



PROGRAMAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO NAS REDES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Lízia Irale Almeida Mascarenhas Sena
UFRB
Joseneide Santos Queiroz
UFRB

Resumo

A Atenção Domiciliar surgiu no Brasil a partir de 1990 como uma nova modalidade de assistência à saúde pautada no cuidado integral e humanizado da assistência hospitalar no âmbito domiciliar. Este estudo teve como objetivo geral verificar a efetividade dos Programas de Assistência Domiciliar (PAD) no processo de desospitalização em unidades hospitalares de saúde. Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada por meio de uma revisão integrativa de literatura. Os resultados permitem afirmar a importância dos PAD no processo de desospitalização nas redes de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Percebe-se que os cuidados com os PAD são o alicerce de todo o processo de desospitalização como proposta de uma assistência humanizada, individualizada e integral à saúde, necessitando de mais pesquisas que avaliam a efetividade desses programas auxiliando os gestores a criar estratégias que prezem pela valorização e efetividade destes programas.

Descritores

Assistência Domiciliar. Internação Domiciliar. Desospitalização. Programas de Assistência Domiciliar.

Resumen

La Atención Domiciliar surgió en Brasil a partir de 1990 como una nueva modalidad de asistencia a la salud pautada en el cuidado integral y humanizado de la asistencia hospitalaria en el ámbito domiciliar. Este estudio tuvo como objetivo general verificar la efectividad de los Programas de Asistencia Domiciliar (PAD) en el proceso de deshospitalización en unidades hospitalarias de salud. Se trata de un estudio con recolección de datos realizada a través de una revisión integrada de literatura. Los resultados permiten afirmar la importancia de los PAD en el proceso de deshospitalización en las redes de salud, ya sean públicas o privadas. Se percibe que los cuidados con los PAD son el fundamento de todo el proceso de desospitalización como propuesta de una asistencia humanizada, individualizada e integral a la salud, necesitando de más investigaciones que evalúan la efectividad de esos programas auxiliando a los gestores a crear estrategias que prejen por la gestión valorización y efectividad de estos programas.

Descriptor: Asistencia Domiciliar. Desospitalización. Programas de Asistencia Domiciliar.



Introdução

A Atenção Domiciliar surgiu no Brasil a partir de 1990 a princípio com o objetivo de reduzir custos hospitalares, racionalizar leitos e prestar uma assistência mais humanizada. Em 1998, foi publicada a Portaria nº 2.416, do Ministério da Saúde, que representou o início de discussões acerca das políticas públicas que objetivassem o cuidado no domicílio como uma forma de organização da assistência à saúde¹.

Segundo Malta et al² devido ao aumento na expectativa de vida dos brasileiros as doenças neurológicas crônicas tem ocasionado mortes prematuras, limitações físicas e funcionais que repercutem na perda da qualidade de vida impactando diretamente na vida socioeconômica dos indivíduos o que aumenta a demanda pelos serviços de saúde e em muitas situações leva a hospitalização desnecessárias.

O aumento da demanda pelos serviços de saúde pode trazer consequências à rede de saúde, a exemplo das superlotações hospitalares, que somadas à estruturas físicas deficientes das unidades de saúde e a falta de materiais e equipamentos agravam o já combalido sistema de saúde pública, provocando a real necessidade de uma reformulação das práticas de prestação de serviços à saúde.

Neste contexto, a Assistência Domiciliar surge como uma modalidade alternativa de atenção à saúde e intervenção hospitalar, com o intuito de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e o período de permanência dos pacientes hospitalizados, mas que incluem também uma preocupação com a humanização da atenção³.

Em decorrência da necessidade de implantação de novas formas de cuidado, em abril de 2002, o Ministério da Saúde sancionou a lei nº 10.424 acrescentando à lei orgânica da saúde dispositivo jurídico legal que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o atendimento e a internação domiciliar¹.

Em 2006, a Atenção Domiciliar foi regulamentada no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) aplicáveis para os serviços públicos e os privados que oferecem assistência e ou internação hospitalar⁴.



O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2006, implanta a Política Nacional de Internação Domiciliar, propondo a criação de serviços sob a responsabilidade da esfera municipal de governo, com a formação de equipes de atenção domiciliar, considerando-se o parâmetro de uma equipe para até 200 mil habitantes¹.

Os princípios da atenção domiciliar são: a abordagem integral à família, consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador, trabalho em equipe e interdisciplinaridade, estímulo a redes de solidariedade⁵.

