



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

ANNA VALÉRIA DA SILVA ANDRADE

AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES EM ATENÇÃO
DOMICILIAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RECIFE
2020

ANNA VALÉRIA DA SILVA ANDRADE

**AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES EM ATENÇÃO
DOMICILIAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Isabella Chagas Samico

Coorientadora: Gisele Cazarin

RECIFE
2020

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-025/2020
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

A553a Andrade, Anna Valéria da Silva

Avaliação de Intervenções em Atenção Domiciliar: uma Revisão Sistemática / Anna Valéria da Silva Andrade. Orientador: Isabella Chagas Samico. Coorientadora: Gisele Cazarin – Recife: Do Autor, 2020.

75 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2020.

1. Visita domiciliar. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Samico, Isabella Chagas: orientadora. II. Cazarin, Gisele: coorientadora. III. Título.

CDD 362.10425

ANNA VALÉRIA DA SILVA ANDRADE

**Avaliação de Intervenções em Atenção Domiciliar: uma
Revisão Sistemática**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: 09 de junho de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Carla Meneses Hardman - UFPE

Suely Arruda Vidal - IMIP

Isabella Chagas Samico - IMIP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus por, ao longo dessa caminhada, ter me ajudado em cada passo dado e ter me levantado nos tropeços e quedas. Sem Ele, eu não teria chegado aqui.

Aos meus pais, Lucimar e Heráclito, e toda a minha família por sempre me apoiarem em minhas decisões e me aconselharem para o caminho do bem e dos estudos. A vocês, minha eterna gratidão por tudo!

Ao meu querido esposo, Paulo, por sempre me ajudar em tudo, compreender-me em minhas ausências e ser um grande incentivador do meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional, estando sempre ao meu lado com muita paciência e cumplicidade. Obrigada por sempre caminhar ao meu lado, nos momentos felizes e tristes!

À minha querida orientadora, Isabella Samico, pelos ensinamentos, paciência e incentivo em todos os momentos. Sem você, eu não teria conseguido. Meu muito obrigada!

À minha querida coorientadora, Gisele Cazarin, pela compreensão de todas as horas e por nortear-me sempre a seguir o caminho correto, mesmo quando ele me parecia incerto. Faltam-me palavras para agradecê-la! Obrigada!

À Sofia Guerra Ávila, que ao longo desse trabalho, transformou-se em uma verdadeira amiga e me ajudou, com muita paciência e dedicação, em uma das etapas deste estudo. Que Deus te abençoe sempre!

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do IMIP. Obrigada pela dedicação e zelo de vocês!

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse sonho! Meu muito obrigada!

"Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes".

(Martin Luther King).

RESUMO

Introdução: Tendo em vista uma resposta dos sistemas de saúde aos desafios impostos pela transição demográfica, envelhecimento populacional e pela magnitude das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a expansão de programas de Atenção Domiciliar (AD) vem se constituindo numa estratégia focada na redução de custos econômicos e sociais para seus usuários. O Programa Melhor em Casa (PMC) tem se mostrado de grande relevância para o tratamento dos pacientes no âmbito domiciliar, como estratégia do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) brasileiro, desde a sua criação, no ano de 2011. **Objetivo:** Sistematizar os estudos avaliativos em Atenção Domiciliar publicados no período de 2011 a 2018. **Método:** Estudo de Revisão Sistemática com meta-avaliação, utilizando-se critérios metodológicos recomendados pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Foram pesquisados artigos originais publicados nas bases de dados *Medline/interface Pubmed, Scielo e LILACS/interface BVS*, que estivessem publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês e que se caracterizassem como estudos avaliativos em Atenção Domiciliar, sendo analisadas as estratégias metodológicas de avaliação (delineamento, tipologia, método, indicadores, efeitos). O processo de seleção dos artigos foi realizado por dois avaliadores independentes. As discordâncias entre os pesquisadores foram resolvidas por discussão e consenso, com presença de um terceiro examinador. Utilizou-se o índice *Kappa* para estabelecer a concordância entre os avaliadores. Realizou-se avaliação da qualidade dos artigos por meio de meta-avaliação com uso dos parâmetros da qualidade e utilidade propostos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (JCSEE). **Resultados:** Identificaram-se 2.432 referências, dessas, seis referências foram excluídas, por se tratar de duplicidades. Foram selecionados oito estudos. A aplicação dos parâmetros de meta-avaliação revelou que os estudos apresentaram boa qualidade, uma vez que a maior parte dos parâmetros ficaram bem pontuados (média acima de sete). Chama-se atenção que o parâmetro utilidade (P1) recebeu melhor pontuação, revelando preocupação dos estudos com o atendimento às necessidades dos usuários (público alvo). Em contrapartida, os parâmetros de acurácia ou precisão (P4) e factibilidade (P2) obtiveram pontuações menores, o que leva a considerar que houve comprometimento, principalmente na explicitação dos critérios de validade utilizado no julgamento de valor ou mérito das intervenções estudadas. **Conclusões:** Os achados revelaram que ainda são poucos os estudos de avaliação sobre AD em saúde, permitindo concluir que a maior parte das intervenções dessa modalidade de atenção em saúde foram desenvolvidas por hospitais, objetivando avaliar o grau de satisfação dos pacientes que se utilizam desse serviço no âmbito domiciliar. Indicadores de custos apresentaram-se frequentes, caracterizando a AD como menos custosa que o modelo tradicional hospitalocêntrico.

Palavras-chave: avaliação em saúde, atenção domiciliar, serviços de saúde, revisão sistemática.

ABSTRACT

Introduction: Given the health systems' response to the challenges imposed by the demographic transition, population aging and the magnitude of chronic non-communicable diseases (NCDs), the expansion of Home Care (HC) programs has become a strategy focused on reducing economic and social costs for its users. The 'Melhor em Casa' Program has proved to be of great relevance for the treatment of patients at home, as a strategy of the Brazilian Home Care Service, since its creation in 2011. **Objective:** To systemize evaluative studies on Home Care published between 2011 and 2018. **Method:** Systematic Review Study with meta-evaluation, using methodological criteria recommended by Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Original articles were searched in the databases Medline/Pubmed interface, Scielo and LILACS/BVS interface, including publications in Portuguese, Spanish or English and characterized as evaluative studies in Home Care. It was developed analysis of methodological assessment strategies (design, typology, method, indicators, effects). The selection process of articles was carried out by two independent reviewers. Disagreements between researchers were resolved by discussion and consensus, with the presence of a third examiner. The Kappa index was used to establish the agreement between evaluators. The quality of the articles was assessed through a meta-evaluation using the quality and utility parameters proposed by the Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE). **Results:** It was identified 2,432 references and among them, six were excluded, as they were duplicates. Eight studies were selected. The application of meta-evaluation parameters revealed that the studies were of good quality since most of the parameters were well scored (average above seven). It is noteworthy that utility parameter (P1) received the best score, revealing the studies concern with meeting the needs of users (target audience). On the other hand, the parameters of accuracy or precision (P4) and feasibility (P2) obtained lower scores, which leads to consider that there was compromise, mainly in the explanation of the validity criteria used in the judgment of value or merit of the studied interventions. **Conclusions:** The findings revealed that there are still few evaluation studies about Home Care in health, allowing to conclude that most of the interventions of this modality of health care were developed by hospitals, aiming to assess the degree of satisfaction of patients who use this service at home. Cost indicators were frequent, and Home Care being characterized as less expensive than the traditional hospital-centered model.

Key words: health evaluation, home care, health services, systematic review.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Atenção Domiciliar
AD1- Atenção Domiciliar tipo 1
AD2 - Atenção Domiciliar tipo 2
AD3 - Atenção Domiciliar tipo 3
ADT - Atenção Domiciliar Terapêutica
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção Primária em Saúde
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CDS - Coleta de Dados Simplificada
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq- Conselho Nacional de Científico e Tecnológico
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECS - Descritores em Ciências da Saúde
EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF - Equipe de Saúde da Família
e-SUS AB - e-SUS Atenção Básica
e-SUS AD - e-SUS Atenção Domiciliar
EUA – Estados Unidos da América
HSPE - Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
HBPC - Programa de Atendimento Domiciliar
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
JCSEE - *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M&A – Monitoramento e Avaliação
MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMC - Programa Melhor em Casa
PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAAS-AD - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RS - Revisão Sistemática
RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS

Figura 1. Histórico da Atenção Domiciliar no contexto brasileiro.....	19
Quadro 1. Modalidades de Atenção Domiciliar.....	22
Quadro 2. Características da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e da Equipe Multiprofissional de Apoio.....	23
Quadro 3. Etapas e critérios de exclusão para seleção das referências	36
Quadro 4. Parâmetros e critérios utilizados na meta-avaliação.....	37
Quadro 5. Quantitativo de títulos excluídos conforme etapa seletiva e critérios de exclusão propostos pela revisão sistemática sobre estudos avaliativos em AD, etapas 1 a 3	41
Figura 2. Fluxograma de seleção das referências para revisão sistemática sobre estudos avaliativos em AD.....	42
Quadro 6. Análise da qualidade dos estudos avaliativos sobre revisão sistemática em AD	43
Quadro 7. Caracterização geral dos artigos selecionados na revisão sistemática sobre intervenções em AD publicados de 2011 a 2018	44
Quadro 8. Caracterização dos estudos avaliativos incluídos na revisão sistemática sobre intervenções em AD, publicados de 2011 a 2018.....	47

Sumário

I. INTRODUÇÃO	12
1.1 Atenção Domiciliar: fundamentos Gerais	12
1.2 Histórico da Atenção Domiciliar no contexto internacional e brasileiro	15
1.3 Avaliação em Atenção Domiciliar e Revisão Sistemática	25
II. PERGUNTA CONDUTORA.....	29
III. OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo Geral.....	30
3.2 Objetivos Específicos	30
IV. MÉTODO	31
4.1 Busca na literatura	32
4.2 Seleção das referências.....	35
4.3 Extração dos dados	38
4.4 Considerações Éticas	39
V. RESULTADOS	40
VI. DISCUSSÃO	54
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

I. INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Domiciliar: fundamentos Gerais

Nas últimas décadas, o Brasil, alinhado ao contexto mundial, experimentou intensas mudanças em sua estrutura populacional. Na segunda metade do século XX, a constante queda na taxa de natalidade, acompanhada da diminuição na taxa de mortalidade, ocasionou alterações no padrão demográfico brasileiro. ¹

O envelhecimento populacional repercutiu no perfil de morbimortalidade, com incremento no número de indivíduos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse cenário impôs desafios aos sistemas de saúde, tanto na implantação de políticas alinhadas aos ‘novos’ problemas de saúde, decorrentes da transição epidemiológica, quanto na necessidade de controlar os custos crescentes com a assistência médica. ^{2,3}

O novo padrão de utilização dos serviços de saúde decorrente desse cenário fez ampliar a demanda por internações hospitalares, tornando necessária a criação de novas estratégias ao modelo tradicional de atenção à saúde. Entre essas estratégias, surgiu a atenção domiciliar (AD), como nova modalidade de atenção em países da América do Norte, da Europa e no Brasil. ^{4, 5, 6, 7}

O modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde começou a entrar em crise na década de 1970, devido a fatores como: vultosos custos gerados pela incorporação de tecnologias em saúde que não corresponderam, na mesma medida, a resultados significativos no tratamento dos usuários. ^{8,9} Silva e Silva ^{8,9} afirmam que tal modelo se enraíza no paradigma biomédico caracterizado pela centralização na doença, assistência curativa e intervenção medicamentosa, além de adotar uma abordagem tecnicista e descontextualizada da história de vida e dos aspectos sociais e culturais dos usuários.

Dessa forma, o modelo tradicional procura oferecer à população maior quantidade de serviços individuais de saúde (modelo centrado no pagamento por produção) e foco no tratamento com crescente utilização de tecnologias, muitas vezes, dispendiosas. Isso vem gerando altos custos sociais, além de indícios de que o modelo hospitalocêntrico apresenta capacidade de resposta insatisfatória na melhoria dos indicadores em saúde.^{8,9}

A AD nasceu sob a premissa do cuidado humanizado, aliada à necessidade de implementar estratégias de cuidado em saúde, baseadas na racionalização dos custos e na alta resolubilidade. Diante disso, o domicílio apresentou-se como um importante *locus* de cuidado e atenção, ampliando as possibilidades de tratamento fora dos espaços tradicionais.^{10,11}

Silva et al.¹² relataram que existem duas teorias que mobilizaram a implementação da AD: 1. a racionalizadora: que insere a AD como forma de diminuir custos por meio da abreviação ou substituição da internação hospitalar, e 2. a tecnoassistencial: que foca na reordenação do modelo com valorização de uma rede substitutiva de cuidados. Essa última, trata a AD como alternativa mais singular, levando em consideração as necessidades dos usuários e de suas famílias. As duas são complementares e estão expressas nas diretrizes de organização dos programas e nas práticas instituídas pelas equipes de AD.

Feuerwerker et al., Braga e Zem-Mascarenhas e Barros^{5, 12, 13} ratificaram essa ideia e identificaram uma série de vantagens atribuídas à internação no domicílio. Esses autores apontam que a AD promove a desospitalização e o uso racional de leitos hospitalares, proporcionando celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio. Promove também a desinstitucionalização, principalmente de idosos com histórico de internações em instituições de longa permanência, bem como a

melhoria dos cuidados e a integralidade da atenção em saúde. A AD altera minimamente o modo de vida do usuário, diminui o risco de infecções hospitalares e estimula uma relação entre o usuário e a equipe de saúde mais próxima, de modo que seja conhecida sua inserção na rede de relações sociais, a fim de se construir um pensar e um fazer com sustentação na produção social do processo saúde-doença.^{8, 13}

Zem-Mascarenhas e Barros¹³ salientam que a possibilidade de continuidade do tratamento de saúde em domicílio permite a retomada da rotina diária do usuário e seus familiares, o que proporciona diminuição do estresse e melhoria de suas condições de saúde. Em contraposição, as Internações hospitalares prolongadas provocam alterações nos hábitos de vida e na rede social dos envolvidos.

