

# Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias

doi: 10.5123/S1679-49742014000100016

## Home visit: validation of an instrument for recording and monitoring individuals and families

### Ademilde Machado Andrade

Centro de Educação Permanente em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju-SE, Brasil

### Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil

### Diego Melo Costa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, Universidade Tiradentes, Aracaju-SE, Brasil

### Leane de Carvalho Machado

Coordenação de Enfermagem, Universidade Tiradentes, Aracaju-SE, Brasil

### Cristiane Franca Lisboa Gois

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** elaborar e validar um instrumento para visita domiciliar (ficha B-VD) visando ao acompanhamento das visitas domiciliares pelas equipes de Saúde da Família (eSF) na Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju, estado de Sergipe, Brasil. **Métodos:** a validação da ficha B-VD foi realizada pelos profissionais das equipes de saúde utilizando-se da técnica de Delphi e da escala de Likert; os itens da ficha foram agrupados em três dimensões; a consistência interna dos itens da ficha foi investigada mediante o coeficiente alfa de Cronbach. **Resultados:** na análise de consistência interna das 17 variáveis investigadas, obteve-se coeficiente alfa de Cronbach de 0,95; na dimensão I (identificação do usuário), esse coeficiente foi de 0,94, na dimensão II (aspectos do território), 0,93, e na dimensão III, (visita domiciliar) 0,82. **Conclusão:** a ficha B-VD foi validada pelos profissionais das eSF de Aracaju-SE, confirmando-se um instrumento útil para acompanhamento das famílias.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família; Estudos de Validação; Visita Domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

## Abstract

**Objective:** to develop and validate an instrument for home visits (B-VD Form) aimed at monitoring visits made by Primary Health Care network Family Health teams in the city of Aracaju, State of Sergipe, Brazil. **Methods:** B-VD Form validation was conducted by health professionals using the Delphi technique and Likert scale. The data items were also grouped into three dimensions. Cronbach's alpha was used to investigate the internal consistency of the form's items. **Results:** a Cronbach's alpha coefficient of 0.95 was obtained for the internal consistency of the 17 variables analyzed. The coefficient was 0.94 for dimension I (user identification); 0.93 for dimension II (aspects of the territory) and 0.82 for dimension III (home visit). **Conclusion:** the B-VD form was validated by the Family Health teams in the city of Aracaju, proving to be a useful tool for monitoring families.

**Key words:** Family Health Program; Validation Studies; Home Visit; Primary Health Care.

### Endereço para correspondência:

Ademilde Machado Andrade – Rua Construtor Cunha, nº 69, Edifício Vitória, Apto. 502, Bairro Graçeru, Aracaju-SE, Brasil.  
CEP 49027-340  
E-mail: ademildema@yahoo.com.br

## Introdução

A visita domiciliar (VD) configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado: visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extra-institucional de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.<sup>1-3</sup>

A VD é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família.<sup>4-6</sup>

No Brasil, a denominação VD remete à Estratégia Saúde da Família (ESF), que viabiliza a Atenção Primária à Saúde no Brasil e assume papel fundamental na organização do trabalho de suas equipes. Para a realização dessa atividade, são necessários planejamento, execução, registro de dados e avaliação. O registro é considerado um critério de avaliação da assistência prestada nos serviços de saúde, aspecto relevante da informação sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais.<sup>7,8</sup>

A VD constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Ela deve ser conduzida no bojo de um processo racional, orientada por objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência, com a finalidade de favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário.<sup>9,10</sup>

A VD, assim como as demais ações de saúde, além de ser registrada nos prontuários, deve alimentar os sistemas de informações em saúde, fundamentais para o planejamento e avaliação dessas ações.<sup>11</sup>

Na prática, o que se observa é a quantificação de VD realizadas e seu registro no sistema de informações, o que, em realidade, revela uma lacuna com relação ao levantamento de informações sobre os usuários que as recebem. Essa fragilidade, possivelmente, ocorre pela inexistência de uma ficha de registro padronizada para as visitas realizadas e aquelas a serem efetivadas.<sup>5</sup>

No Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), há fichas de acompanhamento de gestação na mulher, hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, todas utilizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS); porém, inexistente uma ficha específica a ser utilizada pelos demais profissionais da equipe, para o acompanhamento das famílias na VD.<sup>12</sup>

Resultados de um estudo realizado no município de Aracaju, estado de Sergipe,<sup>3</sup> revelaram que os profissionais planejam a VD, não obstante sem registro, devido à ausência de um instrumento específico desenhado com essa finalidade. Diante desse cenário, os autores do referido estudo sugeriram, para o fortalecimento das ações desenvolvidas no domicílio, a utilização de um instrumento que possibilitasse o planejamento, acompanhamento e avaliação da VD.

*A visita domiciliar constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade.*

O presente estudo teve como objetivo elaborar e validar um instrumento de acompanhamento das visitas domiciliares – VD – realizadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família – eSF – atuantes na Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP) no município de Aracaju-SE.

## Métodos

Trata-se da validação de uma ficha elaborada para possibilitar o registro e acompanhamento das VD realizadas pelas equipes de Saúde da Família no município de Aracaju-SE (Figura 1).

Aracaju, capital do estado de Sergipe, contava uma população de 570.937 habitantes em 2010.<sup>13</sup> O sistema de saúde do município presta ações e serviços nos três níveis de atenção à saúde e está organizado a partir da Atenção Primária à Saúde como sua porta preferencial de acesso. A Rede de Atenção Primária à Saúde – REAP – de Aracaju-SE possuía, em 2011, 43 unidades de saúde, com 133 equipes de Saúde da Família, 64 equipes de Saúde Bucal e 795 agentes comunitários de saúde, garantindo uma cobertura de 95,5% da população pela Estratégia Saúde da Família.

Figura 1 – Ficha B-Visita Domiciliar validada pelos profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Aracaju, Sergipe, 2011

FICHA B - VD		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												ANO _____					
MUNICÍPIO ____/____/____		SEGMENTO ____/____/____						UNIDADE ____/____/____						ÁREA ____/____/____			PASTA FAMÍLIA ____/____/____		
ACOMPANHAMENTO DA VISITA DOMICILIAR PELA EQUIPE		MESES																	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ					
CONDICÃO DO USUÁRIO	1. RN/PUÉRPERA 2. ACAMADO 3. DIF. LOCOMOÇÃO 4. HA 5. DIA 6. OUTRAS																		
VÍNCULO FAMILIAR	1. BOA 2. REGULAR 3. INSATISFATORIA																		
CONDIÇÕES HIGIÊNICAS	1. BOA 2. REGULAR 3. INSATISFATORIA																		
CUIDADOR	1. FAMILIAR 2. AMIGO 3. OUTRO																		
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	1. < 1 SALÁRIO 2. 1 a 3 SALÁRIOS 3. > de 3 SALÁRIOS																		
AUTONOMIA PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	1. SIM 2. PARCIAL 3. NÃO																		
FAZ DIETA	1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SE APLICA																		
USA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO	1. SIM 2. NÃO 3. TDO 4. NÃO SE APLICA																		
APRESENTA SITUAÇÃO DE RISCO	1. SIM 2. NÃO																		
NECESSITA DE MATERIAIS ESPECIAIS	1. SONDAS 2. FRALDAS 3. COLCHÃO CASCA DE OVO 4. CADEIRA DE RODAS 5. OUTROS																		
EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA SABE COMO PROCEDER	1. SIM 2. NÃO																		
ASSINATURA DO VISITADOR																			
CONDUTA PÓS-VISITA																			

Ficha adaptada do instrumento de VD elaborado por Machado, 2010.  
 OBSERVAÇÕES: Preencher corretamente os campos utilizando a numeração referente à resposta obtida.  
 RN – Recém-Nascido HA – Hipertensão Arterial DIA – Diabético DIF. Locomoção – Dificuldade de locomoção por amputação, deficiência osteoarticulares, etc.  
 OUTRAS: Hanseníase, Tuberculose, Transtorno Mental, Deficiência, Dislipidemia, Câncer etc.  
 TDO – Tratamento Diretamente Observado

O território do município está dividido em oito regiões de saúde. A amostra do presente estudo foi calculada por região.<sup>14</sup>

A população-alvo compreendeu os profissionais da equipe mínima da Saúde da Família: médico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem,<sup>15</sup> distribuídos nas unidades de Saúde da Família (USF) de Aracaju-SE, o que totaliza um contingente de 399 profissionais.

