



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Vieira Dourado Oliveira Lopes, Gisele; Queiroz Vilasbôas, Ana Luiza; Pfeiffer Castellanos,  
Marcelo Eduardo

Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em  
Camaçari (BA)

Saúde em Debate, vol. 41, núm. 3, septiembre, 2017, pp. 241-254

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406353543019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA)

*Home Care in the Family Health Strategy: implementation degree analysis in the city of Camaçari (BA)*

Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes<sup>1</sup>, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas<sup>2</sup>, Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos<sup>3</sup>

**RESUMO** O objetivo do estudo aqui relatado foi de estimar o grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1). Para tanto, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, observação das práticas e análise documental, em estudo de caso único no município de Camaçari (BA). Os resultados indicaram grau intermediário de implantação. A atenção ao usuário foi o componente de nível mais avançado, apesar da baixa pontuação das equipes em relação à promoção da saúde e à cogestão do plano de cuidados. Fragilidades na Atenção à Família e Cuidadores e Gestão da Atenção Domiciliar ficaram evidenciadas. Recomenda-se reorganização de aspectos do processo de trabalho das equipes e da gestão municipal da atenção básica mediante investimento no apoio institucional.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Assistência domiciliar. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** The objective of the study here reported was to estimate the level of Home Care Type 1 (AD1) implementation. For that reason, semi-structured interviews, practice observation, and document analysis were conducted by means a single case study in the city of Camaçari, State of Bahia. The results indicated intermediate level of implementation, measured among X levels. The attention to the user achieved the most advanced level among components despite the low score of teams in relation to health promotion and care plan co-management. Weaknesses regarding also Attention to the Family and Caregivers as Home Care Management were highlighted. It is recommended to carry out the reorganization of working process aspects of primary care teams and municipal management through the institutional support investment.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Home nursing. Health assessment.

<sup>1</sup>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil. giselelopes@bahiana.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. analuvilas@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. mcastellanos@ufba.br

## Introdução

A Atenção Domiciliar (AD), dispositivo de reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, tem por objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar ou do período de internação, fortalecimento da humanização da atenção, intensificação da desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários. Constituída por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, a AD envolve diferentes profissionais da área da saúde, bem como usuários e famílias (BRASIL, 2013; LACERDA ET AL., 2006).

O aumento dos serviços de AD tem sido observado na maior parte das sociedades ocidentais, conforme análise de estudos sobre a oferta e a demanda de AD na Europa, América Latina e América do Norte (BRAGA, 2016). No cenário nacional, entre os anos de 2010 e 2013, houve aumento de 52,3% no total de procedimentos domiciliares registrados pelas equipes de atenção básica. Na Bahia, no mesmo período, houve aumento de 129,6% (BRASIL, C2008), o que pode ter ocorrido como resultado da ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do aumento da demanda por AD, ambos devido ao envelhecimento populacional e da mudança do perfil epidemiológico.

Wachs *et al.* (2016), em estudo com 6.624 idosos residentes na zona urbana de 100 municípios de diferentes portes populacionais em 23 estados brasileiros, identificaram a prevalência de 11,7% de atenção domiciliar. Salienta-se que o recebimento de AD foi significativamente maior na população com mais de 80 anos, com condições crônicas, histórico de queda e de hospitalização no último ano.

A despeito de o público ser composto predominantemente por idosos, outras faixas etárias também têm sido alvo de serviços de AD. Pesquisas revelam a diversidade de perfis, condições e situações passíveis de

atendimento domiciliar, evidenciando quão representativo é o rol de demandas reprimidas. Ainda que a demanda por AD não esteja mensurada, a expansão da oferta desses serviços não tem acompanhado a demanda, tanto quantitativa quanto qualitativa, nas suas diversas modalidades (BRAGA, 2016).

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a AD está organizada em três modalidades. A primeira, a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados de menor complexidade, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), frequentemente envolvendo condições crônicas de saúde (BRASIL, 2013).

Já as modalidades de Atenção Domiciliar Tipo 2 e 3 (AD2 e AD3), atendem pacientes com quadros clínicos mais complexos, com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência, emergência e transporte, bem como a presença permanente de um cuidador (BRASIL, 2013).

As experiências em AD mostram ser possível criar um novo ambiente de cuidado, configurando novos modos de produção de projetos terapêuticos. Todavia, está posto o desafio de alcançar a continuidade e integralidade do cuidado, especialmente diante da dificuldade de as Equipes de Saúde da Família (EqSF) absorverem a demanda da AD (SILVA ET AL., 2010), coordenando-a com uma diversidade de programas e políticas de saúde.