Na opinião de Andrade et al.,¹⁴ a AD propicia um cuidado inovador e singular em saúde, posto que promove encontros singulares repletos de subjetividade, que demandam relações e intervenções específicas às necessidades expressas pelo usuário, possibilitando escuta mais qualificada pelos profissionais de saúde. Esta modalidade de atenção incorpora novas práticas adequadas ao ambiente domiciliar, requerendo, a depender do caso, a utilização de diversas tecnologias conforme proposto por Merhy¹⁵ tecnologias duras, leve-duras e leves. Segundo esse autor, as tecnologias duras (ex.: equipamentos, máquinas) fomentam saberes e fazeres bem estruturados e acabados; já as tecnologias leves duras dizem respeito ao conhecimento que direciona o trabalho, como: protocolos, normas, entre outros, expressando o trabalho vivo. As tecnologias leves permitem produzir relações de interação expressas na produção (ou não) de acolhimento, de vínculo, de autonomia e de corresponsabilização.¹⁵

Entre as tecnologias mencionadas, o processo de trabalho em AD, deve primar pela incorporação de tecnologias leves. Tais tecnologias estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, com produção de relações entre dois sujeitos, incluindo

mecanismos mais relacionais na construção do cuidado, como por exemplo o acolhimento.¹⁶

1.2 Histórico da Atenção Domiciliar no contexto internacional e brasileiro

Ao estudarem sobre o histórico da AD, Feuerwerker et al.⁵ relataram que esse tipo de atenção surgiu, em 1947, no Hospital de Montefiore, no Bronx (Estados Unidos da América – EUA), como um tipo de extensão hospitalar. Essa extensão tinha a finalidade de abreviar o período da alta hospitalar. A importância da AD no referido país cresceu na década de 1980 com o advento dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Na Europa, a primeira experiência formal deu-se em Paris, em 1957, com a criação do *Santé Service*, que, ainda atualmente, presta AD socio sanitária a usuários crônicos e em estágio terminal. Na Espanha, a primeira unidade dessa modalidade de atenção à saúde teve origem em 1981 e, desde então, surgiram diversas iniciativas similares nesse país.¹⁷

Apesar da publicação de legislações inerentes ao assunto nas décadas de 1990 e 2000, o referido modelo ainda é incipiente no setor público em grande parte dos países em desenvolvimento. Em contraponto, vem sendo disseminado, de forma rápida, no setor privado, principalmente de países desenvolvidos, por meio do *Home Care*. A AD foi adotada pela assistência suplementar como forma de cuidado em saúde, em especial com idosos.¹⁸

De acordo com Ramallo et al.,¹⁷ em países como o Canadá, a AD passou a funcionar nos anos 1960 como uma extensão dos serviços de saúde. Nesse país, em todas as suas províncias, são ofertados diversos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), como: avaliação do cliente, coordenação e gerenciamento de casos, serviços de enfermagem, auxílio em tarefas rotineiras de um modo em geral. Nesse caso, os

serviços apresentam financiamento próprio e se utilizam da prática do gerenciamento e monitoramento dos casos.

No sistema de saúde canadense busca-se articular os serviços de AD aos serviços de base comunitária que são: programas-dia, principalmente para os indivíduos que sofrem da doença de Alzheimer, e os serviços de entrega de refeições em domicílio. Nesse país, assim como na maior parte dos países europeus, coexistem tanto serviços de AD, quanto serviços de assistência social aos usuários em seus domicílios.¹⁹

Apesar dos países apresentarem diferenças e particularidades importantes no tocante à implantação e à operacionalização da AD, o significativo aumento da demanda de usuários por essa modalidade é um fenômeno comum à grande parcela dos países ocidentais, fato que caracteriza a relevância de sua prática no cenário internacional.¹⁹

No âmbito brasileiro, as primeiras experiências em AD tiveram início com a instituição do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), em 1949. Esse serviço, inicialmente ligado ao Ministério do Trabalho, foi incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. O SAMDU foi implementado no setor público por meio do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE).²⁰

Aliado a esse contexto, movimentos que reivindicavam a desinstitucionalização como a melhor alternativa no tratamento surgiram em saúde mental, por meio do movimento de reforma psiquiátrica, ocorrido entre as décadas de 1980 e 1990. Tal movimento pregava a não internação de usuários com transtornos mentais em ‘manicômios’ e, baseou-se nos princípios da reforma psiquiátrica italiana. Essa última preconizava a revisão da postura tradicional da cultura médica e reorientação do modelo assistencial, com a inclusão da família e criação de serviços substitutivos aos hospitais

psiquiátricos tradicionais. O princípio de rede substitutiva com vistas à desinstitucionalização incorporou-se aos da AD anos mais tarde.²¹

A expansão dos serviços de AD no Brasil iniciou-se, com mais intensidade, na década de 1990 e esteve associada, sobretudo, à ampliação da demanda por cuidados de alguns grupos populacionais, em especial a população idosa, e aqueles acometidos por doenças crônico-degenerativas¹¹. Doravante, surgiram os programas de Assistência e de Atenção Domiciliar Terapêutica como propostas alternativas ao modelo tradicional para serviços de saúde públicos e privados.²

Posteriormente, outras experiências em AD foram criadas e expandidas pelo país, com destaque para o Programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS), na década de 2000.¹⁰ Com isso, a AD foi inserida paulatinamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua instituição oficial ocorreu em 2002, por meio da Lei nº 10.424, a qual acrescentou à Lei 8.080/1990: o atendimento e a internação domiciliar, tendo por objetivo a garantia do cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais de: ‘universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, regionalização e hierarquização.’²²

Desde então, foram publicadas uma série de portarias no período de 2006 a 2016, com destaque para Portaria GM/MS nº 963/2013²³ que revogou a Portaria GM/MS nº 2.527/2011.²⁴ Na ocasião, redefiniu-se a AD no âmbito do SUS, considerando-a como:²³

‘nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizando-a 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’.

Essas legislações auxiliaram na criação e implantação, em 2011, do Programa Melhor em Casa (PMC), como parte integrante do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) nacional, e instituíram a participação do governo federal no custeio das equipes

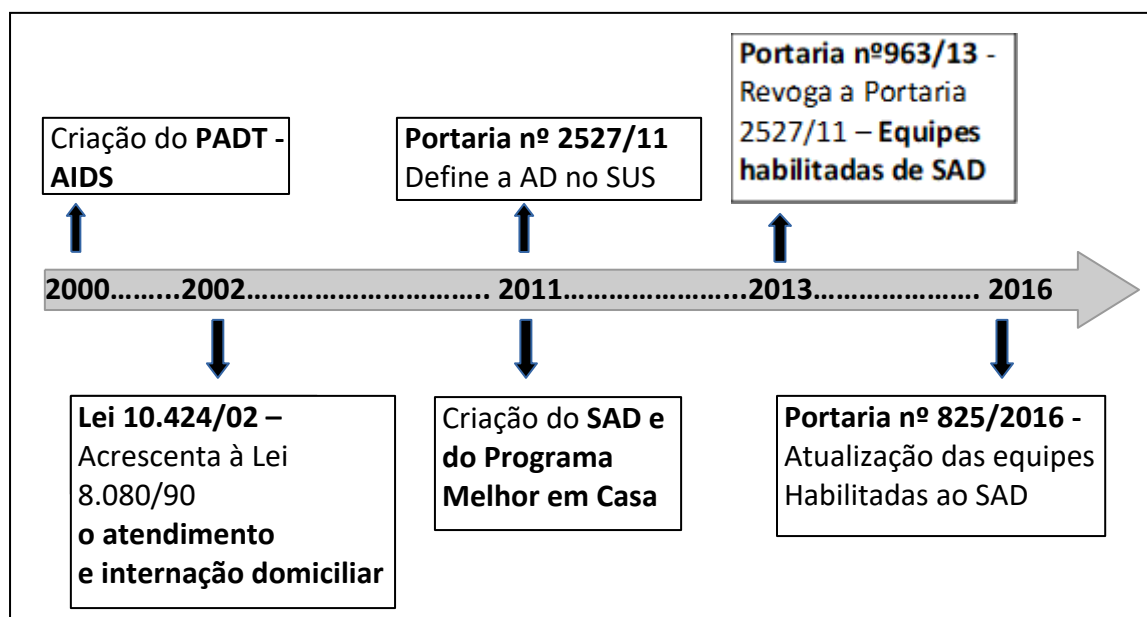
de AD no SUS¹⁰. O PMC é uma denominação relacionada às ações de saúde desenvolvidas no âmbito domiciliar, recomendado para indivíduos, sem indicação de internação hospitalar, que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de deslocamento da sua residência para uma unidade de saúde.²⁵

Um estudo realizado por Oliveira Neto⁷ em 2016, analisou que o PMC esteve presente em todas as regiões brasileiras e na maioria dos estados, com exceção do Espírito Santo e Roraima. Identificou-se uma concentração maior nas regiões Sudeste e Nordeste, e em municípios com população maior de 40 mil habitantes e com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais elevado, em oposição às regiões Norte e Centro-oeste do país.⁷ Vale salientar que a AD e suas ações contribuem para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, relacionados à provisão de cuidado ampliado e integral centrado na pessoa, alicerçados em fundamentos como: abordagem integral da família, consentimento da família, trabalho em equipe, ações transdisciplinares e estímulo às redes de solidariedade.²⁵

Outra regulamentação importante nesse campo refere-se à Portaria GM/MS n° 825/2016, afirmando em seu Artigo 5° que:²⁷

‘A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador’.

Para fins deste trabalho, será empregado o conceito proposto pelo Ministério da Saúde²⁷, uma vez que não limita a AD a ações assistenciais fragmentadas e pontuais, mas sim a duas questões centrais: a continuidade do cuidado em domicílio e a sua integração às Redes de Atenção à Saúde (RAS).



Fonte: adaptado de Meloni¹⁰ e Brasil^{23,24,27}

Figura 1. Histórico da Atenção Domiciliar no contexto brasileiro.

A RAS concebe os diferentes níveis de atenção à saúde com variadas densidades tecnológicas, integrando-se por meio de uma rede poliárquica, que se organiza a partir de um centro de comunicação que coordena seu fluxo. Difere do modelo conceituado como hierarquizado por possuir níveis de complexidade integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivando a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade e responsável em suas formas de atendimento aos usuários.²⁸

Na RAS, a AD está inserida como mais um equipamento da APS. Objetiva, nesse âmbito de atenção, a reorganização do processo de trabalho pela equipe, com discussão sobre as diferentes possibilidades de abordagem da família e do usuário, apoiado no princípio da territorialização. Esse princípio consiste na delimitação geográfico-institucional de uma área para a atuação das equipes de Saúde da Família (eSF) e considera: a) as dinâmicas e equipamentos sociais disponíveis, b) a adscrição da

clientela residente nesse espaço, e c) a possibilidade de articulação com outros serviços e equipamentos externos para a provisão do cuidado.²⁶

Além da APS, a AD, ao envolver toda a rede de saúde do território, também compõe a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências destaca os seguintes componentes da RUE²⁹: 1. componente de promoção, prevenção e vigilância à saúde; 2. atenção básica em saúde; 3. serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192); 4. sala de estabilização; 5. força nacional de saúde do SUS; 6. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); 7. componente Hospitalar; e 8. componente de AD.²⁴

O componente AD constitui-se em uma nova modalidade que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, realizando o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar²⁴. Na RUE, a AD é organizada para atender usuários em agudização de algum quadro clínico cuja internação hospitalar seja indicada, mas passível de ser evitada por meio dessa modalidade de atenção.¹⁴

O estudo de Oliveira Neto⁷ revelou que a AD tem desempenhado papel importante na articulação da RAS, principalmente na relação com a 'tríade': APS, atenção hospitalar e RUE, possibilitando maior disponibilidade de leitos, ao evitar internações hospitalares de usuários que são captados pelo SAD nas portas de entrada de emergências dos hospitais/UPA.

No que se refere à regulamentação nacional da AD, há a Portaria GM/MS n° 963/2013, que prevê sua organização em três modalidades (Quadro 1). Estas levam em conta a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário e a frequência de atendimentos necessária por meio de visitas domiciliares.²³

A primeira modalidade, a AD tipo 1 (AD1), destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade

física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados de menor complexidade, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)²³. As modalidades de AD tipos 2 (AD2) e 3 (AD3) representam um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção a pacientes com quadros clínicos mais complexos, que apresentem necessidade de atendimento por meio de: profissionais especializados, equipamentos, materiais, medicamentos específicos, atendimento de urgência/emergência e transporte, bem como a presença permanente de um cuidador.²³

A supracitada Portaria também regulamenta que os serviços funcionem de segunda a sexta-feira em regime de 12 horas de atendimento e aos finais de semana em regime de plantão, garantindo a atenção continuada aos usuários. O parâmetro para cada equipe é de 60 usuários. As equipes se organizam conforme a complexidade dos serviços, podendo se classificar em três modalidades: equipe de Saúde da Família (eSF), equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e equipe multiprofissional de apoio (EMAP).²³

Nessa lógica, as equipes de APS devem se responsabilizar pelo primeiro nível (AD1), contando com a colaboração das eSF e o apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Já a EMAD e a EMAP são responsáveis pelos demais níveis: AD2 e AD3²³ (Quadro 1).

Quadro 1. Modalidades de Atenção Domiciliar

Modalidades	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de saúde controlados/compensados; - Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; - Necessidade de cuidados de menor complexidade, de menor frequência, com menor necessidade dos serviços de saúde; - Frequência das visitas a partir da avaliação clínica de uma visita/mês; - De acordo com a capacidade de atendimento das UBS. 	eSF	Habitualmente contínua.
AD2	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; - Necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro; - Necessidade de, pelo menos, uma visita/semana. 	EMAD e EMAP	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1.
AD3	<ul style="list-style-type: none"> - Semelhante ao AD2, mas que faça uso de equipamentos/procedimentos especiais. 	EMAD e EMAP	Habitualmente contínua.

