

Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar

**Paula Anderle
Bianca Belmonte de Souza
Gésica Graziela Julião
Luzia Fernandes Millão
Claisson Jodel dos Santos
Jecimara Aparecida da Silva Monteiro**

Resumo: Este estudo visa identificar o perfil dos usuários que necessitam de assistência domiciliar por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Estudo descritivo analítico, transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma região denominada área 26, na Unidade Básica de Saúde (UBS) União, Bairro Mathias Velho, Município de Canoas/RS. Participaram desta pesquisa 33 usuários incluídos no programa de assistência domiciliar. A média de idade foi de 68,9 anos; 55% dos participantes são do gênero feminino e 45% do masculino. Quanto às morbidades apresentadas, o maior índice (81,81%) foi a má adesão ao tratamento. Quando relacionada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), verificou-se significância ($p=0,018$), apontando que 59,3% dos pacientes com HAS tem dificuldade em aderir ao tratamento. Através destes resultados, foi possível uma intervenção multiprofissional voltada para a melhoria da qualidade de vida desses usuários de forma integral, resultando em maior adesão e aceitação ao tratamento.

Palavras-chave: Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde, Assistência Domiciliar.

Profile of patients assisted by residence integrated in Health: a humanized look at the home care assistance

Abstract: This study aims to identify the profile of the users who need home care by a team of the Family Health Strategy. Analytical-descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach, developed in a region known as Area 26, in Basic Health Unit União, in Mathias Velho neighborhood, in Canoas/RS. 33 users participated in this study and were included in the home care program. The mean age was 68.9 years, 55% of participants are female and 45% male. As regards comorbidities presented the highest rate (81.81%) was the poor treatment adherence. When related to systemic arterial hypertension (SAH), there was significant score ($p=0.018$), indicating that 59.3% of patients with SAH have difficulty adhering to treatment. Using these results, it was possible a multidisciplinary intervention to improve the quality of life of users in full, resulting in greater acceptance and adherence to treatment.

Keywords: Public Health, Primary Health Care, Home Nursing.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) criou o Programa de Residência Multiprofissional em saúde (Brasil, 2005), a partir da identificação da necessidade de formar profissionais para atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na perspectiva da atenção à família e coletividade (Brasil, 2010).

A Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) criou, em 2011, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) com ênfase em Saúde Comunitária caracterizado pelo ensino em serviço. Com residentes nas áreas de Enfermagem, de Fonoaudiologia, de Farmácia e de Serviço Social, o programa tem por objetivo promover a construção e o aprimoramento de conhecimentos e de técnicas de trabalho na saúde, formando especialistas no SUS. Assim, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Canoas, os residentes assumiriam uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo esse um diferencial em relação aos demais Programas de Residência no país.

Frente a este cenário, a RIMS, enquanto equipe de ESF, trabalha com a territorialidade, reconhecendo a realidade da população da área adstrita em suas várias dimensões e identificando suas fragilidades e possibilidades. Após o mapeamento da área, cadastramento das famílias pela equipe e o diagnóstico da população local, os residentes identificaram a necessidade de implementar o Programa de Acompanhamento Domiciliar a usuários impossibilitados de comparecer a Unidade Básica de Saúde (UBS) e que necessitam de cuidados em saúde (Brasil, 2012). Em consonância ao que se refere aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, este modelo de atenção visa à promoção, à manutenção e/ou à reabilitação da saúde por meio da abordagem interdisciplinar, do planejamento de ações e da organização do trabalho com a participação da comunidade (Brasil, 1990; Lacerda, Giacomozzi, Oliniski & Truppel, 2006).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) (Brasil, 2006), a assistência domiciliar é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. O objetivo é permitir que indivíduos que necessitem de cuidados para circunstâncias agudas ou crônicas de saúde recebam o tratamento de alta qualidade, sendo que a sustentação para os cuidadores e familiares também é importante (Brasil, 2012; Brasil 2006).