Para determinar o tamanho da amostra representativa desses profissionais, aplicou-se a fórmula de cálculo por amostragem de populações finitas,<sup>16</sup> considerando-se uma prevalência média de 50%, alfa de 0,5%. Concluído desse cálculo, obteve-se uma amostra de 189 pessoas – número que inclui um acréscimo de 20%, compensatório para eventuais perdas ou recusas –, resultando em 63 profissionais para cada categoria. O processo de validação somente foi realizado com as equipes de Saúde da Família completas. Considerando-se que duas equipes estavam incompletas, foi feita a validação da ficha B-VD com 61 equipes, perfazendo um total final de 183 profissionais.

A seleção das equipes foi realizada em dois momentos. No primeiro momento, calculou-se o número de equipes selecionadas por cada unidade, de forma proporcional ao quantitativo de equipes por unidade, como também em relação ao total de unidades no município. No segundo momento, foi aplicado o plano de amostragem aleatória simples, a fim de selecionar as equipes que participariam da validação.

O processo de validação foi conduzido por quatro entrevistadores capacitados, alunos do curso de graduação em Enfermagem, que se deslocaram às USF onde as equipes selecionadas estavam inseridas, para aplicação dos instrumentos.

Antes da entrega da ficha B-VD aos profissionais das equipes, foi aplicado um questionário – contendo 13 questões – visando identificar o perfil dos participantes. Para a identificação e análise do perfil desses profissionais, foram consultadas as seguintes variáveis:

- aspectos demográficos e da vida profissional – sexo, idade, formação profissional, tempo desde quando exerce atividades profissionais e atividades na atual eSF –;
- aspectos relativos ao território – número de habitantes da área –; e
- aspectos referentes à própria visita domiciliar – realização, periodicidade, planejamento e registro de VD.

A validação ocorreu em três etapas. Na primeira etapa, foi elaborada a ficha-objeto deste estudo, adaptada de um modelo anterior proposto por Machado.<sup>3</sup> A ficha proposta também considerou as especificidades das fichas B contempladas no SIAB. Na segunda etapa,<sup>14</sup> especialistas não incluídos na amostra – profissional da equipe mínima da eSF, profissional da REAP e gestores do município de Aracaju-SE – avaliaram a estrutura e o conteúdo da ficha sob análise. A terceira etapa da validação do instrumento dedicou-se à avaliação da representatividade das variáveis nele constantes, a relevância dos objetivos, a efetividade e pertinência de cada item e a importância da ficha para o registro e acompanhamento das famílias.

Em seguida, procedeu-se à análise e incorporação à ficha das recomendações mais relevantes. Uma segunda avaliação permitiu uma nova oportunidade de alterar a ficha a partir das sugestões propostas pelos profissionais. Nessa etapa, realizaram-se dois ciclos de avaliação: (i) entrega da ficha B-VD com agendamento da devolução, com as análises realizadas; e (ii) adequação do instrumento, levando-se em consideração as observações dos examinadores.

Utilizou-se como referência a técnica de Delphi, que permite conhecer e avaliar um instrumento a partir das opiniões de especialistas ou juízes.<sup>17</sup> Na técnica de Delphi modificada, propõe-se um limite no número de ciclo de execução ou rodadas, recomendando-se dois a quatro ciclos até o alcance do consenso.<sup>18</sup> Neste estudo, foram realizadas duas rodadas, permitindo que os profissionais participassem ativamente na construção do instrumento, com a apresentação de sugestões para consolidação da ficha.

Ainda segundo a técnica de Delphi, a validação adotou um nível mínimo de concordância entre os profissionais sobre as variáveis contidas na ficha B-VD:  $\geq 70\%$ .<sup>18</sup> Após os ajustes, um novo instrumento, agora com todas as adequações sugeridas, foi entregue aos profissionais da amostra selecionada para a validação das variáveis, resultando na ficha B-VD composta de 17 variáveis.