Diante dessa abordagem, com esta nova perspectiva de atenção à saúde, Silva et al⁶ entende que os princípios e finalidades da Atenção Domiciliar são concebidas através da oferta de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de suas complicações e através de medidas simples de reabilitação que podem ser realizadas no próprio domicílio.

A sistematização da Assistência Domiciliar auxilia na formação e implementação de Programas de Assistência/Internação Domiciliar diante do processo de desospitalização nas redes de saúde (pública e/ou privadas).

Como questão norteadora desta pesquisa tem-se: Programas de Assistência Domiciliar auxiliam no processo de desospitalização nas redes de assistência à saúde?

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral verificar a efetividade dos programas de assistência domiciliar no processo de desospitalização em unidades de hospitalares de saúde no Brasil.

Método

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva desenvolvida por meio de uma revisão integrativa de literatura.

Para Mendes et al⁷ a revisão integrativa de literatura consiste na análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e para a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.



Segundo Souza et al⁸ a revisão integrativa emerge como uma metodologia que constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE) e nesse contexto, o profissional de saúde, em sua rotina de trabalho, pode perceber e determinar as melhores técnicas a serem desprendidas para melhoria na qualidade do tratamento do paciente.

As etapas que conduziram esta revisão integrativa seguem as fases descritas no estudo de Souza et al⁸, correspondendo em à elaboração da pergunta norteadora (constituindo a fase 1), coleta de dados - busca ou amostragem na literatura (fase 2), aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (fase 3), análise dos dados e definição dos bancos de dados (fase 4), discussão dos resultados (fase 5) e apresentação da revisão integrativa (fase 6).

Os artigos foram identificados por busca bibliográfica realizado no período pré-estabelecido para a pesquisa, compreendido entre Janeiro à Maio de 2018, consultados no acervo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) encontrados nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram utilizados os seguintes descritores: assistência domiciliar, internação domiciliar, desospitalização, programas de assistência domiciliar.

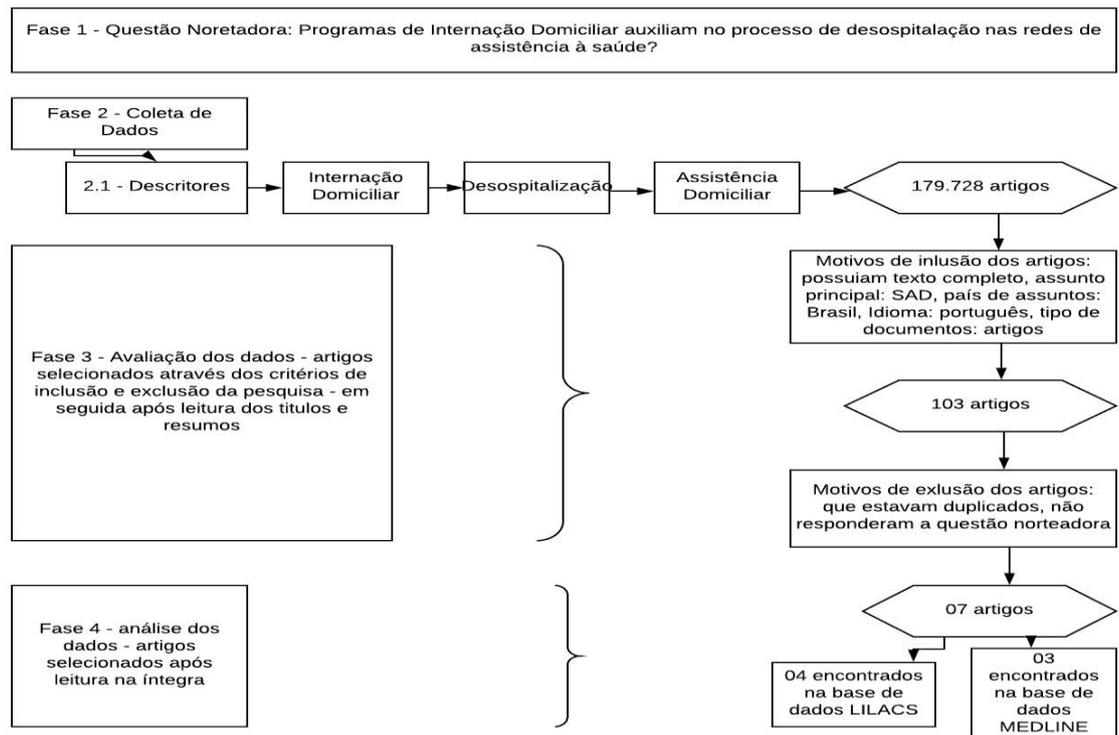
Estabeleceram-se como critérios de inclusão: publicações em formato de artigos e textos completos, que incluíssem como assunto principal serviços de atenção domiciliar, país de assunto Brasil, que estivessem publicados na língua portuguesa e apresentassem pertinência temática com a questão norteadora desta pesquisa.

Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes: teses, dissertações, artigos que não atendiam ao tema proposto e que estivessem duplicados nas bases de dados.

O fluxograma abaixo descreve os caminhos percorridos entre a primeira e quarta fase para a elaboração desta revisão integrativa. A quinta e sexta fases constituem a discussão e a apresentação da revisão integrativa que serão descritas no decorrer do estudo.



Figura 1 – Fluxograma compondo as Fases 1 à 4 do processo de seleção dos artigos para compor a amostra final desta revisão.



Fonte: Sena (2018).

Resultados

Inicialmente foram encontrados um total de 179.728 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, para refinamento da pesquisa restaram 103 artigos. Dos 103 artigos, após a leitura dos títulos e dos seus resumos foram selecionados 07 artigos que se enquadravam como aptos a responder à questão norteadora da pesquisa e para compor a amostra final.

A análise constatou que 07 artigos atendiam aos critérios de inclusão e respondiam a questão norteadora da pesquisa. O maior número de publicações incluídas foi da LILACS



correspondendo um total 05 artigos e 02 foram da MEDLINE. Os 07 artigos selecionados foram publicados entre os anos 2004 a 2013.



QUADRO 1 – Artigos levantados nas bases de dados LILACS e MEDLINE sobre Internação e Assistência Domiciliar.

PROCEDÊNCIA	PERIÓDICO/ ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
LILACS	Caderno de Saúde Pública, 2013.	Biscione et al.	Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Avaliar o impacto do plano de cuidados executado pela equipe de atenção domiciliar Da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Belo Horizonte (Unimed BH), modalidade Gerenciamento de caso, sobre o tempo livre de hospitalização entre os pacientes com 60 anos ou mais assistidos pelo programa	Estudo de coorte retrospectivo.	Os resultados deste estudo sugerem que visitas domiciliares regulares de médico, enfermeiro, fisioterapeutas, nutricionistas aumentam significativamente o tempo livre de hospitalização nos pacientes assistidos pelo programa de gerenciamento de casos. Possibilitando reflexões sobre a construção de indicadores de resultados dos programas de atenção domiciliar para idosos e sobre a análise de custo-efetividade desses programas.
LILACS	Revista Saúde Pública, 2010.	Silva et al.	Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial.	Analisar as práticas de atenção domiciliar de serviços ambulatoriais e hospitalares e constituição como uma rede substitutiva de cuidado em saúde.	Estudo de campo com abordagem qualitativa.	A atenção domiciliar quando utilizada como rede substitutiva em saúde requer sustentabilidade política, conceitual e operacional.
LILACS	Revista Hospital das Clínicas do Paraná (HCPA), 2009.	MORSH; BORDIN.	Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, sul do Brasil.	Descrever a satisfação dos usuários do programa.	Pesquisa quantitativa com delineamento descritivo – exploratório.	Foi verificado um alto grau de satisfação entre os usuários do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir.



MEDLINE	Revista Panamericana de Salud Pública, 2008.	FEUERWERKER; MERHY.	A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação prática.	Avaliar a contribuição da atenção domiciliar no âmbito do sistema público de saúde no Brasil no sentido da integralidade e da humanização da atenção.	Estudo de casos com abordagem qualitativa.	A atenção domiciliar pode contribuir efetivamente para a produção da integralidade e da continuidade do cuidado, podendo acontecer mesmo em ambientes economicamente precários, devendo ser ampliada no âmbito do sistema público de saúde brasileiro.
LILACS	Revista Saúde Pública, 2005.	Silva et al.	Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde.	Conhecer o processo de implantação e funcionamento dos programas de internação domiciliar no âmbito do SUS.	Estudo descritivo – exploratório com abordagem qualitativa.	Os programas de internação domiciliar surgem como uma estratégia inovadora na continuidade da atenção da assistência hospitalar só que no ambiente domiciliar com enfoque na promoção e prevenção à saúde, diminuição de riscos de infecções e considerando a humanização da atenção, podendo ser concebidas estratégias para permitir sua implantação na rede pública.
LILACS	Revista AMRIGS, 2004.	Gargano et al.	Internação Domiciliária: uma experiência no sul do Brasil.	Relatar experiências de um programa de internamento domiciliar.	Estudo descritivo – transversal retrospectivo.	Demonstram que este tipo de Programa é uma nova e vantajosa alternativa a ser instituída nos serviços de saúde.
MEDLINE	Revista Latino – americana Enfermagem, 2004.	Frabricio et al.	Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado no interior paulista.	Relatar a experiência de um serviço de assistência domiciliar de um hospital privado.	Estudo descritivo.	O programa deve ser composto pela equipe multidisciplinar, proporcionando assistência humanizada.