Estudos apontam que o cuidado domiciliar é motivado pelo princípio da Humanização, onde o paciente recebe os cuidados em um ambiente tranquilo e acolhedor e no convívio de seus familiares, dispensado por pessoas leigas e escolhidas pela família (Lacerda *et al.*, 2006; Klock & Casarim, 2005). Este atendimento envolve a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao usuário ou ao seu cuidador, bem como a execução destes procedimentos pela equipe multiprofissional.

As equipes que realizam acompanhamento domiciliar trabalham, por vezes, com a perspectiva de ampliação da autonomia do usuário doente; ou com a perspectiva de construção da autonomia do cuidador em relação às equipes de saúde. Em ambas as perspectivas, o cuidado domiciliar oferece uma possibilidade maior de recuperação do que a internação hospitalar. Com isso, a pesquisa teve como objetivo identificar o perfil dos usuários que necessitam de assistência domiciliar por uma equipe de ESF.

Método

Trata-se de um estudo descritivo analítico, transversal com abordagem quantitativa. O trabalho foi desenvolvido em uma região denominada área 26, em um território com aproximadamente 3.200 pessoas, na Unidade Básica de Saúde (UBS) União, no Bairro Mathias Velho, no Município de Canoas/RS. A região apresenta problemas sociais

característicos dos bairros periféricos das cidades. A área 26 é caracterizada por famílias de baixa escolaridade e renda; predominantemente por trabalhadores assalariados, trabalhadores informais e beneficiários de aposentadoria. A população também convive com a violência, embora não trazida em relatos e atendimentos específicos; as situações estavam implícitas em diversos casos. Há acesso à escolaridade e educação formal para crianças e adolescentes, apesar da maioria estar em distorção idade-série. A comunidade tem acesso à água encanada e à coleta de lixo; no entanto, há grande parte de domicílios que não estão ligados à rede geral de esgoto sanitário ou fossa séptica.

Para a inclusão no programa de atendimento domiciliar, o usuário deveria atender no mínimo a um dos critérios: ser egresso de internação hospitalar, estar temporariamente restrito ao leito e/ou domicílio, ser portador de doença em fase aguda, ter dificuldade de locomoção, não estar aderindo ao tratamento e apresentar situação de negligência identificada por familiar ou vizinho e constatada pela equipe de saúde. O encaminhamento para a inserção ocorreu por realização de Visita Domiciliar (VD), pela solicitação do cuidador e por indicação de profissional da unidade de saúde.

Inicialmente a população do estudo era de 40 usuários, sendo que 7 não atenderam aos critérios de inclusão e foram excluídos da amostra, totalizando 33 usuários. A coleta de dados foi realizada por meio de consulta ao prontuário e ficha A, entre março de 2012 e março de 2013, na Unidade Básica de Saúde União, a qual é referência para os participantes. Sendo realizada VD por enfermeiro e agente comunitário de saúde (ACS) para primeira avaliação dos participantes. Após este primeiro contato, o caso era discutido com a equipe e os demais profissionais eram elencados de acordo com as necessidades que o paciente apresentava.

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados do programa Microsoft Excel 2010. A análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 10.0, por meio do teste de Associação Exato de Fisher.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) e está vinculado à pesquisa “Do território à Estratégia de Saúde da Família: uma experiência da Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária”, sob o Parecer Circunstanciado nº 461.308.

Resultados e discussão

Foram incluídos 33 usuários no Programa de Acompanhamento Domiciliar, no período entre março de 2012 e março de 2013; estes pacientes continuam em acompanhamento pela nova equipe de residentes que ingressou no ano de 2013. A seguir, seguem as tabelas com os resultados encontrados:

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto à idade e gênero dos participantes.

Idade (anos)*	68,9	(14-89)
Gênero		
Feminino	18	(55%)
Masculino	15	(45%)
Total	33	(100%)

Legenda: descrição quanto ao gênero e *média de idade da amostra.

A atenção domiciliar (re)aparece em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos, como a transição demográfica, que demonstra um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado; a mudança no perfil epidemiológico da população, no qual se evidencia um aumento das doenças crônicas não transmissíveis; os custos do sistema hospitalar cada vez mais elevados; a exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, além da necessidade de maior integração da equipe profissional com o usuário e sua família (Lacerda *et al.*, 2006; Thumé, Facchini, Tomasi & Vieira, 2010).