Para a obtenção da análise das variáveis da ficha B-VD, utilizou-se o agrupamento dos itens em três dimensões, categorizadas de acordo com as características demográficas, situação de saúde e relação familiar social do usuário:

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

- Dimensão II – situação de saúde do usuário (condição do usuário e condições higiênicas, autonomia para as atividades da vida diária, se faz dieta, se usa medicação conforme prescrição e se apresenta situação de risco) –; e
- Dimensão III – relação familiar e social – (vínculo familiar, cuidador, situação socioeconômica, se necessita de materiais especiais e se em situação de emergência, sabe como proceder).

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

A análise do instrumento obedeceu a escala numérica de Likert, de cinco níveis: de 1 (discorda totalmente) a 5 (concorda totalmente).<sup>19</sup>

Na análise do nível de concordância e confiabilidade do agrupamento das variáveis contidas na ficha B-VD, foi utilizada a técnica alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach.<sup>20</sup> Esse coeficiente permite identificar a consistência interna do teste, ou seja, a coerência entre cada item do teste e o restante dos itens do mesmo teste.<sup>20</sup>

De acordo com Pasquali,<sup>21</sup> o coeficiente alfa de Cronbach varia entre 0,00 (ausência de confiabilidade) e 1,00 (confiabilidade perfeita). Nesta validação, considerou-se aceitável o valor de  $\alpha \geq 0,80$  para a avaliação do constructo (grupo de perguntas).<sup>21</sup>

Realizou-se o teste do qui-quadrado para avaliar a associação das variáveis. Também foram calculadas as estatísticas – mínimo, máximo, média, mediana e desvio-padrão – para as variáveis quantitativas. Em todas as análises, foi considerado o nível de significância de 5%.

A pesquisa atendeu a todos os princípios éticos requeridos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, Campus da Saúde, sob registro no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0143.0.107.000-11.

## Resultados

O número de participantes do processo de validação da ficha B-VD foi de 183 profissionais. Não houve recusa das equipes para participarem do estudo.

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (79,2%), enfermeiros (90,2%), com 30 a 60 anos de idade (83,6%; média de 45,4 anos) e dedicados à profissão há dez anos ou mais (58,5%). O grupo de enfermeiros foi o que possuía mais tempo de exercício de atividades na eSF (Tabela 1).

Em relação ao processo de trabalho das equipes investigadas, verificou-se que, majoritariamente, 98,9% dos profissionais realizavam a VD e 77,6% planejavam essa atividade. Os enfermeiros foram aqueles que relataram planejar a visita com mais frequência: 88,5%. Praticamente todos os profissionais (98,3%) informaram realizar a VD e 94,0% afirmaram utilizar o prontuário. Proporção igualmente expressiva de profissionais (94,0%) considerava importante a disponibilidade de um instrumento específico para o registro da VD (Tabela 1).

Observou-se quantitativo relevante de equipes da eSF responsáveis por um território com população superior a 4000 pessoas (44,2%). Não obstante, muitos profissionais não sabiam informar a população de sua área adstrita (22,0%), com ênfase para a categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem (42,6%), seguidos pelos médicos (19,7%).

Quando realizada a validação das variáveis contidas na ficha B-VD (Figura 1) preferentes à dimensão I – identificação do usuário –, observou-se 95,2% de profissionais em concordância com os itens propostos na ficha.

Com referência à dimensão II – situação de saúde do usuário –, 95,2% dos profissionais concordaram com os itens elencados. Nessa dimensão, o maior índice de concordância encontrado foi para o item 'Usa medicação conforme prescrição' (97,0%; n=177), e o menor (93,0%; n=171), para o item 'Autonomia para as atividades da vida diária'.

Quanto à dimensão III – relação familiar e social –, o índice de concordância entre os profissionais foi de 89,8% (54). A maior concordância foi verificada para a variável 'Necessita de materiais especiais' (97,0%); e a menor, para a variável 'Situação socioeconômica' (79,0%) (Tabela 2).