Fonte: Sena (2018).



Discussão

A análise dos estudos incluídos na amostra revela por unanimidade que os Programas de Assistência Domiciliar (PAD), sejam eles na rede pública ou privada, possuem aspectos em comuns como: a participação ativa do usuário na produção do cuidado e a atuação de uma equipe multidisciplinar na formulação do plano terapêutico do cuidado, sempre levando em consideração as necessidades dos usuários.

O fluxograma abaixo, demonstra os aspectos em comuns encontrados nos programas de assistência/internação domiciliar já implantados em alguns municípios brasileiros:

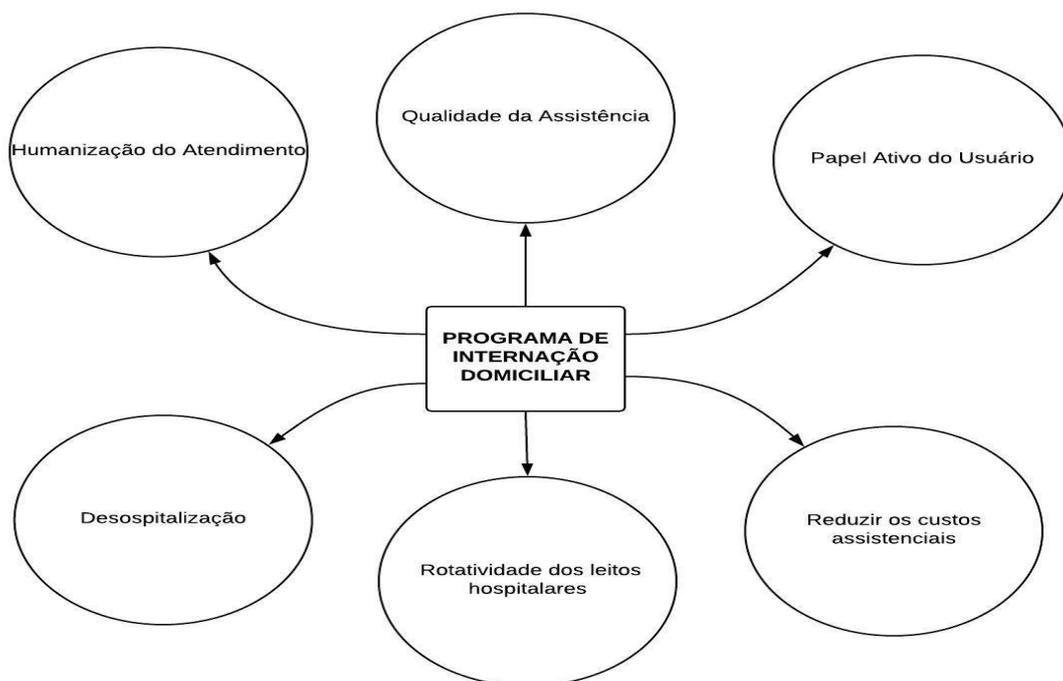


Figura 2 – Objetivos em comum nos PID. Fonte: Sena (2018).

Feuerwerker e Mery⁹ destaca alguns pontos relevantes a serem considerados pelos gestores como motivação para a implantação de programas de assistência domiciliar (PAD), são eles: estimular desospitalização das internações desnecessárias, acelerar os processos de alta hospitalar objetivando a rotatividade dos leitos e a minimização dos problemas



secundários as internações prolongadas, redução do número de reinternações e intercorrências hospitalares em pacientes crônicos.