Foi observado neste estudo que a maior demanda nos casos de acompanhamento domiciliar era de idosos. Isso se dá em virtude do aumento da expectativa de vida no país (Brasil, 2010). Além disso, foi encontrado um maior número de mulheres, o que também foi observado em outros estudos sobre a análise da assistência domiciliar, uma vez que a expectativa de vida feminina é maior que a masculina (Thumé *et al.*, 2010; Ricci, Kubota & Cordeiro, 2005; Biazin & Rodrigues, 2009).

Tabela 2 – Origem de solicitação de acompanhamento domiciliar.

	n	%
Em acompanhamento anterior	19	57,57%
Novos usuários incluídos por ACS	10	30,30%
Novos usuários incluídos por familiar	4	12,12%
Total	33	100,00%

Legenda: n = número de componentes da amostra; % = frequência relativa.

A primeira visita era realizada pela enfermeira e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), onde era feita anamnese e exame físico do paciente e, após a equipe estudava o caso, organizava o planejamento terapêutico e elencava os profissionais necessários para o acompanhamento. Desse modo, uma enfermeira estava sempre presente e os demais profissionais eram solicitados de acordo com a demanda apresentada pelo paciente.

Assim, caso o paciente necessitasse de acompanhamento para aderir ao tratamento, o farmacêutico era solicitado; se a demanda fosse por dificuldade de fala, compreensão, disfagia, uso de sonda nasoenteral ou voz, a fonoaudióloga acompanhava o caso; quando o paciente e os familiares necessitassem de acompanhamento terapêutico e informações que possibilitasse o acesso aos serviços disponibilizados pela rede de assistência do município, a assistente social acompanhava. Esta dinâmica da equipe possibilitou um olhar mais apurado e humanizado quanto às necessidades de cada usuário, resultando numa melhor qualidade de vida tanto para os pacientes quanto para seus familiares.

As visitas de acompanhamento pela equipe aconteciam de forma sistemática, por meio de estabelecimento de estratégias para a periodicidade das mesmas; portanto, o paciente que apresentava uma necessidade clínica que demandasse maior atenção era visitado semanalmente. Os demais pacientes eram acompanhados quinzenalmente ou conforme a solicitação de familiares.

Foram introduzidas novas práticas para facilitar e otimizar a realização do cuidado dos pacientes em acompanhamento domiciliar. Dessa forma, tanto o familiar quanto o agente comunitário de saúde (ACS) eram orientados a adotar medidas que auxiliassem no manejo desses pacientes de acordo com o quadro clínico e o grau de dependência. Por exemplo, para pacientes restritos ao leito eram dadas orientações ao cuidador quanto à higiene, prevenção de úlceras de pressão, manejo com sondas, mobilidade, alimentação, linguagem, entre outros. Nos demais casos, os pacientes eram orientados quanto ao uso e armazenamento correto de medicações, atividade física, participação na sociedade e orientações quanto a sinais de alerta com relação à saúde.

Com relação aos 14 novos pacientes que foram incluídos no programa de acompanhamento domiciliar, 30,30% destes foram referenciados pelo ACS. Aqui, aponta-se a importância desse profissional para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que pesquisas indicam que este detém o saber popular e representa o elo entre a população e os profissionais da equipe (Brites, Souza & Lessa, 2008). Com esta forma de trabalho conjunto, a ESF possibilita o acesso ao cuidado, reafirmando a importância desta no atendimento à população incapacitada de se deslocar até os serviços de saúde (Thumé *et al.*, 2010).

Tabela 3 – Prevalência de situações que levaram à inclusão no Programa de Acompanhamento Domiciliar.