Os itens 'Conduta pós-visita' e 'Assinatura do visitador' não foram agrupados nas dimensões; contudo, obtiveram uma aceitação de 95,6% (175) entre os profissionais.

As dimensões I e II apresentam níveis de variação mais homogêneos, enquanto aqueles da dimensão III apresentam maior variabilidade (Tabela 2).

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

**Tabela 1 – Categorias sociodemográficas e do processo de trabalho dos profissionais da amostra (n=183) do município de Aracaju, Sergipe, 2011**

Variáveis	Médico	Enfermeiro	Auxiliar/ Técnico de enfermagem	Total
	n	n	n	n
<b>Sexo<sup>a</sup></b>				
Masculino	33	6	10	38
Feminino	39	55	51	145
<b>Faixa etária (em anos)</b>				
<30	2	9	9	20
30 a 60	53	49	51	153
>60	6	3	1	10
<b>Tempo desde que exerce a profissão<sup>a</sup> (em anos)</b>				
<5	7	10	5	22
5-10	17	12	25	54
10-20	16	16	23	55
>20	21	23	8	52
<b>Tempo desde que desenvolve atividades na equipe (em anos)</b>				
<1	7	9	7	23
1-5	24	13	19	56
>5	30	39	35	104
<b>Trabalhou anteriormente em outra equipe<sup>a</sup></b>				
Sim	55	52	26	133
Não	6	9	35	50
<b>Realiza visita domiciliar<sup>a</sup></b>				
Sim	61	60	60	181
Não	–	1	1	2
<b>Planeja a realização da visita domiciliar<sup>a</sup></b>				
Sim	48	54	40	142
Não	2	–	9	11
Às vezes	11	7	12	30
<b>Registra a visita domiciliar</b>				
Sim	60	61	59	180
Não	1	–	2	3
<b>Considera importante a utilização<sup>a</sup> de uma ficha específica para visita domiciliar</b>				
Sim	54	58	60	172
Não	7	3	1	11
<b>Nº de habitantes de responsabilidade da equipe<sup>a</sup></b>				
<4000	21	26	15	62
>4000	28	33	20	81
Não sabe informar	12	2	26	40

a)  $p < 0,05$  (teste do qui-quadrado)

**Tabela 2 – Distribuição das dimensões (I, II e III) segundo nível de concordância das variáveis da ficha B - Visita Domiciliar entre os profissionais (n=183), considerando-se a escala de Likert, no município de Aracaju, Sergipe, 2011**

Variáveis	Médico	Enfermeiro	Auxiliar/ Técnico de enfermagem	Total
	n	n	n	n
<b>Dimensão I<sup>a</sup></b>				
Concorda totalmente	54	58	59	171
Concorda pouco	3	3	3	9
Indeciso	1	1	–	2
Discorda pouco	–	1	–	1
<b>Dimensão II<sup>b</sup></b>				
Concorda totalmente	54	55	56	165
Concorda pouco	3	3	3	9
Indeciso	1	1	1	3
Discorda pouco	1	1	–	2
Discorda totalmente	2	1	1	4
<b>Dimensão III<sup>c</sup></b>				
Concorda totalmente	47	49	50	146
Concorda pouco	6	6	6	18
Indeciso	2	2	1	5
Discorda pouco	1	2	2	5
Discorda totalmente	5	2	2	9

a) Dimensão I = Identificação do usuário

b) Dimensão II = Situação de saúde do usuário

c) Dimensão III = Relação familiar e social

**Tabela 3 – Estatística descritiva da ficha B - Visita Domiciliar e coeficiente de alfa Cronbach, por dimensão (I, II e III) e total dos itens validados, no município de Aracaju, estado de Sergipe. Brasil, 2011**

Dimensão	Nº de itens	Média (dp)	Mediana	Mínimo/Máximo	Alfa de Cronbach
I <sup>a</sup>	4	4,83 (0,76)	5	1/5	0,94
II <sup>b</sup>	6	4,80 (0,74)	5	1/5	0,93
III <sup>c</sup>	5	4,60 (0,93)	5	1/5	0,82
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>4,74</b>	<b>5</b>	<b>1/5</b>	<b>0,95</b>

a) Dimensão I = Identificação do usuário

b) Dimensão II = Situação de saúde do usuário

c) Dimensão III = Relação familiar e social

## Discussão

Os resultados evidenciaram que os profissionais da ESF de Aracaju-SE consideraram importante a existência de um instrumento para registro e acompanhamento das famílias no domicílio, validando a utilização da ficha B-VD pela Rede de Atenção Primária à Saúde – REAP – do município.