Fonte: adaptado de Brasil.²³

O SAD é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP no âmbito da AD. Assim, cada EMAD deverá atender a uma população de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário e poderá estar alocada a um dos diversos tipos de serviços de atenção à saúde, como: hospital, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e eSF.²³

A equipe EMAD deverá ser composta minimamente por dois médicos com carga horária mínima de 20 horas semanais ou um médico com carga horária de 40 horas semanais; dois enfermeiros com carga horária mínima de 20 horas semanais ou um enfermeiro com carga horária de 40 horas semanais, um fisioterapeuta com carga horária de mínima de 30 horas por semana ou um ou assistente social com carga horária

mínima de 30 horas por semana e quatro auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.²³

As EMAP têm o objetivo de prestar apoio às ações de saúde quando clinicamente indicada, dando suporte para no mínimo três equipes multiprofissionais (EMAD). Essas equipes são constituídas por, no mínimo, três profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, podendo ser compostas por categorias profissionais, escolhidas segundo necessidades locais.²³ As principais características e complementaridades entre EMAD e EMAP encontram-se descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Características da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e Equipe Multiprofissional de Apoio

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)	Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)
Atende a uma população adstrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário.	Oferece suporte e complementa as ações de saúde da AD, quando clinicamente indicadas.
Pode estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde.	Para cada três EMAD implantadas, pode-se implantar uma EMAP.
Formada por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliar técnico de enfermagem.	Composta por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião-dentista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Fonte: Brasil.²³

A fim de aperfeiçoar a operacionalização das ações desenvolvidas no SAD, foi criado o sistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar (RAAS-AD), em 2012. Esse sistema de registro objetivou monitorar os atendimentos e as ações da AD, conforme a especificidade desse processo de trabalho,²⁸ e foi substituído em 2013/2014 pelo módulo e-SUS AD, o qual está vinculado ao e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Tal substituição visou a individualização dos dados, de modo a fortalecer a APS como responsável pela coordenação do cuidado no território,

buscando aprimorar o registro e qualificar a gestão das informações e a articulação com as eSF. Nele, devem ser alimentadas informações provenientes do PMC.²⁸

Além do e-SUS, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é outro instrumento que pode ser utilizado na gestão da informação em AD. Ele possibilita o compartilhamento de informações entre as equipes envolvidas, bem como auxilia na organização, planejamento, gestão e no monitoramento das ações pelas equipes.²⁸

Aliada ao PEC, a Coleta de Dados Simplificada (CDS) no âmbito do SAD é composta pelas seguintes fichas de registros: 1. ficha de Avaliação de elegibilidade e avaliação, a qual é um instrumento de coleta de dados das ações de avaliação e admissão realizadas pelas equipes, utilizada pela EMAD; 2. ficha de atendimento domiciliar, recurso para coleta de dados dos atendimentos realizados, utilizada pelos profissionais de níveis médio e superior da EMAD e da EMAP; e 3. ficha de atividade coletiva, utilizada para registro de reuniões de equipe, espaços de educação permanente de profissionais e grupos de usuários, cuidadores e familiares. Tais fichas são essenciais para o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho entre os profissionais de outros equipamentos de saúde e as equipes no SAD.²⁸

As equipes envolvidas na AD devem elaborar um plano de cuidados (ou Projeto Terapêutico Singular - PTS) para cada usuário, contendo as condutas propostas, os serviços ou equipamentos que precisam ser acionados, a periodicidade de visitas, a previsão de tempo de permanência, o papel de cada membro da equipe e o profissional de referência, responsável por coordenar as ações propostas para cada usuário.²⁶

O PTS é um conjunto de propostas terapêuticas que objetivam a promoção dos sujeitos, construídas a partir da discussão do caso concreto com uma equipe multidisciplinar, compreendendo os problemas de saúde e história de vida dos usuários,

gerando propostas de cuidado compartilhado. Constitui-se em um importante instrumento de intervenção criado para cada situação específica, sendo um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde.^{26, 30}

1.3 Avaliação em Atenção Domiciliar e Revisão Sistemática

A gestão dos serviços de saúde é uma atividade fundamental para o bom funcionamento das organizações com vistas qualificar a eficiência, eficácia e efetividade nas ações por elas desenvolvidas. Essa atividade deve ser revestida de processos com bases lógicas, coerentes e racionais, de modo a redirecionar as políticas de saúde e seus objetivos, ajudando os gestores em sua capacidade de melhorar a tomada de decisão nos serviços de saúde e, nesses casos, os gestores podem lançar mão de ferramentas de monitoramento e avaliação (M&A).³¹

Nesse sentido, Champagne et al.³² definem que:

‘a avaliação consiste em um julgamento de valor sobre uma intervenção, objetivando proceder de modo que os diferentes atores envolvidos estejam aptos a dar os seus posicionamentos sobre a intervenção que está sendo avaliada, a fim de construir um julgamento de valor e que este possa se traduzir em ações para a melhoria de uma situação problemática em uma dada realidade’.

Por intervenção entende-se³²:

‘conjunto de meios, formado por cinco componentes (estrutura, atores sociais, processos de ação, finalidades e ambiente) organizados em um contexto específico, em um dado momento, com o objetivo de modificar o curso previsível de um fenômeno, a fim de corrigir uma situação problemática’.

Esses mesmos autores definem que o ‘julgamento’ pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno, bem como pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar com base em um procedimento científico (pesquisa avaliativa).³²

A avaliação normativa busca estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios. Verifica se que os componentes da intervenção estão

em conformidade com as referências: se foi realizado o necessário, de modo desejável e respeitando as normas definidas. Já na pesquisa avaliativa, emprega-se um procedimento científico que permite analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma intervenção, com o objetivo de entender o como e o porquê dos resultados.³²

Champagne et al.³² também especificam os seguintes tipos de avaliação: 1. análise estratégica, 2. análise lógica, 3. análise de produção, 4. análise de efeitos, 5. análise econômica, e 6. análise de implantação. Muito frequentemente a abordagem utilizada para avaliação é a proposta de Donabedian³³, que envolve a avaliação por estrutura, processo e resultados.

A estrutura são os recursos ou insumos de diversas naturezas utilizados para implementação da intervenção (físicos, financeiros, humanos, materiais e organizacionais), a abordagem de processo trata de saber ‘em que medida as atividades são desenvolvidas de forma adequadas para atingir os resultados esperados’ e a de resultados verifica ‘se os resultados encontrados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir’.³³

Felisberto³⁴ ressalta a importância da prática do M&A na gestão em saúde. Apesar dessa prática ainda se apresentar incipiente no Brasil, possuindo, na maioria das vezes, um caráter burocrático e prescritivo, o autor considera que essas ferramentas ainda não fazem parte da cultura institucional, onde seu uso é pouco sistematizado, sem contribuições efetivas para os processos decisórios da gestão. Ainda, Costa et. al.³⁵ acrescentam que existem na literatura poucas discussões sobre o uso e a prática do monitoramento, a qual é pouco explorada na gestão em saúde e restrita a uma etapa anterior à avaliação.

O interesse em institucionalizar o M&A nos serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos em consequência da ampliação da oferta dos serviços de saúde, a fim responder às novas necessidades e problemas de saúde, decorrentes das transições demográfica e epidemiológica, além da avaliação de tecnologias em saúde.³⁶

A institucionalização constitui-se de grande importância para os serviços de saúde, devendo basear-se nas seguintes premissas:³⁷

1. Servir como um elemento norteador aos gestores a fim de direcionar as suas tomadas de decisão na gestão dos serviços de saúde e nas organizações;

2. Ajudar a melhorar o plano administrativo das organizações, em virtude da complexidade crescente dos problemas enfrentados pelas organizações pois são enfrentados sérios problemas relacionados à segurança e qualidade oferecida pelos serviços na área de saúde;

3. Construir redes e de geração de capacidades entre elas, uma vez que as políticas e os programas funcionam atualmente interligados em redes e não se baseiam em hierarquização.

Considerando a importância da AD na consolidação da RAS, a avaliação vem se constituindo como uma relevante ferramenta no apoio às decisões, ao planejamento e à implementação de políticas e ações. Assim, a coleta de evidências científicas sobre a temática é de grande importância nessa qualificação.³⁸

Ao viabilizarem, de forma clara e explícita, uma síntese de achados dessa natureza, as revisões de literatura nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as conclusões à leitura de apenas alguns artigos, promovendo maior robustez aos achados.³⁸

As Revisões Sistemáticas (RS) são consideradas estudos secundários nos quais se empregam metodologias baseadas em uma pergunta de pesquisa definida, por meio

da qual se busca identificar, avaliar, selecionar e sintetizar as evidências de estudos empíricos que atendam a critérios de elegibilidade pré-definidos. Na condução desse tipo de estudo, são utilizados métodos voltados à minimização de vieses, de maneira a se produzir achados mais confiáveis que possam ser usados para informar a tomada de decisão.³⁹

Vale salientar que esta RS utilizou a meta-avaliação para a avaliação da qualidade metodológica de seus achados, a qual consiste no processo de descrição, julgamento e síntese de um estudo ou qualquer procedimento de avaliação, fundamentada em padrões e critérios, validados e bem definidos.⁴⁰ Consiste na verificação da coerência teórica e prática da pesquisa com os padrões internacionais e/ou governamentais do controle de qualidade das avaliações de políticas públicas.⁴¹ A execução dessa etapa tornou-se uma preocupação crescente entre os pesquisadores da área, uma vez que a qualidade e credibilidade de um estudo de uma RS depende da qualidade dos textos e artigos selecionados.³⁸

II. PERGUNTA CONDUTORA

O estudo propõe responder a seguinte questão: Quais as estratégias metodológicas de avaliação (delineamento, tipologia, método, indicadores) e os principais resultados de intervenções em AD, presentes na literatura publicada no período de 2011 a 2018?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Sistematizar os estudos avaliativos em Atenção Domiciliar publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os estudos quanto às estratégias metodológicas de avaliação (delineamento, tipologia, método, indicadores) de intervenções em AD;
- Sistematizar os resultados das intervenções avaliadas.

IV. MÉTODO

Estudo de Revisão Sistemática (RS) que utiliza como fonte de dados a literatura com foco na análise de estudos de avaliação em AD.

Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada³⁸. A pergunta condutora deste tipo de pesquisa deverá conter a população, o contexto, a intervenção e o desfecho, sendo formada por componentes relacionados ao acrônimo PICOS: **P**- população; **I**ntervenção (ou exposição); **C**- comparação; **O** (do inglês, *outcome*) - desfecho; e o tipo de estudo **S** (do inglês, *study type*).^{38,42}

O acrônimo PICOS desse estudo foi composto da seguinte forma: **P** – população usuária da AD; **I** – programas de AD; **C** – não haverá comparação; **O** – abordagens avaliativas empregadas e indicadores de processo e de resultados encontrados; e **S**-delineamento: todos os tipos de delineamento, exceto delineamento de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

O estudo utilizou os principais critérios metodológicos recomendados pelo guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA - em português -Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises), que foi atualizado para atender a vários avanços conceituais e práticos dessa metodologia e empregou os seguintes passos: 1. elaboração da pergunta de pesquisa, 2. busca na literatura, 3. seleção dos artigos, 4. extração dos dados, 5. avaliação da qualidade metodológica, e 6. redação e publicação dos resultados.³⁹ A meta-análise não foi objeto dessa pesquisa.³⁹

O objetivo principal desse guia é auxiliar os pesquisadores na melhoria do relato de RS, podendo ser utilizado, inclusive, em avaliações de intervenções, fonte de grande

utilidade também para a avaliação crítica de revisões já realizadas e publicadas e que necessitam de atualizações.³⁹

4.1 Busca na literatura

Foram pesquisados estudos avaliativos em AD publicados de janeiro de 2011 a dezembro de 2018 na plataforma de busca *National Library Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), a qual é a principal plataforma de busca de livre acesso à base de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), bem como busca nas bases: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), interface Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).⁴³

A eleição das bases de pesquisa MEDLINE e LILACS deu-se pelo fato de ambas situarem-se entre as mais importantes e abrangentes da literatura técnico-científica da área de saúde. A MEDLINE é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA, que contém mais de 25 milhões de artigos em língua inglesa, de acesso gratuito.⁴³

A LILACS é uma das mais relevantes bases de pesquisa da literatura científica da América Latina e do Caribe, contendo referências nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. Existe há 32 anos e contribui significativamente para o aumento da visibilidade, e acesso à informação em saúde.⁴⁴

A SciELO foi selecionada por conter ampla abrangência de dados secundários no cenário latino-americano e caribenho, com títulos nas línguas portuguesa e espanhola de acesso aberto e conta com apoio do Conselho Nacional de Científico e Tecnológico (CNPq).⁴⁵

Inicialmente, os potenciais descritores (unitermos) foram testados individualmente. Sua identificação foi realizada mediante consulta ao *Medical Subject*

Headings (Mesh; disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); disponível em: <http://decs.bvs.br/>). Foram empregadas combinações com os operadores booleanos “AND” e “OR”. Para a busca, utilizaram-se as línguas de publicação dos títulos (inglês, português e espanhol), bem como o período de referência como filtros.