Situações	n	%
Má adesão ao tratamento	27	81,81%
Hipertensão	16	48,48%
Acamado	11	33,33%
Diabetes	11	33,33%
Disfagia	10	30,30%
Acidente vascular cerebral	8	24,24%
Câncer	6	18,18%
Cadeirantes	6	18,18%
Sonda vesical de demora	5	15,15%
Sonda nasointestinal	5	15,15%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	5	15,15%
Afasia	5	15,15%
Tabagismo	4	12,12%
Depressão	4	12,12%
Obesidade	4	12,12%
Uso de antipsicótico	4	12,12%
Dislipidemia	3	9,09%
Úlcera por pressão	3	9,09%

Legenda: n = número de frequência de respostas; % = frequência relativa.

Tabela 4 – Má adesão ao tratamento, considerando pacientes diabéticos ou hipertensos.

Variável	Presença da patologia	MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Diabetes	Sim	9	33,3	2	16,7	0,640
	Não	18	66,7	5	83,3	
HAS	Sim	16	59,3	0	0,0	0,018
	Não	11	40,7	6	100,0	

Legenda: n = número de frequência de respostas; % = frequência relativa.

Quanto às situações apresentadas para inclusão no programa, o maior índice (81,81%) foi a má adesão ao tratamento. Quando relacionada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), verificou-se significância ($p= 0,018$), apontando que 59,3% dos pacientes com HAS tem dificuldade em aderir ao tratamento. Estudos apontam que esta problemática é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (Santos, Frota, Cruz & Holanda, 2005).

Ainda, o profissional que acompanha o tratamento deve compreender o paciente, pois muitos preferem relatar efeitos colaterais, sintomas, encontro de barreiras situacionais para a adesão ao tratamento e qualquer outro fator que esteja interferindo na observância das recomendações médicas a um profissional não médico. Portanto, o grau de adesão do pacientes deve ser sempre examinado, assim como o comportamento prescritivo dos profissionais de saúde, como parte das avaliações da qualidade do atendimento, pois frequentemente uma prescrição sinaliza o fim de uma consulta, ao invés do início de um trabalho conjunto (Giorgi, 2006; Barbosa & Lima, 2006).

Deste modo, tem-se difundido a constituição de equipes multiprofissionais (Reiners *et al.*, 2008). A participação do profissional farmacêutico é uma estratégia que tem crescido como modalidade para aumentar a adesão ao tratamento (Santos *et al.*, 2013). O farmacêutico residente atuou de forma a orientar os pacientes e os familiares em relação ao uso correto das medicações utilizadas, às possíveis interações, validade, cuidados de armazenamento e organização dos medicamentos em embalagens na forma de doses unitárias diárias, visando uma melhora na adesão e na terapia medicamentosa.

Ainda, os pacientes hipertensos e/ou diabéticos, foram cadastrados no Programa Hiperdia, através da ficha-modelo disponibilizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002). A equipe de residentes avaliou as medidas de altura, de peso e de circunferência abdominal, juntamente com a verificação da pressão arterial sistêmica e da glicose de ponta de dedo

(hemogluco teste – HGT). Também foram investigados os dados socioeconômicos e que tipo de tratamento medicamentoso este paciente estava submetido. Baseado nestes dados, a equipe direcionou o atendimento conforme a necessidade de cada paciente a fim de orientar e buscar a melhor forma para manter ou melhorar sua qualidade de vida.

Quanto aos pacientes acamados (11), três apresentavam úlcera por pressão (UPP), o que resulta em 27,27%, quando se compara este achado a outros estudos percebe-se que o percentual é, em média, 13% (Bezerra, Luz & Araújo, 2009; Pessoa, Rocha & Bezerra, 2011). O paciente acamado é suscetível a apresentar outras morbidades e, muitas vezes, têm seu estado de saúde agravado com a presença de UPP (Bezerra *et al.*, 2009). O desenvolvimento da UPP é um fenômeno complexo que envolve vários fatores associados, sendo que a imobilidade por tempo prolongado é o mais importante fator de risco para pacientes acamados (Pessoa *et al.*, 2011).

No acompanhamento aos pacientes acamados, as enfermeiras realizaram orientações para o cuidado preventivo de lesões, como atenção constante às alterações da pele, identificação de pacientes de alto risco, manutenção da higiene do paciente, atenção à mudança de decúbito, dieta e controle da ingestão hídrica; acompanharam com avaliações periódicas os acamados com risco para UPP e realizaram tratamento (curativos especiais) naqueles que já apresentavam; registravam suas ações e capacitavam outros profissionais de enfermagem.