A prestação de assistência à saúde no domicílio vai além de levar a equipe de saúde ao encontro do paciente com alguma dificuldade de locomoção, ou de oferecer orientações sobre higiene e alimentação. Essencialmente, prestar assistência à saúde no domicílio supõe verificar e compreender o contexto socioeconômico e cultural a envolver o indivíduo/família em seu ambiente mais particular.<sup>14</sup>

A maioria dos participantes do estudo afirmou planejar suas visitas, o que representa um dado positivo. Para a realização de uma VD de qualidade, são necessários planejamento, execução, registro de dados e avaliação. O planejamento é um dos elementos-chave na operacionalização dessas visitas.<sup>7,10</sup>

Entre os profissionais entrevistados, a expressiva maioria afirmou registrar a VD em um ou mais instrumentos, com ênfase nos prontuários, seguidos do SIAB e outros (planilhas, mapa de VD, agenda etc.). A uniformização de um instrumento para registro das visitas é de fundamental importância porque, enquanto permite obter informações sobre o usuário visitado, possibilita a realização de uma análise periódica de sua condição de saúde, além de servir como ferramenta de planejamento, programação, monitoramento e avaliação das VD.<sup>7</sup>

Identificou-se que a maioria dos profissionais realizava a VD com periodicidade conforme a demanda requerida, ou seja, semanal, seguida de quinzenal, mensal, diária e outra. A assistência domiciliar pode ser operacionalizada através da internação ou da visita domiciliar.<sup>22</sup>

Em 2006, estudo conduzido no município de Curitiba, estado do Paraná, com o objetivo de reconhecer como a assistência domiciliar à saúde na ESF é realizada pelos profissionais das equipes, revelou a mesma frequência de visitas, de acordo com as necessidades de cada paciente e de sua família, sendo considerado o contexto de vida do indivíduo, suas demandas e o estabelecimento de plano assistencial.<sup>23</sup>

Na análise de parâmetros adotados para número de visitas a serem realizadas, estudo desenvolvido também em Aracaju-SE, no ano de 2010, evidenciou uma média de 21,6 visitas/equipes/mês.<sup>3</sup> Todavia, não foi encontrada na literatura uma média nacional de visitas domiciliares que pudesse ser utilizada como parâmetro comparativo.

Vale destacar o percentual de profissionais que não souberam informar o quantitativo de usuários sob sua responsabilidade. No que concerne ao quantitativo máximo de habitantes de responsabilidade da equipe, um número expressivo de profissionais de todos os grupos informou ser maior de 4000 pessoas. Portaria do Ministério da Saúde – MS/GM nº 2.488/GM/2011 – estabelece 4.000 habitantes como quantitativo máximo de indivíduos cobertos por equipe, sendo 3000 habitantes a média recomendada.<sup>15</sup>

Na análise de validação, verificou-se boa consistência interna, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,95, indicando grau de coerência e homogeneidade entre os itens contemplados na ficha B-VD.<sup>21</sup>

No processo de validação das variáveis contidas na dimensão I, referente à 'Identificação do usuário', obteve-se boa aceitação dos profissionais das três categorias. É consenso na literatura que, para se atingir o objetivo da VD, é necessário planejar, sistematizar, organizar e documentar.<sup>7</sup> Na etapa do planejamento, deve-se identificar o usuário mediante as seguintes variáveis: nome; sexo; idade; endereço; e os fatores de risco que motivaram a VD e levaram à condição atual. É necessário, ademais, utilizar formulário específico para o registro, anotar o atendimento no prontuário e informar a equipe sobre a situação do usuário e o atendimento realizado.<sup>24</sup>