Após a testagem dos unitermos, chegou-se à seguinte chave de busca para pesquisa na MEDLINE/interface PUBMED: (((((Evaluation studies[Title/Abstract] OR evaluation studies[Publication Type]) OR "evaluation studies as topic"[MeSH Terms]) OR Program evaluation[Title/Abstract]) OR "program evaluation"[MeSH Terms]) OR (("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("Evaluation"[Journal] OR "Evaluation (Lond)"[Journal] OR "evaluation"[All Fields]))) OR Health Evaluation[Title/Abstract] AND (((("home care services"[MeSH Terms] OR Home Care Services[Title/Abstract]) OR "home nursing"[MeSH Terms]) OR Home nursing[Title/Abstract]) OR "home care services, hospital-based"[MeSH Terms]) OR "home care agencies"[MeSH Terms]) OR "foster home care"[MeSH Terms]) OR "home health aides"[MeSH Terms] AND (("2011/01/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms]) AND (("2011/01/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms]).

Para a busca na base LILACS interface BVS foi selecionada a seguinte chave de busca: tw:(tw:((mh:"Avaliacao de Programas e Projetos de Saude" OR mh:"Planos e Programas de Saude" OR mh:"Política de Saúde" OR mh:"Programas nacionais de saúde" OR mh:"Desenvolvimento de Programas" OR mh:"Programas governamentais" OR ti:"avaliação em saúde" OR mh:"avaliação em saúde" OR ti:"estudos de avaliação" OR mh:"estudos de avaliação") AND (mh:"Estudos de Avaliação como Assunto" OR mh:"Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde" OR ti:avaliação OR

ti:evaluación OR ti:evaluation OR ti:diagnóstico OR ti:monitoreo OR ti:monitoramento OR ti:calidad OR ti:qualidade)) AND (instance:"regional") AND tw:(ti:"Assistência domiciliar" OR mh:"assistência domiciliar" OR ti:"assistência domiciliar aos idosos" OR mh:"assistência domiciliar aos idosos" OR ti:"cuidados domiciliares de saúde" OR mh:"cuidados domiciliares de saúde" OR ti:"serviços de assistência domiciliar" OR mh:"serviços de assistência domiciliar" OR mh:n02.421.143.524* OR ti:"cuidado domiciliar" OR mh:"cuidado domiciliar" OR ti:"serviços de cuidados domiciliares" OR mh:"serviços de cuidados domiciliares" OR ti:"atendimento domiciliar" OR mh:"atendimento domiciliar" OR ti:"tratamento domiciliar" OR mh:"tratamento domiciliar" OR ti:"pacientes domiciliares" OR mh:"pacientes domiciliares" OR mh:"cuidados intermitentes" OR mh:"enfermagem de atenção primária") AND (instance:"regional") AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS") AND la:("en" OR "pt" OR "es")) AND year_cluster:("2011" OR "2016" OR "2012" OR "2017" OR "2014" OR "2015" OR "2013" OR "2018") AND type:("article")).

Para a busca na base SciELO foi criada a seguinte chave de busca: tw:(tw:(ti:"Assistência domiciliar" OR mh:"assistência domiciliar" OR ti:"assistência domiciliar aos idosos" OR mh:"assistência domiciliar aos idosos" OR ti:"cuidados domiciliares de saúde" OR mh:"cuidados domiciliares de saúde" OR ti:"serviços de assistência domiciliar" OR mh:"serviços de assistência domiciliar" OR mh:n02.421.143.524* OR ti:"cuidado domiciliar" OR mh:"cuidado domiciliar" OR ti:"serviços de cuidados domiciliares" OR mh:"serviços de cuidados domiciliares" OR ti:"atendimento domiciliar" OR mh:"atendimento domiciliar" OR ti:"tratamento domiciliar" OR mh:"tratamento domiciliar" OR ti:"pacientes domiciliares" OR mh:"pacientes domiciliares" OR mh:"cuidados intermitentes" OR mh:"enfermagem de atenção primária") AND tw:((mh:"Avaliacao de Programas e Projetos de Saude" OR

mh:"Planos e Programas de Saude" OR mh:"Política de Saúde" OR mh:"Programas nacionais de saúde" OR mh:"Desenvolvimento de Programas" OR mh:"Programas governamentais" OR ti:"avaliação em saúde" OR mh:"avaliação em saúde" OR ti:"estudos de avaliação" OR mh:"estudos de avaliação") AND (mh:"Estudos de Avaliação como Assunto" OR mh:"Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde" OR ti:avaliação OR ti:evaluacion OR ti:evaluation OR ti:monitoreo OR ti:monitoramento OR ti:calidad OR ti:qualidade))) AND (instance:"regional").

Todos os documentos recuperados nas bases de dados selecionadas foram transferidos para uma planilha do *Microsoft Office Excel®*, da *Microsoft®*, contendo: base de dados, autor(es), ano, título do trabalho, e periódico de publicação.

Os títulos recuperados nas bases foram ordenados (ordem alfabética) por título, de modo a permitir a exclusão de duplicidades por meio do *software Mendeley®*, em sua versão *Desktop*, utilizado com a finalidade de gerenciar, organizar, referenciar e gerir artigos científicos em pesquisas ou trabalhos acadêmicos.

4.2 Seleção das referências

A primeira etapa seletiva consistiu na leitura dos títulos. Estes consideravam avaliação de ações/programas de AD em saúde e deveriam estar escritos em português, inglês ou espanhol e terem sido publicados entre os anos 2011 a 2018.

A escolha do período de referência (2011 a 2018) objetivou identificar estudos mais recentes na área, tendo como marco a publicação da Portaria nº 2527/2011 que instituiu a AD no Brasil, por meio da criação do SAD e do Programa Melhor em Casa. Os que foram selecionados possuíam resumos disponíveis, a fim de que fossem lidos na etapa 2 (Quadro 3).

Os textos selecionados passaram para a terceira etapa do processo seletivo (Etapa 3 - leitura completa dos artigos). Nessa fase, foi acrescentado mais um critério de inclusão: explicitação da tipologia empregada na avaliação.

A realização de uma RS pode ter como viés a inclusão de estudos que apoiem a perspectiva do autor e, de modo a minimizá-lo, a metodologia incluiu a revisão por pares, com dois revisores e com presença de um terceiro avaliador.³⁸

Com base nisso, as divergências no processo de inclusão e exclusão para as etapas 1 a 3 foram discutidas em reuniões de consenso entre os pesquisadores, com presença de um terceiro examinador.

Ao término de cada uma das etapas supracitadas (1 a 3), a concordância entre os revisores foi averiguada com o emprego do cálculo do índice *Kappa* (K).³⁸

O índice de *Kappa* é uma estatística utilizada para avaliar o grau de concordância realizada por dois ou mais avaliadores em um estudo. Seus valores podem variar de -1 até +1 e, quanto maior o valor de *Kappa*, mais forte a concordância entre os avaliadores, ou seja: quando $kappa = 1$, existe uma concordância perfeita; quando $kappa = 0$, a concordância é aquela que seria esperada ao acaso e quando $kappa < 0$, a concordância é mais fraca do que seria esperado ao acaso.⁴⁶

Quadro 3. Etapas e critérios de inclusão para seleção das referências

Crítérios de Inclusão	
Etapa 1	- estudos científicos que tratem de avaliação de ações ou programas na modalidade de AD em saúde; - estudos publicados no período de 2011 a 2018 - estudos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.
Etapa 2	- estudos com resumo disponível (Leitura dos resumos dos artigos).
Etapa 3	- estudos que definam a tipologia de avaliação (Leitura completa).
Etapa 4	- Avaliação da qualidade dos estudos

	inseridos na RS (Meta-avaliação).
--	-----------------------------------

Fonte: elaboração própria.

Ao final da etapa 3 passou-se a quarta e última etapa seletiva (etapa 4): metaavaliação. Para isso, foram aplicados critérios e parâmetros da meta-avaliação, que envolvem tanto a utilidade quanto a qualidade dos estudos avaliativos, propostos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (JCSEE) e adaptados ao contexto nacional pelos autores Santos e Natal.⁴⁷

Os critérios de meta-avaliação propostos pela JCSEE estão divididos em quatro parâmetros, sendo cada um subdividido em critérios: utilidade (sete critérios), que verifica se a avaliação atende às necessidades de informação aos usuários; factibilidade ou viabilidade (três critérios), que averigua se o estudo é realista e moderado em seus custos, de modo que seja justificada a sua realização; propriedade (oito critérios), que observa se o processo avaliativo é conduzido de forma ética, com respeito ao bem-estar dos envolvidos; e acurácia ou precisão (doze critérios), que analisa aspectos relativos à validade do julgamento de valor ou mérito realizado.^{39, 47, 48, 49} (Quadro 4).

Quadro 4. Parâmetros e critérios utilizados na meta-avaliação

Parâmetros	Crítérios
Utilidade (7 critérios)	-Identificação dos envolvidos (<i>stakeholders</i>) -Credibilidade do avaliador -Escopo e seleção de informações -Identificação dos valores -Clareza dos relatórios -Entrega a tempo e disseminação dos resultados -Impacto da avaliação
Factibilidade ou exequibilidade (3 critérios)	-Procedimentos práticos -Viabilidade política -Custo-efetividade
Propriedade (8 critérios)	-Orientação para o serviço -Acordos formais -Direitos dos indivíduos -Relações humanas -Avaliação completa e justa -Disseminação de resultados -Conflito de interesses

	-Responsabilidade fiscal
Acurácia ou precisão (12 critérios)	-Documentação do programa -Análise do contexto -Descrição de propósitos e procedimentos -Fontes de informações confiáveis -Informações válidas -Informações confiáveis -Informação sistemática -Análise de informações quantitativas -Análise de informações qualitativas -Conclusões justificáveis -Imparcialidade de relatórios -Meta-avaliação

Fonte: adaptado de Santos e Natal.⁴⁷

Cada um dos critérios recebeu uma pontuação de 0 a 10. Para julgar a qualidade calculou-se a média dos critérios por parâmetro, classificados conforme os escores obtidos, segundo a seguinte classificação: nenhuma (0); fraca (0,00 – 0,20); ruim (0,21 – 0,40); regular (0,41 – 0,60); boa (0,61 – 0,80); ótima (0,81 – 0,99) e perfeita (1,00).⁴⁶

Na Etapa 4, foi acrescentado outro critério de exclusão: textos que obtiverem avaliação crítica em qualquer uma das categorias avaliadas (Quadro 4).

4.3 Extração dos dados

Ao final da etapa 3, os textos selecionados foram analisados e realizada a extração dos dados, de acordo com os objetivos geral e específicos do estudo. Tal extração foi sistematizada por meio de preenchimento de matriz de extração: contendo itens como: autor(es), título, ano de publicação e país de afiliação.

Os resultados obtidos foram apresentados descritivamente, segundo características das intervenções avaliadas e das metodologias avaliativas empregadas: objetivos do estudo, tipo de avaliação, método e delineamentos utilizados, indicadores avaliados (estrutura, processo e resultado) e resultados principais. Posteriormente, os dados foram examinados, sintetizados e interpretados.

Para a definição do tipo de avaliação foi empregada classificação conforme Champagne et al.³² 1. análise estratégica, 2. análise lógica, 3. análise de produção, 4.

análise de efeitos, 5. análise econômica, e 6. análise de implantação. Quanto aos indicadores avaliados utilizou-se proposta de Donabedian³³ que envolve indicadores de estrutura, processo e resultados, as abordagens mais utilizadas em avaliação. Essas definições encontram-se descritas na introdução do presente trabalho.

4.4 Considerações Éticas

De acordo com o Art. 1º, Parágrafo único, § VI da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não serão registradas, nem avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pesquisas realizadas exclusivamente pela utilização de textos científicos para revisão da literatura científica, objetivo principal deste trabalho.

V. RESULTADOS

O processo de busca na literatura identificou 2.432 referências, com predomínio delas na base de dados MEDLINE/interface Pubmed (1.818), seguida das bases Scielo (546) e LILACS.⁶⁸ A justaposição das referências numa planilha única permitiu a identificação de seis referências duplicadas, as quais foram excluídas, restando 2.426 títulos para as etapas posteriores. A seleção dos títulos obedeceu aos critérios de inclusão e exclusão propostos para cada uma das quatro etapas do estudo, elencados no item IV (Método) do presente trabalho (Quadro 3).

O Quadro 5 apresenta os resultados do número de títulos segundo os critérios de exclusão por etapa seletiva. Na primeira etapa (leitura dos títulos), 1.880 referências foram excluídas mediante análise individual dos revisores e 196 títulos foram discordantes entre eles. Após reunião de consenso com a participação do terceiro pesquisador, dos 196, 150 trabalhos foram excluídos, totalizando 2.030 referências eliminadas nessa fase. Dessa forma, permaneceram 396 títulos para a próxima etapa (figura 2). A concordância entre os examinadores, nessa fase, foi considerada boa, segundo a classificação do índice *Kappa* (0,61; $p \geq 0,001$).

Das 396 referências resultantes da etapa anterior, 346 foram excluídas pelos revisores na segunda etapa (leitura dos resumos). Dos 50 títulos restantes, 19 foram excluídos pós reunião de consenso. Houve 26 discordâncias, sendo o índice *Kappa* classificado como bom (*Kappa* = 0,62; $p \geq 0,001$).