Quanto ao perfil de pacientes contemplados pela assistência domiciliar nas pesquisas avaliadas, algumas características em comum foram encontradas, a exemplo, eram pacientes crônicos, com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), que estivessem dependentes total ou parcialmente nas atividades de vida diária, que necessitavam de cuidados contínuos para curativos, sondas e cateteres e pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Cenário que fortalece ainda mais a necessidade de participação de uma equipe interdisciplinar no amparo desses pacientes em domicílio.

Outros diagnósticos possíveis de serem assistidos nos PAD, segundo o estudo de Martelli et al¹⁰ são: pneumonia, diabetes mellitus, tuberculose, leishmaniose visceral, erisipela, doença pulmonar obstrutiva crônica, úlcera em membro inferior, insuficiência cardíaca, desnutrição, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), doença de Alzheimer, entre outras.

Por se tratar de um cuidado contínuo e integral, a presença de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento do usuário durante a sua estadia no programa foi pré requisito para a admissão nos PAD em todos os estudos analisados.

Para o monitoramento da eficiência dos planos terapêuticos nos PAD, é necessário estabelecer a frequência das visitas domiciliares. Para Biscione et al¹¹ essas frequências são estabelecidas de acordo com o grau de complexidade do usuário, estando os PAD capacitados para atender pacientes em qualquer nível de complexidade (alta ou média complexidade). É papel da equipe multidisciplinar elaborar em conjunto o plano terapêutico para os usuários, permitindo a sua participação ativa e a do seu cuidador no processo de reabilitação.

Quanto aos processos de avaliação da implantação dos PAD, segundo a visão dos profissionais seria proporcionar a construção de uma nova alternativa no modo de cuidar e quanto a visão dos gestores municipais a lógica é a desospitalização como motivação principal para a redução de gastos assistenciais e para a implementação dos serviços de assistência domiciliar, é o que destacam Silva et al¹².

No âmbito da redução de gastos na área de saúde pública, Morsch e Bordin¹³ consideram que a modalidade de assistência domiciliar à saúde é mais acessível à população quando se compara com a assistência hospitalar. Isso pode acontecer em decorrência do uso de



tecnologias leves na organização do trabalho no ambiente domiciliar, segundo Merhy¹⁴ o uso de tecnologias nos serviços de saúde podem ser classificadas como leves (representam questões do sujeito relacionadas ao acolhimento e gestões), leve – duras (representam os saberes estruturados que operam o processo de trabalho) ou dura (que representam os equipamentos, estrutura organizacional, máquinas, etc.).

Como problemas em comuns enfrentados para a manutenção dos PAD foram encontrados os seguintes: dificuldades no financiamento, falha na interação entre as unidades de referência e contra – referências.

Andreazzi e Baptista¹⁵ ressaltam que devido a heterogeneidade de perfis quanto aos pacientes atendidos e de custos dos PID é necessário que haja uma participação federal na captação de recursos. Nos programas estudados por elas até então, alguns incentivos financeiros são do Ministério da Saúde, outras tem como fonte o orçamento próprio da Secretaria de Saúde (Municipal e Estadual) ou do hospital ao qual os programas estão vinculados, é o que demonstra Silva et al¹² apontando que a gestão de recursos dos serviços referentes aos investimentos e custeios nos programas de atenção domiciliar nas unidades hospitalares do SUS em Belo Horizonte/ MG, é realizada com recursos dos orçamentos próprios da secretaria de saúde municipal e dos hospitais. Em outra pesquisa que avaliou os PAD já implantados nos municípios de Marília/SP, Londrina/PR e Santos/SP, Silva et al¹⁶ observaram que todos os recursos mensais disponibilizados a estes serviços são provenientes do Fundo Municipal de Saúde e dos pagamentos feitos pelo SUS referentes as Autorizações de Internação Hospitalar.

Esses recursos financeiros seriam para cobrir os gastos de deslocamento da equipe, materiais de consumo (sondas, cateteres, materiais para curativos), medicamentos e dietas especiais para os usuários destes serviços. Nem sempre os recursos financeiros arrecadados são suficientes para suprir a manutenção destes programas.

No que diz respeito aos sistemas de referência e contrarreferência para melhor entendimento deste aspecto, Frantini et al¹⁷ conceitua os sistemas de referência como sendo as unidades de saúde que concebe um maior grau de complexidade, ou seja, o local para onde o usuário será encaminhado, nos eventuais casos de intercorrências em domicílio, para um atendimento com níveis de especialidades mais complexas (hospitais ou clínicas



especializadas). Já a contrarreferência seria as unidades de saúde com menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário em relação aos serviços de saúde pode ser conduzida ao nível primário para assistência.