Além disso, a AD exige a reorganização dos processos de trabalho, o que envolve desde a formação profissional para atuar no território, especialmente no domicílio (MARSIGLIA, 2008; REHEM; TRAD, 2005), com uma diversidade de famílias e quadros clínicos cada vez mais complexos, até a gestão compartilhada entre os diversos níveis de atenção à saúde, com a família e outros setores.

Nesse sentido, este estudo avaliou o grau de implantação da AD1 de modo a caracterizar e problematizar a organização do processo de trabalho das equipes e da coordenação dessa modalidade de cuidado no âmbito municipal.

## Aspectos metodológicos

Realizou-se um estudo do grau de implantação do componente AD1 da Política Nacional de Atenção Domiciliar. Considerando que, além dos objetivos e normas estabelecidas pelas políticas e programas governamentais, o processo de trabalho em saúde contém especificidades decorrentes do seu contexto e dos atores envolvidos na sua operacionalização, optou-se por realizar avaliação do grau de implantação Tipo 1 (CHAMPAGNE ET AL., 2011), privilegiando a análise da adaptação da intervenção (implantação da AD1) ao contexto (local da implantação). Assim, objetivou-se identificar possíveis semelhanças e diferenças entre a proposta de AD1 apresentada nos documentos normativos da Política Nacional de Atenção Domiciliar e as práticas assistenciais realizadas no município selecionado.

## Local da pesquisa

Sob o entendimento de que a análise deveria dirigir-se a um contexto favorável à implantação da AD1 e de modo a identificar barreiras e facilidades que não representassem simplesmente a escassez de recursos e tecnologias materiais e imateriais, tentou-se identificar um local de estudo com alto potencial de demanda para AD, com boa estrutura e desempenho da rede de atenção básica e com presença de rede de média ou alta complexidade.

Assim, foram adotados os seguintes procedimentos e critérios de inclusão: 1) identificação de municípios baianos com mais de 100 mil habitantes; 2) seleção dos

municípios com mais de 50% de cobertura da ESF; 3) bom desempenho na análise de indicadores de condições de internação sensíveis à atenção básica; 4) bom desempenho na análise de indicadores selecionados do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) referente ao estado da Bahia; 5) entrevistas com apoiadores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), responsáveis pelo monitoramento dos municípios com melhor desempenho nas análises citadas anteriormente.

O município de Camaçari foi selecionado porque possui 55,45% de cobertura da ESF e porque alcançou 75% de cobertura do Calendário Básico de Vacinação da Criança e coeficiente de mortalidade infantil de 14,9 por mil nascidos vivos, menor do que a estipulada nos Objetivos do Milênio pela Organização das Nações Unidas (ONU) até 2015 (17,9). Além disso, apresentou menor taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária (20,5 por 100 mil/hab.) dentre os municípios avaliados (média de 27,7 por 100 mil/hab.). Dentre as variáveis de interesse do PMAQ, 80 a 100% das equipes comprovaram a realização de visitas domiciliares, o levantamento ou mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio, bem como o atendimento domiciliar. Ademais, o município possui equipe de apoio institucional, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 1 (Nasf) e 74,7% do quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde é composto por servidores estatutários.

Localizado no litoral norte da Bahia, a 45 km de distância da capital, Camaçari possui extensão territorial de 759,80 km<sup>2</sup>, população estimada em 242.984 habitantes e densidade demográfica de 308,7 hab./km<sup>2</sup>. No momento da pesquisa, o Município apresentava 30 Unidades de Saúde da Família, composta por 41 EqSF e 302 Agentes Comunitários de Saúde; e oito Unidades Básicas de Saúde, sem Saúde da Família, composto por oito equipes

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SALVADOR, 2014).

## Produção e análise dos dados

Para aferição do grau de implantação da ADI, especificaram-se os componentes da intervenção e identificaram-se as práticas requeridas (CHAMPAGNE *ET AL.*, 2011). Assim, os autores elaboraram um modelo lógico preliminar construído a partir das normas do Ministério da Saúde, modificado mediante consulta a especialistas (*figura 1*).

