): 265-71.
36. Organização Panamericana da Saúde. *Uso Racional de Medicamentos*. Unidade de Medicamentos e Tecnologia. OPAS/OMS; 2003. p. 1-15.
37. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 60.
38. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 37/2007. Dispõe sobre a implantação e regulamentação do Serviço Municipal de Atenção Domiciliar – SAD; 2007.
39. Silva MRSS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Tavares KO. Resiliência e Promoção da Saúde. *Revista Texto & Contexto-enfermagem*. 2005; 14 (especial): 95-102.
40. Néri M, Soares W. Desigualdade Social e Saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2002; 18: 77-87