Para Santos¹⁸ essas definições podem estabelecer uma rede hierarquizada onde há casos menos ou mais complexos, porém, essa troca de informações entre os diferentes níveis de assistência (primária, secundária ou terciária) proporciona ao paciente a criação de um ambiente favorável para a sua abordagem integral.

Os três municípios cenários que compuseram a amostra do estudo de Silva et al¹⁶, demonstraram que para haver sucesso nos PAD é necessário que estejam ligados a uma rede de referência, neste caso, a referência foram um hospital geral ou ambulatório de especialidades municipais e para o outro município cenário a referência foi Pronto – Socorro municipal. Nesta circunstância, é necessário ampliar e qualificar os sistemas de comunicação e informação entre a atenção básica de saúde e os PAD para que se possa estabelecer um vínculo maior entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes de Saúde da Família bem como sistematizar os sistemas de referências e as redes de cuidado em saúde dos municípios.

É de extrema importância que se ponha em prática uma assistência à saúde capaz de integrar os diferentes serviços de assistência domiciliar com o intuito de construir uma rede de cuidados pensando na territorialidade (ou seja, considerar o indivíduo de acordo com o local em que vive), corroborando neste pensamento Silva et al¹⁶ enfatiza que para que isso aconteça é necessário que os gestores de saúde sejam capazes de formular políticas que visem a incorporação de novos recursos e para a produção do cuidado em saúde.

Considerando a integralidade do cuidado, Gargano et al¹⁹, enfatizam que durante o período de internação domiciliar os pacientes podem receber um amparo emocional diferenciado do que é oferecido no ambiente hospitalar. Outro aspecto relevante demonstrado em sua pesquisa foi que é possível os pacientes em Programas de Internação Domiciliar receberem alta, sendo que o tempo médio de permanência no programa foi cerca de 20 dias.

Fabricio et al²⁰ ressaltam que a assistência domiciliar não é apenas concretizar uma nova modalidade de assistência à saúde, mas sim, tornar possível as pessoas uma nova forma



de atenção aliada a conhecimento e tecnologia proporcionando um cuidado individualizado e humanizado aos indivíduos.

Nos estudos envolvendo os PAD apresentados nesta pesquisa pouco se descreveu sobre as variáveis que influenciam na manutenção e efetividade desses programas. Podendo ser observada que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos Programas de Internação Domiciliar já implantados foi a falha de comunicação nos sistemas de referência e contrareferência.

Outro aspecto observado foi que em nenhum dos PAD estudados foi determinado uma classificação dos procedimentos de acordo com as patologias assistidas, o que pode acarretar em valores de custos não precisos. É necessário que criem critério de monitoramento do desempenho e qualidade destes programas, estimular o desenvolvimento e implementação de indicadores de avaliação de produtividade das equipes interdisciplinares, de custos, eficiência e resultados dos PAD, para que possam servir de parâmetros para a aprovação e acompanhamento de novos projetos na assistência domiciliar pelos gestores em saúde.

Considerações Finais

A oferta pelos Serviços de Atenção Domiciliar pode ser o alicerce de todo o processo de desospitalização (sejam nas redes públicas ou privadas) como proposta inovadora de uma assistência humanizada, integral e individualizada, pautada na percepção diferenciada do trabalho da equipe multidisciplinar, visando a qualidade do atendimento aos seus usuários, pensando no indivíduo como um todo desde aos seus aspectos sociais, emocionais e econômicos. Para se evitar possíveis entraves que comprometam a manutenção destes serviços, é necessário que estejam ligados à rede de referência no município ao qual esteja implantado proporcionando um atendimento integral à saúde.