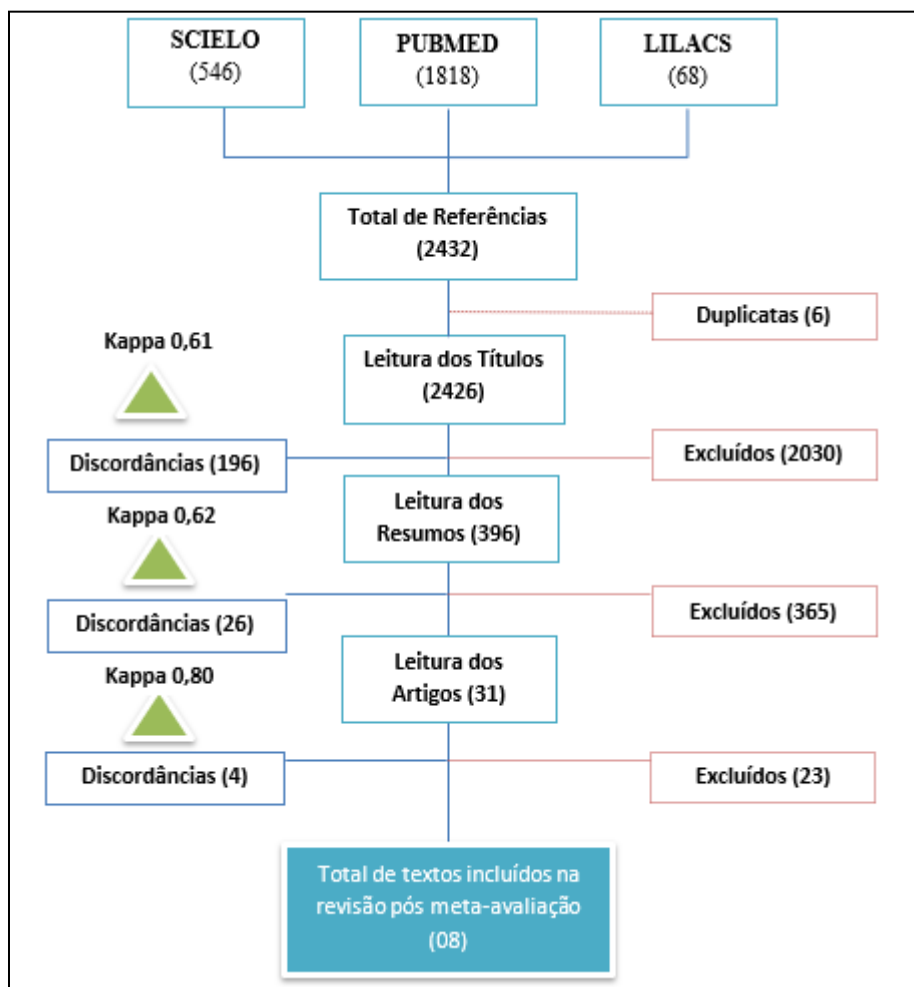
Os textos remanescentes (n = 31) passaram por leitura completa (terceira etapa), sendo que 23 foram excluídos pelos revisores na etapa individual de análise (*Kappa* ótimo = 0,80; $p \geq 0,001$).

Concluída essa fase, oito artigos foram selecionados para a última etapa: meta-avaliação.

Quadro 5. Quantitativo de títulos excluídos conforme etapa seletiva e critérios de exclusão propostos pela revisão sistemática sobre estudos avaliativos em AD, etapas 1 a 3

Crítérios de exclusão	Etapa 1 (leitura dos títulos)	Etapa 2 (leitura dos resumos)	Etapa 3 (leitura completa)
Crítério 1: Textos sobre outros tipos de intervenções em saúde que não AD e/ou sobre avaliação biomédica/médica/estudos clínicos	1.949	344	23
Crítério 2: - Ser revisão sistemática/narrativa, artigo de opinião, dissertação, tese, monografia	71	8	Não se aplica
Crítério 3: Textos publicados antes de 2011 e após 2018	6	Não se aplica	Não se aplica
Crítério 4: Textos publicados em outras línguas que não o inglês, português e espanhol	4	Não se aplica	Não se aplica
Crítério 5: Textos sem resumo disponível	Não se aplica	13	Não se aplica
TOTAL	2030	365	23

Fonte: elaboração própria.



Fonte: elaboração própria.

Figura 2. Fluxograma de seleção das referências para revisão sistemática sobre estudos avaliativos em AD.

Nenhum dos artigos foi excluído na etapa de meta-avaliação, uma vez que as médias obtidas pelos parâmetros da JCSEE⁴⁹ foram classificadas entre excelente e regular (Quadro 6).

Quadro 6. Análise da qualidade dos estudos avaliativos sobre revisão sistemática em AD.

Parâmetros	Gorina et al ⁵⁴	McGregor et al ⁵⁵	Crilly et al ⁵⁶	Lopes et al ⁵⁷	Isaranuwatthai et al ⁵⁸	Low et al ⁵⁹	Levine et al ⁶⁰	Nogueira et al ⁶¹
P1- Utilidade	9,0	8,0	10,0	9,0	6,0	9,0	10,0	5,0
P2-Factibilidade	6,0	5,0	5,0	10,0	10,0	9,0	4,0	10,0
P3-Propriedade	10,0	9,0	9,0	8,0	5,0	9,0	9,0	3,0
P4-Acurácia ou Precisão	7,0	4,0	8,0	9,0	6,0	7,0	5,0	7,0
Média	8,0	6,5	8,0	9,0	67,5	8,5	7,0	62,5

Fonte: elaboração própria.

Classificação: excelente (9,0-10,0) ■ bom (7,0-8,9) ■ regular (5,0-6,9) ■ fraco (3,0-4,9) ■ e crítico (< 3,0) □

A análise da qualidade dos estudos avaliativos selecionados apontou que os trabalhos de Lopes et al.⁵⁰, Low et al.⁵¹, Crilly et al.⁵² e Gorina et al.⁵³ obtiveram melhores médias gerais (9,0 a 8,0) que os demais, em contraste com o estudo de Nogueira et al.⁵⁴, menor pontuado (média 62,5).

Pode-se visualizar no quadro 6, que os parâmetros de Utilidade (P1) e Propriedade (P3) obtiveram, comparativamente, melhores pontuações, em oposição aos parâmetros de Acurácia ou Precisão (P4) e Factibilidade (P2).

Apesar disso, pode-se dizer que a avaliação da qualidade desses estudos foi relativamente boa, uma vez que a maior parte dos parâmetros ficaram bem pontuados, com média acima de sete. O parâmetro de utilidade (P1) recebeu melhor pontuação, revelando preocupação dos estudos com o atendimento às necessidades dos usuários (público alvo), onde o processo avaliativo foi conduzido de forma ética, com respeito ao bem-estar dos envolvidos.

Em contrapartida, os parâmetros de acurácia ou precisão (P4) e factibilidade (P2) obtiveram pontuações relativamente menores, o que leva a considerar que houve um certo comprometimento na explicitação dos critérios de validade utilizado no julgamento de valor ou mérito das intervenções estudadas.

Quanto à caracterização dos estudos selecionados (oito), metade deles foi realizada em países como Brasil (dois) e Canadá (dois), os demais ficaram distribuídos entre países diversos (Espanha, Cingapura, EUA e Austrália), como se apresenta no Quadro 7. No que se refere ao ano de publicação houve predomínio de estudos publicados nos anos de 2017 (três) e 2012 (dois), conforme pode-se observar no Quadro 7.

Quadro 7. Caracterização geral dos artigos selecionados na revisão sistemática sobre intervenções em AD publicados de 2011 a 2018

Autores	Título	Ano	País
Lopes et al. ⁵⁰	Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA).	2017	Brasil
Low et al. ⁵¹	Eficácia de um programa de atendimento domiciliar de transição na redução da utilização hospitalar aguda: um estudo quase-experimental.	2015	Cingapura
Crilly et al. ⁵²	Avaliação da estrutura e do processo de uma admissão hospitalar australiana programa de prevenção para residentes idosos.	2012	Austrália
Gorina et al. ⁵³	Comparação da satisfação do usuário de atendimento domiciliar: modelo integrado vs. Modelo dispensado.	2014	Espanha
Nogueira et al. ⁵⁴	Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos.	2017	Brasil
McGregor et al. ⁵⁵	Um estudo antes e depois do uso hospitalar em duas populações frágeis que recebem diferentes serviços ao mesmo tempo em Vancouver, Canadá.	2018	Canadá
Isaranuwachai et al. ⁵⁶	Análise de custo-efetividade de uma intervenção multifatorial de prevenção de quedas em clientes mais velhos de atendimento domiciliar em risco de queda.	2017	Canadá
Levine et al. ⁵⁷	Programa de Assistência Domiciliar para Pacientes com Alto Risco de Hospitalização	2012	Estados Unidos

Fonte: elaboração própria.

A maior parte, das intervenções de AD avaliadas foram realizadas por hospitais (cinco), seguidas de intervenções desenvolvidas por diversas equipes, a saber: uma pelo Saúde da Família, uma pela enfermagem e uma por equipe interdisciplinar.

Com respeito às características metodológicas de avaliação empregadas, metade dos estudos (quatro) utilizou método misto (qualitativo e quantitativo).^{51, 53,55,57} Entre os principais objetivos dos estudos, dois apresentaram objetivos comuns^{53,58}: avaliar a satisfação dos usuários atendidos por meio das intervenções em AD estudadas (dois). Os demais trabalhos tiveram objetivos variados como: avaliar a influência da AD na qualidade de vida dos usuários atendidos (um), avaliar estrutura e processo da AD (um), avaliar o grau de implantação da AD (um), estudar o custo-efetividade da AD (um), e estudar a efetividade da AD (um).

O delineamento de estudo predominante foi o transversal (n=7), com exceção de um estudo de coorte retrospectivo.⁵⁵ O tipo de avaliação observado em mais da metade dos estudos,³² foi a análise de efeitos (cinco).^{51, 53, 54, 55, 57} Desses cinco estudos, dois estiveram associados à análise econômica.^{51, 57} Em dois estudos, a tipologia empregada foi a análise de implantação, seguida de um estudo focado na avaliação econômica (Quadro 8).

No tocante aos indicadores analisados, entre os de estrutura destacam-se: número de equipes multiprofissionais envolvidas nos cuidados em AD, número de profissionais de apoio nos cuidados em AD, número de equipamentos utilizados nos cuidados em saúde, número de hospitais envolvidos, número de leitos hospitalares utilizados e/ou reduzidos com a AD, recursos financeiros utilizados nas ações em saúde.

Esses indicadores mostram o aumento do número de equipes multiprofissionais envolvidas nos cuidados em saúde, bem como o número de profissionais de apoio, de equipamentos utilizados e hospitais envolvidos, número de leitos hospitalares utilizados e/ou reduzidos e a diminuição de gastos financeiros utilizados com o uso da AD.

Dentre os indicadores de processo destacaram-se: número de usuários acompanhados pelas intervenções em AD (quatro), número de ações de apoio à família

implementadas pelas equipes de AD (três), número de planos de tratamento interdisciplinares de usuários AD (três), e número de ações intersetoriais comunitárias (três) - Quadro 8.

Em relação aos indicadores de resultados verificaram-se: número de internações hospitalares pós tratamento com AD,^{50,51} seguido de custo médio por leito^{51,57}, satisfação dos usuários com o uso da AD em seu tratamento, redução dos custos com a utilização dessa modalidade de atenção em saúde e percentual de redução de internamentos.^{51, 53} (Quadro 8).

Ao se analisar os principais resultados encontrados tem-se que dois estudos^{53, 57} concluíram ter havido aumento no grau de satisfação dos usuários quando da utilização da AD no seu tratamento de saúde.

Três estudos^{53, 57, 59} apontaram para uma maior confiança dos usuários que utilizam a AD nas equipes interdisciplinares e nas ações desenvolvidas por essas equipes, resultando em um bom relacionamento entre elas e os usuários. Ressaltou-se a qualidade do serviço prestado, em especial, pela equipe de enfermagem, ocasionando bons resultados obtidos pelas intervenções em AD.^{53, 54} Outro resultado de destaque refere-se à diminuição do número de internações hospitalares dos usuários pós adesão a intervenções de AD.^{51, 55, 57}

Constatou-se, também, redução, de um modo geral, dos custos em saúde com a utilização da AD em comparação ao tratamento hospitalar convencional^{55, 57} (Quadro 9).

Por outro lado, outro estudo⁵⁷ demonstrou que a AD é considerada custosa quando se trata de usuários mais jovens. Esse mesmo estudo constatou também que não houve diminuição dos custos com a adesão e a utilização de intervenções de AD por idosos, uma vez que os custos com a contratação de especialistas para a AD foram

considerados altos, quando comparados aos custos hospitalares convencionais para essa faixa etária (Quadro 8).