Autores concordam (Candido, 2001; Benedet, 2001) que a equipe multidisciplinar deve estar integrada para prestar os cuidados aos pacientes acamados, que por ventura poderão apresentar riscos para integridade da pele e ainda ressaltam a importância do enfermeiro como cuidador integral do paciente. Frente a isso, afirma-se que o enfermeiro é fundamental para que se possa planejar a assistência de enfermagem e realizar orientações aos familiares ou pessoas que cuidam dos acamados/cadeirantes em domicílio, visando diminuir custos diretos e indiretos, melhorando a qualidade de vida destes indivíduos (Pessoa, 2011).

Tabela 5 – Pacientes acometidos por AVC com sequelas.

Variável	Categoria	AVCI				P
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
DISFAGIA	Sim	4	57,1	6	23,1	0,161
	Não	3	42,9	20	76,9	
AFASIA	Sim	4	57,1	1	3,8	0,004
	Não	3	42,9	25	96,2	

A disfagia, sintoma que consiste na dificuldade de deglutir, após um evento de AVC pode ocorrer de 42 a 67% dos casos. Está associada a um aumento do risco de complicações pulmonares por aspiração, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte (Okubo, 2008; Smithard, O'Neill, Parks & Morris, 1996; Martino

et al., 2005). Neste estudo, dos 7 pacientes que tiveram AVC, 57,1% apresentaram disfagia, o que corrobora com a literatura encontrada. Estes pacientes foram avaliados com o instrumento PARD (Padovani *et al.*, 2007) e classificados conforme o tipo de disfagia. Vale ressaltar que os demais pacientes que também apresentaram disfagia, tinham outras comorbidades que não o AVC. Ainda, dos pacientes com disfagia, 5 necessitaram de sonda nasoesférica (SNE) pelos riscos associados. Todos os pacientes foram acompanhados e permaneceram em tratamento fonoaudiológico, resultando em melhora do quadro, retirada da SNE e permitindo que pudessem retomar suas rotinas alimentares de forma segura.

Quando se leva em consideração a afasia, esta também apareceu em 57,1% dos pacientes, apontando significância ($p=0,004$) quando relacionada com a ocorrência de AVC; um dos pacientes apresentou afasia como seqüela da doença de Alzheimer. A afasia é um distúrbio da linguagem, decorrente de lesão neurológica, em que há comprometimento da expressão e/ou compreensão verbal (Sedrez, Farias & Braida, 2012). Os pacientes foram avaliados com o protocolo Avaliação Breve das Afasias (Shippley & McAfee, 1992) e seguiram em acompanhamento nos aspectos de linguagem oral e escrita, de raciocínio e de memória. Os pacientes que iniciaram com intervenção da equipe logo após o episódio de AVC conseguiram retomar suas atividades cognitivas; o paciente que apresentava Alzheimer não alcançou níveis satisfatórios com a terapia, pois já estava em processo avançado da doença.

Dos 33 pacientes que compuseram a amostra, todos foram atendidos pela equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar, conforme preconizado pelo MS; onde a assistência domiciliar deve considerar uma equipe de cuidados composta por médicos, enfermeiras, farmacêuticos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem (Thumé, 2010; Brasil, 2012).

Conclusão

Afirma-se que os acompanhamentos domiciliares são em geral processos longos que demandam a participação de toda a equipe multiprofissional e a construção de estratégias inovadoras de cuidado, considerando os contextos materiais e familiares. As equipes têm a possibilidade de redescobrir o poder da afetividade e do carinho na recuperação da saúde; e de construir linhas de cuidado integral e compartilhado (Feuerwerker & Merhy, 2008).

Através destes resultados, foi possível uma intervenção multiprofissional voltada para a melhoria da qualidade de vida desses usuários de forma integral. A equipe encerra a residência com um olhar mais apurado e humanizado quanto às questões de saúde na atenção básica e ressalta, ainda, a importância de trabalhar ações específicas com as famílias, com vistas à orientação e ao fortalecimento dos vínculos entre os familiares e o usuário em acompanhamento, resultando em maior adesão e aceitação ao tratamento.