Estudos publicados que abordem sobre a avaliação dos processos de implantação e execução dos Programas de Assistência Domiciliar no Brasil são escassos e pouco se divulga sobre esta modalidade no processo de desospitalização. É necessário que estimulem novas pesquisas a cerca desta temática para que possam auxiliar no planejamento, execução e monitoramento destas práticas em saúde, auxiliando os gestores em saúde (tanto nas esferas



municipais, estaduais e federais) a criar estratégias que prezem pela valorização e efetividade destes programas.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no sus: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da saúde**. Organização Pan-americana da saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.184 p.:il. – (série técnica navegador sus, n. 9). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf. Acesso em 15/01/2018.
2. MALTA, Deborah Carvalho; STOPA, Sheila Rizzato; SZWARCOWALD, Celia Landmann; GOMES, Nayara Lopes; JÚNIOR, Jarbas Barbosa Silva; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Rev. bras. epidemiol. vol.18 supl.2 São Paulo Dec.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003; Acesso em 05/02/2018.
3. REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, suppl, pp.231-242. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro - RJ – Brasil. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>. Acesso em 15/04/2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 11, 26 de janeiro de 2006**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em 15/01/2018.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Vol.1 Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 03/01/2018.
6. SILVA, Kênia Lara; MEDEIROS, Amanda; MENDES, Artur Oliveira; SEIXAS, Clarissa Terenzi; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros de. **Atenção domiciliar na rede básica de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 87 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4257.pdf>. Acesso em 15/04/2018.
7. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de**



evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. vol.17 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2008; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em 28/01/2018.

8. SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. São Paulo\SP – Brasil. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em 05/06/2018.

9. FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias. **A contribuição da atenção domiciliar para A configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas.** Rev Panam Salud Publica; 24(3): 180-8, 2008 Sep. Disponível: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892008000900004. Acesso em: 28/01/2018.

10. MARTELLI, Daniela Reis Barbosa; SILVA, Marília Sacramento da; CARNEIRO, Jair Almeida; BONAN, Paulo Rogério Ferreti; RODRIGUES, Lais Helena Costa; MARTELLI - JÚNIOR, Hercílio. **Internação Domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em casa.** Physis (Rio J.); 21(1): 147-157, 2011. Tab. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-586052>. Acesso em 05/02/2018.

11. BISCIONE, Fernando Martín; SZUSTER, Daniele Araújo Campos; DRUMOND, Eliane de Freitas; FERREIRA, Grazielle Umbelina Alves; TURCI, Maria Aparecida; JÚNIOR, Jorge Faria Lima; BERSAN, Adriano Loureiro. **Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 Sup:S73-S80, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29suppl1/s73-s80/pt>. Acesso em: 03/01/2018.

12. SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS, Clarissa Terenzi; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERTHY, Emerson Elia. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial.** Rev Saúde Pública 2010;44(1):166-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em 15/04/2018.

13. MORSCH, Patrícia; BORDIN, Ronaldo. **Avaliação do Grau de Satisfação dos Usuários do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Martir, Sul do Brasil.** Rev HCPA 2009;29(3):200-204. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/9974/6927>. Acesso em: 29/05/2018.

14. MERHY, Emerson Elias. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; 1997. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>. Acesso em 20/05/2018.



15. ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; Baptista, Denise Alves. **Reflexões sobre Modelos de Financiamento de Assistência Domiciliar em Saúde e Avaliação de Custos.** Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ – 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/custos.pdf>. Acesso em: 03/01/2018.

16. SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni; LEITE, Juliana Carvalho Araújo; SEIXAS, Clarissa Terenzi; GONÇALVES, Alda Martins. **Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde.** Rev. de Saúde Pública, 2005; 39(3): 391-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102005000300009. Acesso em 15/04/2018.

17. FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA: **CONTRIBUIÇÃO PARA A INTEGRALIDADE EM SAÚDE.** Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072 Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>. Acesso em: 28/01/2018.

18. SANTOS, Miguel de Santos. **Sistema de Referência – Contrarreferência em Saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei – MG: o papel da rede na atenção básica.** Universidade Federal de Minas Gerais. São João Del Rei – Polo Juiz de Fora - Minas Gerais. 2015. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Sistema_de_referencia_contrarreferencia.pdf. Acesso em 28/03/2018.

19. GARGANO, Furia; SILVEIRA, Ana Emília Segatto; NESI, André; BULOW, Anelise Ritter; ROCHA, Daniela Silva da; OLIVEIRA, Denise Machado de; Ribeiro, Lino Vili Moura. **Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil.** Rev. AMRIGS; 48(2): 90-94, abr.-jun. 2004. graf, ilus. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/48-02/ao%2004.pdf>. Acesso em 05/02/18.

20. FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; Wehbe, Grasiela; Nassur, Flávia Bevilacqua; Andrade, José Ivan de. **Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista.** Rev. Latino-Am. Enfermagem v.12 n.5 Ribeirão Preto set./out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-11692004000500004. Acesso em: 10/01/2018.