Quanto às variáveis relacionadas à dimensão II – situação de saúde do usuário –, todas elas apresentaram nível bom de concordância. A 'Condição do usuário' foi vista pelos profissionais como de fundamental importância, por possibilitar conhecer quem são os indivíduos que recebem a VD. A relevância desse item condiz com os resultados de outro estudo realizado no município de Aracaju-SE, em que os profissionais apontaram como principais grupos para VD os idosos/acamados, seguidos dos hipertensos/diabéticos, puérperas/recém-nascidos e indivíduos com problemas ortopédicos.<sup>3</sup>

O ambiente onde vive o usuário é entendido pela Saúde Pública como algo externo, de singular importância, onde se encontram potenciais fatores de risco à saúde – como físicos, químicos, biológicos, nutricionais, econômicos, culturais, psicossociais e ecológicos –, sendo necessário que os profissionais conheçam e planejem, em conjunto com a comunidade, ações proativas capazes de interferir positivamente nesses fatores contributivos para o incremento de doenças crônicas degenerativas e das causas externas (acidentes e violências).<sup>25</sup> Frente a esse aspecto, compreende-se a elevada concordância sobre a variável 'apresenta situação de risco' entre os participantes da amostra.

O item 'Condições higiênicas' obteve grau elevado de concordância. Tamanha aceitabilidade tem relevância. A VD é enfatizada como uma atividade que permite conhecer a realidade e avaliar os determinantes do processo saúde-doença no cenário real onde cada indivíduo e sua família vivem.<sup>26</sup>

A variável 'Autonomia para as atividades da vida diária' alcançou um nível de coerência importante. Resultados de um estudo desenvolvido no sul do Brasil identificaram que a maioria dos usuários idosos apresentava algumas limitações para realizar atividades diárias, além de problemas relativos à sexualidade.<sup>27</sup> A concordância em relação a essa variável sugere uma preocupação dos profissionais com a identificação de limitações inerentes aos idosos e demais usuários adscritos a sua área.

A variável 'Usa medicação conforme prescrição' teve boa aceitação dos profissionais. Segundo a Organização Panamericana da Saúde,<sup>28</sup> o uso racional e correto da medicação é de fundamental importância para o controle dos agravos. Outros fatores igualmente condicionantes e que, se negligenciados, podem levar ao descontrole dos problemas de saúde são, por exemplo, a alimentação saudável, a atividade física, o lazer e a diminuição do estresse.

As variáveis 'Usa medicação conforme prescrição' e 'Faz dieta' alcançaram uma concordância elevada entre os integrantes da equipe. Na literatura, é consensual a importância dessas variáveis para o controle efetivo dos agravos, sejam eles agudos ou crônicos.<sup>26</sup>

A VD é um instrumento que permite conhecer a família, suas formas de trabalho e vida, os padrões de solidariedade que se desenvolvem no interior do universo familiar e como eles podem contribuir para o cuidado, cura ou recuperação de um de seus entes. Além de possibilitar reconhecer essa situação familiar, sua prática implica entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade.<sup>9</sup> Observa-se que os profissionais reconhecem a importância desses aspectos ao validar as variáveis incluídas na dimensão III – relação familiar e social –: 'Vínculo familiar'; 'Cuidador'; 'Necessita de materiais especiais'; e 'Em situação de emergência, sabe como proceder'.

Entre as variáveis validadas, a 'Situação socioeconômica' obteve menor concordância: os profissionais alegaram ter dificuldade na abordagem desse item junto aos usuários.

As variáveis 'Conduta pós-visita' e 'Assinatura do visitador' foram avaliadas pelos profissionais como relevantes, alcançando expressiva concordância. Recomenda-se, na necessidade de uma intervenção após a realização da VD, que o profissional elabore um plano de cuidados voltado para ações preventivas e/ou curativas, sob responsabilidade de qualquer um dos integrantes da equipe e de acordo com a comple-

xidade da situação/problema. Ressalta-se, ademais, a importância da assinatura do profissional que realizou o procedimento.<sup>24</sup>

A partir do reconhecimento das VD pelos profissionais das equipes como atividades potenciais para o acompanhamento da saúde das famílias no domicílio, este estudo possibilitou a validação coletiva de um instrumento como adequado e pertinente ao fortalecimento e estruturação do registro, planejamento, avaliação e monitoramento das visitas realizadas no território sob responsabilidade dessas equipes.