Quadro 8. Caracterização dos estudos avaliativos incluídos na revisão sistemática sobre intervenções em AD, publicados de 2011 a 2018

Autores	Objetivos do estudo	Tipo de avaliação	Indicadores avaliados	Resultados principais
Lopes et al. ⁵⁰	Estimar o grau de implantação Tipo 1 do componente ADI no Programa Estratégia Saúde da Família no município de Camaçari – BA	Análise de Implantação	<p>Estrutura: Número de profissionais envolvidos, número de equipes multiprofissionais em saúde, número de centros de atenção em saúde, tecnologias em saúde utilizadas.</p> <p>Processo: N° estratégias de educação em saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° de ações de estímulo à preservação ou desenvolvimento de fatores de prevenção à saúde; - N° de orientações, solicitações de exames e procedimentos de rastreamento; - N° de fatores de riscos e vulnerabilidades; - N° de procedimentos de imunizações em domicílio; - Ações de orientação e estímulo ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso; - N° de atendimentos clínicos com periodicidade estabelecida a partir das demandas do usuário; - N° de encaminhamentos, apoio matricial da equipe do NASF ou parceria com a rede especializada de reabilitação; - N° de avaliações de riscos, benefícios e viabilidade das intervenções e procedimentos em prol da qualidade de vida do usuário; - N° de ações de planejamento, pactuação e avaliação aos usuários dos objetivos a serem alcançados; -N° de ações específicas de apoio à família. - N° de ações de esclarecimentos e orientações à família sobre o processo de saúde-doença do usuário; - N° de ações de pactuação do plano de cuidados com a família; - N° de reuniões com a família para planejamento das ações, avaliações e replanejamentos; - N° de orientações aos cuidadores sobre sinais de agravamento e condutas a serem adotadas; - N° de ações para evitar ou reduzir sobrecarga do cuidador; -N° de reuniões de equipe, para discussão de casos clínicos, programação de condutas, avaliação das demandas e monitoramento; 	<p>A avaliação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Atenção Domiciliar Tipo 1 indicou que o município que foi avaliado (Camaçari – BA) apresentou grau intermediário de implantação dessa modalidade de atenção em saúde.</p> <p>-Nesse processo, revelaram-se algumas lacunas na organização das práticas, para a gestão, avaliação e monitoramento da ADI.</p> <p>A atenção ao usuário foi o componente que alcançou o nível mais avançado, apesar da baixa pontuação das equipes em relação à promoção da saúde e à cogestão do plano de cuidados. Fragilidades na Atenção à Família e Cuidadores e Gestão da Atenção Domiciliar ficaram evidenciadas.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - N° de levantamentos de usuários acamados ou restritos ao domicílio no território; - N° Ações e/ou mecanismos de acolhimento das demandas não programadas; - N° de buscas ativas de pacientes elegíveis para AD no território adscrito; - N° de atividades de classificação da complexidade dos casos por critérios de risco e estabelecimento de prioridades; - N° de protocolos aplicados na AD; - N° de prontuários familiares e registro das ações desenvolvidas no domicílio; - N° de recursos materiais e equipamentos para AD; - N° Ações de avaliação da satisfação dos usuários, famílias e cuidadores; -Quantidade de Fluxos de assistência e protocolos com a rede de atenção à saúde; - N° de ações de monitoramento dos usuários acompanhados pelas equipes de AD; - N° de parcerias intersetoriais e comunitárias para garantir atenção integral à saúde dos usuários, famílias e cuidadores; - N° de ações de preservação da qualidade de vida de usuários e famílias. - N° de ações de humanização da atenção à saúde. <p>Resultado:- N° de usuários atendidos por atendimento hospitalar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° usuários atendidos por AD; - % de mortalidades prematuras; - N° de estratégias para reorganização do processo de trabalho. -% de protocolos utilizados para implantação de ações em AD. 	
Low et al. ⁵¹	Avaliar a efetividade de um programa de AD desenvolvido pelo Hospital Geral de Cingapura (SGH) na redução da utilização de leitos hospitalares.	Análise de efeitos + Análise econômica	<p>Estrutura: Número de profissionais envolvidos, número de equipes multiprofissionais em saúde, número de hospitais envolvidos no estudo, número de profissionais envolvidos, número de gestores, recursos financeiros utilizados, número de equipamentos em saúde, número de leitos hospitalares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os pacientes tiveram uma redução de 51,6% e 52,8% nas internações nos três e seis meses após a inscrição, respectivamente. - Da mesma forma, uma redução de 47,1% e 48,2% foi observada para atendimentos de emergência nos três e seis meses após a inscrição, respectivamente. Os pacientes matriculados no programa de atendimento

		<p>Processo: -Número de visitas domiciliares realizadas pela equipe multidisciplinar; - Número de intervenções da equipe de enfermagem; - Número de ações educativas com os pacientes para de autogestão de doenças crônicas; Número de avaliações das necessidades das necessidades de cuidados do paciente na primeira semana após a alta hospitalar; -Número de planos de atendimentos individualizados e centrado no paciente; -Número de internações hospitalares dos pacientes do programa; -Número de atendimentos ao departamento de emergência; -Tempo de permanência em todos os hospitais nos três meses anteriores e posteriores à inscrição no Programa; -Ações para otimizar condições médicas no ambiente doméstico; -Número de acompanhamentos pela coordenação do atendimento com especialistas do hospital; - Ações de serviços comunitários para apoiar o atendimento do paciente no ambiente doméstico; Resultado: -Número de internamentos dos pacientes antes pós participação no programa; -Número de baixas na emergência dos pacientes antes e pós participação no programa; -Diferença média dos dias de internação em leito hospitalar por paciente nos períodos pré e pós-Programa; - Número de visitas ao ambulatório especializado nos períodos pré e pós Programa; -Custo/dia de visita domiciliar de médicos e enfermeiros; -Custo/ dia de visitas de especialistas; -Custo/dia de internamento na emergência; -Custo médio do leito por dia do paciente; - Custos totais de visitas domiciliares; -Custos adicionais de visitas de especialistas;</p>	<p>domiciliar de transição tiveram uma utilização hospitalar aguda significativamente menor, através da redução de atendimentos em emergências e internações. -Os pacientes matriculados no programa de atendimento domiciliar apresentaram taxas significativamente mais baixas de utilização hospitalar por meio da redução de internações e atendimentos de emergência. Esse benefício é o maior nos três primeiros meses de inscrição.</p>
--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação dos usuários com o uso da AD em seu tratamento, - Redução dos custos com a AD. 	
Crilly et al. ⁵²	Avaliar a estrutura e processo de um programa australiano de prevenção de internações hospitalares para residentes idosos.	Análise de implantação	<p>Estrutura: N° de hospitais, n° de equipes em saúde, n° de profissionais envolvidos, n° de gestores, n° de equipamentos em saúde, estrutura física, recursos materiais, recursos financeiros.</p> <p>Processo: Tempo de experiência da equipe com trabalho de AD;</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° de admissões diárias de pacientes ao programa; - N° de oficinas de capacitação com a equipe do Programa; - N° de encaminhamentos de pacientes entre a equipe multidisciplinar do programa; -N° de pacientes acompanhados; -N° de planos de tratamentos para pacientes; -N° de profissionais treinados para trabalhar no Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes idosos têm melhores resultados com AD do que os pacientes que se encontram hospitalizados; -A avaliação das estruturas e processos do programa revelou a utilidade do trabalho de enfermagem no gerenciamento do Programa e nas relações com a equipe multidisciplinar.
Gorina et al. ⁵³	Determinar o nível de satisfação dos usuários que recebem assistência médica domiciliar por meio de dois modelos diferentes de atenção à saúde: modelo domiciliar e modelo hospitalar.	Análise de efeitos	<p>Estrutura: Número de centros de atenção em saúde, número de equipamentos em saúde utilizados, número de equipes técnicas envolvidas.</p> <p>Processo: - Horas gastas pela equipe interdisciplinar nas visitas domiciliares aos pacientes de Atenção Domiciliar, divididos em Modelo Integrado (MI) e Modelo Dispensado (MD).</p> <p>-Número de visitas domiciliares para prestação do cuidado aos pacientes de MI e MD.</p> <p>Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % redução de internamentos nos pacientes MD; - % redução de internamentos nos pacientes MI; - Satisfação dos usuários com o uso da AD em seu tratamento, - Redução dos custos com a AD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os pacientes do MD mostraram maior grau de satisfação com o serviço recebido do que os usuários do modelo MI; -Melhor adesão farmacológica e maior acompanhamento das recomendações de promoção à saúde dos pacientes MD; - Maior continuidade do cuidado e no tratamento em pacientes MD - Aumento confiança na equipe de saúde em Pacientes MD.
Nogueira et al. ⁵⁴	Avaliar os resultados de intervenções domiciliares de enfermagem na perspectiva da satisfação de idosos.	Análise de efeitos	<p>Estrutura: Número de profissionais envolvidos, número de equipes multiprofissionais em saúde.</p> <p>Processo: - N° de intervenções domiciliares de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> -N° de pacientes avaliados pela equipe do Programa; -N° de Projetos Terapêuticos Singulares criados pela 	<ul style="list-style-type: none"> -Por meio do acompanhamento domiciliar em enfermagem foi possível identificar como necessário as necessidades de saúde da população idosa, contribuindo para elaboração de ações em saúde voltadas para reais necessidades de cada idoso, de maneira integral. - Os idosos ressaltaram a criação de vínculos e mudanças

			<p>equipe em conjunto com pacientes e cuidadores;</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° de orientações em saúde dadas pela equipe aos usuários do programa; - N° de reavaliações para acompanhamento e avaliação das intervenções aplicadas em enfermagem aos usuários. <p>Resultado: - N° de participantes entrevistados para avaliar os resultados do Programa;</p> <ul style="list-style-type: none"> -% de satisfação dos idosos entrevistados com o Programa; -Mudanças de hábitos e na qualidade de vida dos idosos após a participação no Programa. 	<p>nos hábitos de vida que contribuiram para o bem-estar, para a autonomia, qualidade de vida e melhora da saúde da população idosa atendida. Tais resultados sinalizam a qualidade do cuidado prestado pelas autoridades domiciliares de enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apreendeu-se que o resultado das intervenções de enfermagem foi benéfico, na perspectiva dos idosos, e se traduziram em mudanças significativas de seus saberes. -Os resultados apontaram a importância de ações educativas, de prevenção de riscos, de promoção da qualidade e também de controle, de motivação e contato com os pacientes, que possam refletir em um resultado positivo na sua avaliação; -As visitas domiciliares foram avaliadas como positivas pelas práticas de ações educativas, de prevenção de riscos, de promoção da qualidade e também de controle, de motivação e contato com os pacientes; <p>AD como tecnologia pertinente para o alcance da qualidade em saúde.</p>
McGregor et al. ⁵⁵	Avaliar a influência da Atenção Domiciliar na vida dos pacientes de um hospital na cidade de Vancouver, Canadá.	Análise de efeitos	<p>Estrutura: Número de hospitais envolvidos no estudo, número de profissionais envolvidos, número de equipes em saúde, número de ferramentas de avaliação em saúde, número de leitos hospitalares utilizados e/ou reduzidos, número de equipamentos em saúde utilizados.</p> <p>Processo: - Número de visitas da equipe de AD para dar suporte ao paciente em domicílio.</p> <p>Resultado: -Taxa de uso dos serviços hospitalares (pronto-socorro e internação) pelos pacientes atendidos pelo atendimento domiciliar</p>	<p>-Após o início do Programa de Atendimento Domiciliar (HBPC), as taxas de visitas à emergência e taxas de internamento dos pacientes do Programa foram estabilizadas.</p> <p>- O grupo que não fazia uso da AD teve suas idas ao pronto-socorro e taxas de internamento aumentadas.</p>
Isaranuwachai et al. ⁵⁶	Investigar o custo-efetividade de uma intervenção multifatorial de prevenção de quedas em idosos no Canadá; e a influência da idade na relação custo-efetividade da intervenção	Análise econômica	<p>Estrutura: Número de profissionais envolvidos, número de equipes multiprofissionais em saúde, número de gestores envolvidos, recursos financeiros empregados, número de equipamentos em saúde, número de leitos hospitalares utilizados e/ou reduzidos.</p> <p>Processo: N° de avaliações de acompanhamento dos serviços de saúde domiciliares; N° de ações da equipe interdisciplinar;</p>	<p>- Para a amostra total, a intervenção multifatorial de prevenção de quedas não foi eficaz em comparação com os cuidados habituais, independentemente da disposição a pagar do tomador de decisão para evitar quedas.</p> <p>-Após estratificação para o grupo jovem, a intervenção foi custosa e eficaz para jovens para evitar uma queda de, pelo menos, US \$ 25.000 dólares canadenses. Por outro lado, para no grupo de idosos, a intervenção foi rentável. A intervenção multifatorial de prevenção de</p>

			<p>-Número de serviços não profissionais; - N° de serviços de apoio pessoal e tarefas domésticas; -N° Ações de informações e encaminhamento para agências comunitárias; - N° de ações de monitoramento dos cuidados por meio de sessões; - N° médio inicial de quedas.</p> <p>Resultado: N° médio de quedas por seguimento; - % de mudanças no número médio de quedas; - Custo médio da linha de base em dólares canadenses; -Custo médio de acompanhamento em dólares canadenses; - % de mudanças no custo médio.</p>	<p>quedas pode ser economicamente atraente, dependendo da idade e da decisão de investir dos tomadores de decisão.</p>
Levine et al. ⁵⁷	<p>Avaliar a efetividade de um programa de atendimento domiciliar destinado a melhorar o acesso a cuidados médicos para idosos com múltiplas condições crônicas que correm risco de hospitalização</p>	<p>Análise de efeitos + Análise econômica</p>	<p>Estrutura: Número de profissionais envolvidos, número de equipes multiprofissionais em saúde, número de equipamentos em saúde, número de recursos financeiros usados, número de leitos hospitalares.</p> <p>Processo: - N° de visitas da equipe multidisciplinar aos pacientes do Programa de AD; - N° de participantes em potencial identificados a partir da ferramenta de processo eletrônico de triagem de avaliação de risco; -Tempo médio gasto para cada visita domiciliar de atendimento; -N° de avaliações realizadas pela equipe nos pacientes; -N° de visitas de profissionais assistentes sociais para avaliação das condições sociais aliadas aos aspectos de saúde dos pacientes; -N° de reuniões semanais da equipe do Programa com os cuidadores dos pacientes, objetivando orientações sobre cuidados diários com os pacientes; -N° de visitas médicas aos pacientes do Programa. - N° de entrevistas por telefone aos pacientes do Programa para verificar o grau de satisfação com a participação no Programa; Resultado: - N° de pacientes internados pós</p>	<p>O estudo demonstrou que um programa que utiliza uma equipe interdisciplinar domiciliar de prestadores de serviços médicos e sociais pode melhorar a satisfação do paciente com os cuidados de saúde prestados por uma organização de assistência gerenciada.</p> <p>-Além disso, os achados de reduções significativas nos dias hospitalares e a menor probabilidade de hospitalização para pacientes atendidos pelo Programa sugerem que o atendimento e suporte domiciliar aprimorados podem reduzir o uso de serviços médicos agudos caros.</p> <p>-Apesar do uso hospitalar significativamente menor entre o grupo de intervenção, esse achado não se traduziu em uma redução correspondente nos custos gerais de saúde. Outro motivo para a falta de redução no custo total pode ser que os custos de intervenção com a equipe interdisciplinar foram altos demais para os cuidados necessários ao paciente.</p> <p>-Embora os resultados demonstrem chances significativamente menores de hospitalização e maior satisfação com o atendimento médico para o grupo atendido pelo Programa, não houve diferença nos custos do atendimento por grupo de estudo após o ajuste para as características da amostra.</p>

			<p>participação no programa;</p> <p>-Nº de mortes dos pacientes pós participação no programa;</p> <p>-% de redução de custos dos atendimentos com a utilização do Programa;</p> <p>-% de satisfação dos usuários atendidos pelo programa;</p> <p>-Níveis médios de satisfação dos pacientes com o atendimento no início e no acompanhamento do programa;</p> <p>-Custo médio dos pacientes por utilização do Programa de AD;</p> <p>- Custos totais dos pacientes por utilização do Programa de AD;</p> <p>-Custo médio dos pacientes por utilização do hospital;</p> <p>- Custos totais dos pacientes por utilização do hospital;</p> <p>-% de Diferença financeira entre os custos com AD e com hospitalização;</p> <p>-% de redução de dias de hospitalizações dos pacientes atendidos pelo Programa de AD.</p>	
--	--	--	--	--

Fonte: elaboração própria.