Referências

- Adaptado de Assessment in Speech Language Pathology. (1992). A resource manual de Shippley & McAfee.
- Barbosa, R. G. B. & Lima, N. K. C. (2006). Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens*, 13(1), 35-38.
- Benedet, S. A. (2001). Manual de diagnóstico de enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA; 2ª Ed. Florianópolis: Bernúncia.
- Bezerra, S. M. G., Luz, M. H. B. A. & Araújo, T. M. E. (2009). Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio. *Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem*.
- Biazin, D. T. & Rodrigues, R. A. P. (2009). Perfil dos idosos que sofreram trauma no Paraná. *Rev Esc Enferm*, 43(3), 602-608.
- Brasil (1990). Lei nº8080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições de formação, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil*.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Hiperdia – Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro.
- Brasil (2005). Lei nº 1.129 de 30/06/2005. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília, DF.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*. Brasília: DF.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A Aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da área da Saúde. Brasília:DF.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília – DF.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília-DF.
- Brites, L. S., Souza, A. P. R. & Lessa, A. H. (2008). Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 13(3), 258-266.
- Candido, L. C. (2001). Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: Senac.
- Feuerwerker, L. C. M. & Merhy, E E. (2008) A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam. Salud Publica*, 24(3),180–188.
- Giorgi, D. M. A. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*, 13(1), 47-50.
- Klock, A. D., Heck, R. M. & Casarim, S. T. (2005). Cuidado domiciliar: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPEL-MS/BID. *Texto Contexto Enferm*, 14(2), 237-245.
- Lacerda, M. R., Giacomozzi, C. M., Oliniski, S. R. & Truppel, T. C. (2006). Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. 15(1),88-95.

- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M. & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnostic and pulmonary complications. *Stroke*, 36 (12),2756-2763.
- Okubo, P.C. (2008). Detecção de disfagia na fase aguda de acidente vascular cerebral isquêmico. Proposição de conduta baseada na caracterização dos fatores de risco [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina.
- Padovani, A. L. (2007). Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 12(3),199-205.
- Pessoa, E. F. R., Rocha, J. G. S. C. & Bezerra, S. M. G. (2011). Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na estratégia de saúde da família: um estudo de enfermagem. *Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI*, 4(2), 14-18.
- Reiners, A. A. O. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2),2299-2306.
- Ricci, N. A., Kubota, M. T. & Cordeiro, R. C. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública*, 39(4), 655-62.
- Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., Cruz, D. M. & Holanda, S. D. O. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*, 14(3),332-40.
- Santos, M. V. R. (2013). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*, 11(1),55-61.
- Sedrez, J. A., Farias, G. L. & Braidia, G. (2012). Relação entre funcionalidade e seqüela em lado dominante ou não dominante em pacientes com AVE. *Saúde Ver.*, 12(31), 43-51.
- Smithard, D. G., O'Neill, P. A., Parks, C. & Morris, J. (1996). Complications and outcome after acute stroke: does dysphagia matter? *Stroke*, 27(7),1200-1204.
- Thumé, E., Facchini, L. A., Tomasi, E. & Vieira, L. A. S. (2010). Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública*, 44(6), 1102-1111.

Recebido em março de 2014

Aceito em abril de 2014

Paula Anderle: Fonoaudióloga residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Comunitária da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS, Brasil.

Bianca Belmonte de Souza: Enfermeira residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Comunitária da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS, Brasil.

Gésica Graziela Julião: Enfermeira residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Comunitária da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS, Brasil.

Luzia Fernandes Millão: Enfermeira. Doutora em Psicologia. Coordenadora da Comissão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS, Brasil. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre/RS, Brasil.

Claisson Jodel dos Santos: Farmacêutico residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Comunitária da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS, Brasil.

Jecimara Aparecida da Silva Monteiro: Assistente Social residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Comunitária da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS, Brasil.

Endereço para contato: paulaanderle@hotmail.com