Todo o processo de validação pode apresentar limitações. Trata-se da elaboração de um instrumento que, somente após sua implantação, deverá ser reavaliado e nele promovidas as adequações necessárias, auferindo maior consistência e representatividade ao produto. A implantação desse instrumento exige a capacitação dos profissionais que a aplicarão, seguida de avaliações periódicas sobre seu uso.

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

A partir dos resultados encontrados pelos autores neste estudo, mostra-se oportuna a implantação da ficha validada pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção Primária à Saúde – REAP – no município de Aracaju-SE, dada a importância de agregar informações relevantes para o acompanhamento das famílias e indivíduos, com vistas ao fortalecimento das ações de saúde desenvolvidas nos domicílios do município.

## Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju-SE, por proporcionar o Mestrado em Saúde Coletiva.

## Contribuição dos autores

Ademilde Machado Andrade AM contribuiu na concepção do estudo, coleta de dados e redação do artigo.

Guimarães AMDN participou da análise dos dados e revisão crítica.

Costa DM executou as análises estatísticas dos dados.

Machado LC e Gois CFL participaram da revisão crítica.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

## Referências

- Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009. 848 p.
- Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Fundação Telefônica. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43 (Série A. Normas e Manuais; 135)
- Machado LC. A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de Aracaju-SE. 2010 [dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2010.
- Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm*. 2007 nov-dez;60(6):659-64.
- Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
- Marasquin HG, Duarte RVC, Pereira RBL, Monego ET. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte, Palmas (TO). *Rev UFG [Internet]*. 2004;6(n esp). [citado 2010 nov 11]. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>
- Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White K. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. 1228 p. (Publicación Científica; 534)
- Souza CR, Lopes SCE, Barbosa MAA. Contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. *Rev UFG [Internet]*. 2004 dez [citado 2010 nov 11];6(n esp). Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>
- Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Cienc Saude Coletiva*. 2005 jul-set;10(supl): 231-42.
- Souza MFM. Dos dados à política: a importância da informação em saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2008 mar;17(1):5-6.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: população por município [Internet]. [citado 2010 dez 12]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacaosergipe.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacaosergipe.pdf)
- Aracaju (SE). Secretaria Municipal de Saúde. Manual das ações programáticas; 2005.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 2.488, de 24 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 48, 24 out. 2011. Seção 1.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 1999 set;33(3):207-16.
- Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nurs Diagn*. 1992 Jan-Mar;3(1):12-22.
- Alexandre JWC, Andrade DE, Vasconcelos AP, Araújo MAS, Batista MJ. Análise do número de categorias da escala Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria das respostas ao item. *Anais do 23º Encontro Nacional de Engenharia de Produção [Internet]*; 2003 out 21-24; Ouro Preto: DEPRO; 2003. p. 1-8. [citado 2010 ago 8]. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/bibliote>
- Pasquali L. *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):992-9.
- Pasquali L. *Psicometria: teorias e aplicações*. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
- Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saude Soc [Internet]*. 2006 mai-ago [citado 2010 nov 24];15(2):88-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>
- Giacomozzi CM, Lacerda ML. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2006 out-dez;15(4):645-53.

24. Lopes JMC, organizador. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003. 49 p.
25. Machado ATGM. Saúde humana e ambiente [Internet]. 2005 [citado 2010 nov 23]. Disponível em: [www.ufmg.br/biblioteca/index.shtml](http://www.ufmg.br/biblioteca/index.shtml)
26. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Cien Saude Coletiva*. 2007 mai-jun;12(3):743-53.
27. Josiane JM, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Luiz G. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):265-71.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Uso racional de medicamentos. Unidade de Medicamentos e Tecnologia. OPAS/OMS; 2003. p. 1-15.

Recebido em 26/07/2013

Aprovado em 16/12/2013