VI. DISCUSSÃO

Os achados demonstraram que a metade dos estudos foi realizada no Brasil e Canadá e a maior parte das intervenções foi desenvolvida em hospitais com utilização do método misto na metade dos estudos analisados. Além disso, o principal objetivo da maior parte das intervenções foi avaliar o grau de satisfação dos usuários do modelo de AD, sendo o delineamento de estudo predominante o transversal.

O tipo de avaliação mais usado foi a análise de efeitos, sendo os custos, um indicador bastante apontado nos achados, caracterizando essa modalidade de atenção em saúde como menos custosa em comparação ao modelo de saúde tradicional (hospitalar).

Das publicações selecionadas na presente revisão, pode-se dizer que a avaliação da sua qualidade (meta-avaliação) foi relativamente boa, uma vez que a maior parte dos parâmetros ficaram bem pontuados (média acima de sete). Chama-se atenção que o P1 (utilidade) recebeu melhor pontuação, revelando preocupação dos estudos com o atendimento às necessidades dos usuários (público alvo), onde o processo avaliativo foi conduzido de forma ética, com respeito ao bem-estar dos envolvidos.

Em contrapartida, os parâmetros de acurácia ou precisão (P4) e factibilidade (P2) obtiveram pontuações relativamente menores, o que leva a considerar que houve comprometimento, principalmente na explicitação dos critérios de validade utilizado no julgamento de valor ou mérito das intervenções estudadas. O que não quer dizer que essas informações não poderiam ter sido encontradas nos relatórios originais de avaliação. A realização da meta-avaliação apenas por meio dos produtos finais (artigos) pode apresentar tal barreira.⁶⁰ Como a definição dos critérios de julgamento de valor é um item muito importante em pesquisas avaliativas, inclusive sendo um diferencial em

relação a outros tipos de estudo,³² isso pode ser considerado uma limitação da presente RS.

Apesar do modelo de AD ser, em termos mundiais, comprovadamente eficaz no tratamento de pacientes que sejam elegíveis para sua utilização, a busca sistemática na literatura revelou escassez de publicações sobre estudos avaliativos que tivessem como objeto esse tipo de intervenção.

A avaliação em saúde constitui-se em uma estratégia promotora de mudanças, capaz de promover maior responsabilização, transparência e melhoria contínua da qualidade das intervenções avaliadas, favorecendo o processo decisório⁶⁰. Dessa forma, como a temática da AD é relativamente recente, principalmente no Brasil, teria sido interessante que mais estudos tivessem sido encontrados.

Dos estudos incluídos, metade deles foram realizados em países como Brasil e Canadá. As primeiras experiências com serviços de AD foram desenvolvidas por volta da década de 1960, no setor público.⁶¹ A partir daí, essa modalidade de atenção em saúde vem sendo difundida e utilizada cada vez nos setores públicos e privados dos referidos países, o que pode ter gerado maior necessidade de realização e publicação de estudos avaliativos com essa temática nessas localidades.

Ratificando tais informações, o Canadá tem investido no fortalecimento da atenção primária, com enfoque comunitário, ao mesmo tempo em que o processo de desospitalização e a diminuição do tempo de internação são estimulados no país, resultados semelhantes foram encontrados no Brasil.⁶²

A maior parte das intervenções em AD avaliadas foi realizada por hospitais. As instituições hospitalares, financiadoras ou prestadoras de serviços de saúde no âmbito público ou privado, em nível mundial, têm dado importância à economia financeira e de recursos desses serviços aliados ao tratamento dos pacientes. Com base nisso, pode-se

dizer que esse é um dos motivos que levaram grande parte das intervenções em AD ser encomendada por esses estabelecimentos de saúde, fato que acarretará um impacto econômico em seus serviços hospitalares.⁶¹

Entre os principais objetivos das intervenções, estudos visaram avaliar a satisfação dos usuários atendidos por meio das intervenções em AD estudadas. Percebe-se o aumento no número de avaliações da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde e os usuários desses serviços passaram a ter um papel importante nesse processo, sendo suas opiniões introduzidas no processo avaliativo e podendo ser usadas como um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.⁶³ Esse molde (avaliação participativa) promove a aprendizagem dos sujeitos envolvidos na pesquisa com fortalecimento de capacidades, favorecendo a utilização dos resultados da avaliação.⁴⁰

Dessa forma, as pesquisas a respeito da satisfação dos usuários são estudos fundamentais para a gestão do serviço prestado, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho do trabalho realizado sob a perspectiva do paciente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade trabalho desenvolvido pela organização.⁶⁴

Em relação às características metodológicas empregadas, o método utilizado na metade dos achados foi o misto (qualitativo e quantitativo), o que denota uma preocupação dos estudos na integração de dados, de modo que sua produção reforçasse aspectos relacionados a robustez dos estudos.

Essa integração, bastante utilizada por pesquisadores em saúde, por meio do uso da triangulação, objetiva fortalecer os critérios de confiabilidade e validade dos dados, uma vez que em muitos casos a utilização de um método único pode ser insuficiente para abarcar todos os aspectos envolvidos em uma dada realidade em estudo.⁶⁵

Confirmando tal achado, Poblete et al.⁶⁶ ressaltam que o método misto enriquece a capacidade de entender as relações entre processos e resultados da implementação de um programa ou intervenções em saúde.

O delineamento de estudo predominante foi o transversal, o que pode apresentar um fator limitante no estudo, pois uma das suas características é que exposição e desfecho são medidos simultaneamente. Nesse caso, o estabelecimento de relações de causalidade não é possível. Porém, esse modelo de estudo possibilita obter informações de forma rápida e com baixo custo para grandes grupos populacionais, a exemplo dos que foram incluídos na presente RS.⁶⁷

O tipo de avaliação observado na maioria dos estudos, conforme Champagne et al.,³² foi a análise de efeitos, onde os custos, na maioria deles, integraram o rol de indicadores estudados. Segundo esses mesmos autores, a análise de efeitos examina as relações entre a intervenção e os resultados produzidos, sendo um dos tipos clássicos mais empregados em avaliação, entretanto que exige a adoção de modelos analíticos rebuscados.

Muitos estudos trataram de custos na AD, corroborando com o que é abordado na literatura sobre a economia em saúde com o uso desse modelo de atenção em comparação ao modelo hospitalocêntrico. Apenas um estudo tratou da análise econômica relacionada à AD e dois estudos trataram da análise de efeitos associada à análise econômica.

Dentre os indicadores de estrutura que se destacaram, podemos citar os seguintes: número de equipes multiprofissionais envolvidas nos cuidados em AD, número de profissionais de apoio nos cuidados em AD, número de equipamentos utilizados nos cuidados em saúde, número de hospitais envolvidos, número de leitos

hospitalares utilizados e/ou reduzidos com a AD, recursos financeiros utilizados nas ações em saúde.

Conforme Lacerda et al.,⁶⁸ o atendimento domiciliar envolve a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao cliente ou ao seu cuidador, bem como a execução destes procedimentos pela equipe multiprofissional no domicílio do paciente. Com base nisso, o auxílio da equipe multiprofissional aos familiares e cuidadores é de extrema importância e contribuirá para o desenvolvimento de ações simples e complexas no cotidiano domiciliar desses usuários, direcionadas a eles próprios e/ou a seus familiares.

Andrade et al.,¹⁴ afirmam que a AD é um importante espaço na (re)organização da atenção à saúde, expressando o seu papel na redução de internações hospitalares. Esses autores salientam que há redução de custos para o SUS, a partir da perspectiva econômico-financeira de otimização de leitos na redução de custos advindos de uma hospitalização desnecessária.

Os indicadores de processo mais citados na AD fazem referência ao acompanhamento dos usuários, ações de apoio à família, número de usuários atendidos pela AD e ações intersetoriais comunitárias. Isso aponta a preocupação que os estudos tiveram de analisar os vínculos entre o paciente e seus familiares no ambiente domiciliar. Esses concluíram que a família e a comunidade contribuem, de forma positiva, para o tratamento domiciliar desses usuários. O fato dos agentes públicos, nesse tipo de intervenção, dividirem com a família a responsabilidade pelos cuidados domiciliares, faz com que os espaços familiar e comunitário sejam valorizados como ambientes de cuidado.⁶⁹

De acordo com a pesquisa realizada por Castro,⁷⁰ os profissionais do hospital por ele estudado conversam com os familiares para verificar quais são suas condições de

gerenciar o cuidado no domicílio. Os profissionais de saúde orientam quais são as responsabilidades que os familiares devem possuir, aliado às necessidades dos usuários, desenvolvendo, com isso, ações de apoio à família, bem como ações interdisciplinares e intersetoriais comunitárias. A formação de cuidadores/familiares tem sido um importante pilar nesse tipo de intervenção.

Entre os principais resultados encontrados pelos trabalhos selecionados têm-se o aumento no grau de satisfação dos usuários quando da utilização da AD no seu tratamento de saúde. Conforme Esperidião et al.,⁷¹ as avaliações de satisfação de usuário de serviços podem representar um importante meio para atuar como instrumentos que dão voz aos usuários. Com base nisso, permitem aos usuários oportunidades de expressão que podem monitorar e controlar as atividades dos serviços de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social.

A satisfação do usuário significa compreender e agir de acordo com suas necessidades quanto aos serviços e aos resultados da equipe, devendo considerar sua subjetividade e sua percepção com o processo de trabalho. Este indicador tem-se constituído em um importante instrumento que possibilita uma reflexão da gestão sobre o processo de produção e organização dos serviços de saúde.⁷²

Aliado a isso, os estudos de Gorina et al.,⁵³ Crilly et al.⁵² e Levine et al.⁵⁷ apontaram para uma maior confiança dos usuários que utilizam a AD nas equipes interdisciplinares e nas ações desenvolvidas por essas equipes, resultando em um bom relacionamento entre elas e os usuários.

Os achados do estudo de Silva et al.⁷² corroboram com esses apontamentos, uma vez que revela que a equipe interdisciplinar atua na orientação, apoio, vínculo e amparo às suas necessidades de saúde dos usuários e cuidadores, estabelecendo vínculos entre

usuários e familiares, transmitindo aos usuários sensação de segurança, cuidado e confiança na equipe.

Braga et al.¹¹ ao realizarem revisão sistemática sobre AD, concluíram que um novo perfil de demandas por cuidados específicos e novas necessidades de saúde vem se despontando na oferta e na demanda da AD em saúde. Pacientes vivendo com doenças crônicas complexas, como: insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica grave, e paralisia cerebral infantil; pacientes sob ventilação mecânica; além de usuários com doenças degenerativas avançadas, têm sido apontados como demandantes de cuidados longitudinais, contínuos e de longa duração na AD, fazendo com que a oferta dessa modalidade de atenção torne-se, muitas vezes complexa. Uma vez requerer força de trabalho especializada e utilização de equipamentos domiciliares.

Outro resultado de destaque na presente revisão referiu-se à diminuição do número de internações hospitalares dos usuários pós adesão a intervenções de AD. Constatou-se, também, redução, de um modo geral, dos custos em saúde com a utilização da AD em comparação ao tratamento hospitalar convencional. Tal achado encontra consonância com o estudo de Andrade et al.¹⁴ que concluiu que foi possível perceber a AD na reorganização da atenção à saúde, haja vista a redução do número de internações hospitalares que essa modalidade de atenção em saúde promove, ocasionando conseqüentemente, uma redução de custos para o sistema de saúde.

De acordo com Brondani et al.,⁷³ a AD reduz os custos hospitalares e contribui para a melhoria na qualidade de vida dos pacientes que utilizam esse serviço. O estudo de Aguado et al.⁷⁴ também demonstra que o uso da AD promove a redução dos custos em saúde, impactando na melhoria da qualidade de vida dos usuários. Corroborando com essas informações, o estudo de Silva et al.¹⁶ ressalta também uma redução de

custos com o uso da AD e uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes que se utilizam dessa intervenção em saúde.

Investimentos na síntese do conhecimento produzido quanto às estratégias metodológicas de avaliação e seus principais resultados são de grande valia na utilização dos achados encontrados, contribuindo para o aperfeiçoamento desse tipo de intervenção. Esse estudo contribuiu também para elencar e resumir achados importantes em estudos de avaliação na temática de AD, que poderão servir como base para investigações futuras e para a tomada de decisão dos gestores quanto à utilização desse modelo de atenção em saúde.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo revelaram que ainda são escassos os estudos de avaliação sobre AD, permitindo concluir que a maior parte das intervenções dessa modalidade de atenção em saúde foram desenvolvidas por hospitais, e objetivaram avaliar o grau de satisfação dos pacientes que faziam uso da AD. Ademais, pode-se dizer que os estudos apresentaram boa qualidade, posto que a maior parte dos parâmetros propostos pela meta-avaliação ficaram bem pontuados.

Os custos apresentaram-se como indicadores de grande relevância apontados nos achados, caracterizando essa modalidade de atenção em saúde como menos custosa quando comparada ao modelo hospitalocêntrico.

Ainda, a adesão à modalidade de AD pode proporcionar uma redução do número de internações hospitalares dos usuários, o que pode também culminar em redução dos custos hospitalares. Por outro lado, o cuidado a pacientes com doenças crônicas e degenerativas, que demandam uma assistência contínua e de longa duração, pode elevar os custos da AD pela necessidade de equipes especializadas e equipamentos específicos.

Com base nos indicadores de estrutura pesquisados (número de equipamentos utilizados na AD, número de equipes e profissionais envolvidos com essa modalidade de atenção em saúde, dentre outros), pode-se inferir que a AD será efetiva para o tratamento dos pacientes elegíveis nessa modalidade de atenção, desde que sejam fornecidos infraestrutura e recursos humanos para auxiliá-los em seu tratamento e na orientação dos familiares em relação aos cuidados e procedimentos diários. Quando estes pacientes se utilizam da AD no período pós internamento hospitalar, também será necessário um suporte técnico dessa equipe de profissionais no domicílio.

Os indicadores de processo avaliados mostraram que aumenta o número de pessoas que são acompanhadas pela AD e que as equipes de saúde estão desenvolvendo

ações de apoio às famílias em paralelo com ações intersetoriais comunitárias, a fim de que seja dado um suporte domiciliar adequado aos usuários pelas suas famílias, cuidadores e redes de apoio informal (ex.: vizinhança, bairro, amigos, entre outros).

Esse fato aponta a preocupação que os estudos tiveram de analisar os vínculos entre o paciente e seus familiares no ambiente domiciliar, concluindo que a família e a comunidade contribuem, de forma positiva, para o tratamento domiciliar desses usuários.

Aliado a isso, aumenta cada vez mais as ações interdisciplinares desenvolvidas por profissionais como: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, fato que faz aumentar a confiança dos pacientes na equipe que trabalha com a AD. Os indicadores de resultados mostram que o número de internações hospitalares dos usuários que fazem uso da AD diminuiu.

Esse estudo poderá contribuir para a realização de estudos futuros a respeito da temática de avaliação em serviços de AD, a fim de desenvolver cada vez mais o aprimoramento de suas atividades e subsidiar os gestores em suas tomadas de decisões.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2012 Dec;21(4):529–32.
2. BRASIL. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 28 agosto 2018]. Disponível em: www.saude.gov.br/dab
3. Sena RR, Silva KL, Rates HF, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O Cotidiano da cuidadora no domicílio: Desafios de um fazer solitário. *Cogitare Enferm*. 2006 Dec 22;11(2).
4. Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2004 Dec;9(4):897–908.
5. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: Desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2008 Sep;24(3):180–8.
6. Vieira G, Lopes DO. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Implantação da Atenção Domiciliar: O Processo de Trabalho e o Cuidado à Pessoa com Condição Crônica na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Universidade Federal da Bahia; 2015 [citado 28 agosto 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18303>
7. Oliveira Neto AV de. Análise do Programa Melhor em Casa : um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Universidade de Brasília; 2016 [citado 28 agosto 2018]. Disponível em:

<http://repositorio.unb.br/handle/10482/20974>

8. Silva KL, Sena R, Araújo Leite JC, Terenzi Seixas C, Martins Gonçalves A. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005 Jun [citado 09 setembro 2018];39(3):391–7. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2005.v39n3/391-397/>
9. Silva Junior AG da. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva [Internet]. HUCITEC, editor. 1997 [citado 09 setembro 2018]. 150p. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/8462/1/modelostecnoassistenciaisemsaudeodebatenocampodasaudecoletiva.pdf>
10. Meloni DR. Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde [Internet]. [Ribeirão Preto]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2016 [citado 09 setembro 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-08012016-142145/>
11. Braga PP, Sena RR de, Seixas CT, Castro EAB de, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Mar 1 [citado 09 novembro 2018];21(3):903–12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300903&lng=pt&tlng=pt
12. Silva KL, de Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saude Publica*. 2010 Feb;44(1):166–76.
13. Zem-Mascarenhas SH, Barros ACT. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2009 Mar 31 [citado 09 novembro 2018];11(1). Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46869>

14. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Randow RM Von, Montenegro LC. Singularidades do trabalho na Atenção Domiciliar: Imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2013 [citado 09 novembro 2018];5(1):3383–93. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750897023>
15. Merhy EE. Saúde: A Cartografia do trabalho vivo. *Saúde em Debate* [Internet]. 2002 Aug [citado 15 janeiro 2019];24:1953–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>
16. Lara KS, De Sena RR, Silva PM, Braga PP, De Souza CG. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. *ACTA Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 15 janeiro 2019];25(3):408–14. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300014&script=sci_arttext
17. Ramallo V, Roussel MT. Historia de la hospitalización a domicilio. *Hospitalización a domicilio*. Hoechst Marion Roussel. 1998;13–22.
18. Guimarães NA, Hirata HS, Sugita K. Cuidado e Cuidadoras: O Trabalho de CARE no Brasil, França e Japão. *Sociol Antropol* [Internet]. 2011 Jun [citado 15 janeiro 2019];1(1):151–80. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2238-38752011000100151&script=sci_arttext&tlng=pt
19. Saúde BM da. Atenção domiciliar no SUS : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar [Internet]. 1st ed. MS, editor. Brasília; 2014 [citado 20 fevereiro 2019]. 184 p. Disponível em: www.saude.gov.br

20. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]. 2016 Aug 17 [citado 20 fevereiro 2019];11(38):1–12. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1259>
21. Amorim AKDMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciencia e Saude Coletiva [Internet]. 2009 Jan [citado 20 fevereiro 2019];14(1):195–204. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100025&script=sci_arttext
22. BRASIL. Lei 10.424/2002. 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, [Internet]. Brasil; 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm
23. BRASIL. Portaria MS/GM nº. 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44 [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html
25. BRASIL. Ministério da saúde. Serviço de Atenção Domiciliar Melhor em casa

- [Internet]. 2018 [citado 20 abril 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>
26. Gallassi CV, Ramos DFH, Kinjo JY, Souto BGA. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. ABCS Heal Sci [Internet]. 2014 Nov 14 [citado 20 abril 2019];39(3). Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/653>
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 825/2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 78, de 26 abr. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2016 [citado 26 maio 2019]. p. 33–8. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827
28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2010 [citado 26 maio 2019];15(5):2297–305. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232010000500005&script=sci_arttext
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. [Internet]. 2011 [citado 26 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
30. Carvalho SR, Cunha GT, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de. A

- gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. *Saúde em debate*. 2006;170:837–68.
31. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2012 Jan [citado 08 junho 2019];17(4):821–8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_arttext
 32. Champagne F, Contandriopoulos A, ... AB-... saúde conceitos e métodos, 2011 U. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. 1°. FIOCRUZ, editor. 2016. 292 p.
 33. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. 3rd ed. Press HA, editor. Michigan; 1990.
 34. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: Reabrindo o debate. *Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]. 2006 [citado 08 junho 2019];11(3):553–63. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n3/553-563/>
 35. Martins Barbosa Da Silva Costa J, Felisberto E, De LC, Bezerra A, Ângela E, Cesse P, et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [citado 17 outubro 2019];18(5):1201–16. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n5/1201-1216/pt>
 36. Frias PG de, Pereira PMH, de Andrade CLT, de Lira PIC, Szwarcwald CL. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no estado de pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 Apr [citado 17

- outubro 2019];26(4):671–81. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csp/2010.v26n4/671-681/pt/>
37. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2010 Nov;10(SUPPL. 1):229–37.
38. Sampaio R, Mancini M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter* [Internet]. 2007 Feb [citado 17 novembro 2019];11(1):83–9. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552007000100013&script=sci_arttext
39. Galvao T, Epidemiologia MP-, 2014 U. Systematic reviews of the literature: steps for preparation. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014;23(1):183–4.
40. Hartz ZM de A, Felizberto E, Silva LMV da. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 27–45.
41. Stufflebeam D. Evaluation models. *New Dir Eval*. 2001 Mar 1;2001(89):7–98.
42. Galvão TF, Pansani T de SA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2015 Jun [citado 28 dezembro 2019];24(2):335–42. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2015.v24n2/335-342/pt/>
43. Puccini, LRS. Giffoni, MGP. Silva, LF. Utagawa C. Comparativo entre as bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico com o foco na temática Educação Médica. 2015 [citado 28 dezembro 2019];10(28):75–82. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/301>
44. LILACS [Internet]. [citado 28 dezembro 2019]. Disponível em: <https://lilacs.bvsalud.org/>

45. SciELO [Internet]. [citado 28 dezembro 2019]. Disponível em: <https://scielo.org/pt/sobre-o-scielo>
46. Hill MM HA. Investigação por questionário. 2nd ed. Silabo, editor. Lisboa; 2008.
47. Santos ESN. Um guia para conhecer modelos teóricos de avaliação. Fiocruz. 2006;
48. Costa JMBS, Silva VL, Samico IC, Cesse EÂP. Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. Saúde em Debate [Internet]. 2015 Dec 1 [citado 08 janeiro 2020];39(spe):307–19. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39nspe/307-319/>
49. Figueiró A, Thuler L, ALF Dias. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Meta-avaliação da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 49–70.
50. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). Saúde em Debate [Internet]. 2017;41(spe3):241–54. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600241&lang=pt
51. Low LL, Vasanwala FF, Ng LB, Chen C, Lee KH, Tan SY. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. BMC Heal Serv Res [Internet]. 2015/04/19. 2015;15:100. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0750-2>
52. Crilly J, Chaboyer W, Wallis M. A structure and process evaluation of an Australian hospital admission avoidance programme for aged care facility residents. J Adv Nurs [Internet]. 2011/06/18. 2012;68(2):322–34. Disponível em:

- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05740.x>
53. Gorina M, Limonero JT, Penart X, Jimenez J, Gasso J. [Comparison of level of satisfaction of users of home care: integrated model vs. dispensaries model]. *Aten Primaria* [Internet]. 2014/04/29. 2014;46(6):276–82. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713002904>
 54. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GA de S, Gomes ACO, Carreira L, Baldissera VDA. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017;37(spe). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500409&lang=pt
 55. McGregor MJ, Cox MB, Slater JM, Poss J, McGrail KM, Ronald LA, et al. A before-after study of hospital use in two frail populations receiving different home-based services over the same time in Vancouver, Canada. *BMC Heal Serv Res* [Internet]. 2018/04/07. 2018;18(1):248. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29622006/>
 56. Isaranuwatthai W, Perdrizet J, Markle-Reid M, Hoch JS. Cost-effectiveness analysis of a multifactorial fall prevention intervention in older home care clients at risk for falling. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017/09/03. 2017;17(1):199. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-017-0599-9>
 57. Levine S, Steinman BA, Attaway K, Jung T, Enguidanos S. Home care program for patients at high risk of hospitalization. *Am J Manag Care* [Internet]. 2012/08/30. 2012;18(8):e269-76. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039185/>
 58. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GAS, Gomes ACO, Carreira L BV. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem:

- avaliação da satisfação de idosos. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 08 janeiro 2020];1–7. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/68351/40826>
59. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GA de S, Gomes ACO, Carreira L, Baldissera VDA. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017;37(spe). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500409&lang=pt
60. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, Potvin L. Multi-strategy in the evaluation of health promotion community interventions: An indicator of quality. In: Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research. Springer New York; 2009. p. 253–67.
61. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Cien Saude Colet [Internet]. 2005 Dec [citado 2019 Aug 15];10(suppl):231–42. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_abstract&tlng=pt
62. Faria LR de, Alves CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. Saúde e Soc [Internet]. 2015 Mar [citado 08 janeiro 2020];24(1):72–85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100072&lng=pt&tlng=pt
63. Schmidt SMS, Müller FM, Santos E dos, Ceretta PS, Garlet V, Schmitt S. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. Saúde em

- Debate [Internet]. 2014 [citado 08 janeiro 2020];38(101):305–17. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140028>
64. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [Internet]. 2010 Dec [citado 24 janeiro 2020];20(4):1419–40. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019
65. Landim FLP, Lourinho LA, Lira RCM, Santos ZMSA. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. *Rev Bras em Promoção da Saúde* [Internet]. 2012 Jan 4 [citado 24 janeiro 2020];19(1):53–8. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/961>
66. Poblete CM. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud [Internet]. Vol. 17, *Revi Chil Salud Pública*. 2013 [citado 09 fevereiro 2020]. Disponível em: <https://clio.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/28632/30389>
67. Carlotto K, Cesar JA, Hackenhaar AA, Ribeiro PRP. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: Resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 Sep [citado 09 fevereiro 2020];24(9):2054–62. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n9/2054-2062/>
68. Lacerda MRO, Giacomozzi CM, Samantha R. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Soc* [Internet]. 2006 [citado 09 fevereiro 2020];15:88–95. Disponível em:

- <https://www.scielo.org/article/sausoc/2006.v15n2/88-95>
69. Souza LM de, Wegner W, Gorini MIPC. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Apr [citado 01 março 2020];15(2):337–43. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200022
70. Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2016 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-A9SHDP/1/trabalho_fina__wesley_souza_castro.pdf
71. Esperidião MA, Bomfim TLA. Avaliação de satisfação de usuários: Considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 Jun [citado 01 março 2020];22(6):1267–76. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n6/1267-1276/pt/>
72. Paiva SMA, Gomes ELR. Hospital care: assessment of users' satisfaction during hospital stay. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Oct [citado 01 março 2020];15(5):973–9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500014&script=sci_arttext&tlng=pt
73. Brondani CM, Ramos LH, Beuter M, Lampert MA, Seiffert MA, Bruinsma JL. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. *Rev Enferm da UFSM* [Internet]. 2013 [citado 19 março 2020];3:689–99. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11063/pdf>
74. Aguado O, Morcillo C, Delàs J, Rennie M, Bechich S, Schembari A, et al. Long-

term implications of a single home-based educational intervention in patients with heart failure. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2010 Nov 1;39(6):S14.