A coleta, processamento e análise dos dados empíricos foram baseados nos componentes e respectivos critérios do modelo lógico produzido para o estudo, nos quais foram estabelecidos três componentes

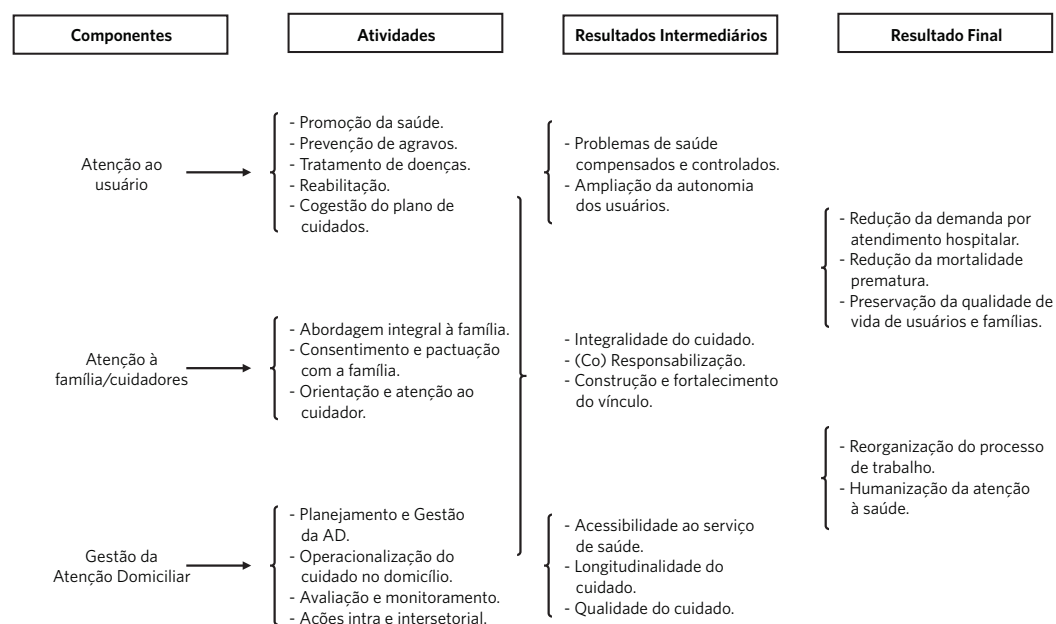
principais: Atenção ao Usuário; Atenção à Família e Cuidadores; Gestão da Atenção Domiciliar.

No primeiro componente, identificaram-se atividades que envolveram desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até o tratamento e reabilitação no processo de adoecimento. Inclui-se, também, a cogestão do cuidado, uma vez que, na AD, o usuário é elemento fundamental para a prestação da assistência à saúde e alcance dos seus objetivos.

No segundo componente, identificaram-se atividades voltadas à abordagem integral à família, ao consentimento e à pactuação do plano de cuidado.

No terceiro componente, identificaram-se ações de planejamento, avaliação e monitoramento, além da existência de tecnologias para operacionalização do cuidado e para articulação intra e intersetorial.

Figura 1. Modelo lógico da Atenção Domiciliar Tipo 1 com base na Portaria nº 963/2013 e no 'Caderno de Atenção Domiciliar'



Fonte: Baseada na Portaria nº 963/2013 (BRASIL, 2013) e no 'Caderno de Atenção Domiciliar' (BRASIL, 2012a).

O modelo lógico foi utilizado como referencial para derivar a Matriz de Aferição do Grau de Implantação (*tabela 1*), submetido à avaliação de especialistas em Atenção Primária à Saúde e AD para validação, realizada segundo a técnica

simplificada por consenso (SCARPARO *ET AL.*, 2012). A matriz prevê um sistema de escores, a partir do qual cada item analisado recebeu uma pontuação, atribuída de acordo com a relação de importância do item na operacionalização da AD1.

Tabela 1. Matriz de Aferição do Grau de Implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1

Componente	Unidade de Análise	Variáveis	Pontuação máxima	
Atenção ao Usuário	Promoção à saúde*	Utiliza estratégias de Educação em Saúde.	3	
		Identifica fatores de proteção da saúde.	2	
		Estimula a preservação ou desenvolvimento de fatores de proteção à saúde.	3	
	Total – Ações de Promoção à Saúde			8 pontos
	Prevenção de agravos	A equipe faz orientações, realiza e solicita exames e procedimentos de rastreamento.	3	
		A equipe identifica fatores de risco e vulnerabilidades e intervém.	3	
		A equipe faz orientações, avalia situação de imunização e realiza procedimento de imunização no domicílio.	3	
		A equipe avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento medicamentoso.	3	
		A equipe avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento não medicamentoso.	3	
	Total – Ações de Prevenção de Agravos			15 pontos
	Tratamento de doenças e reabilitação	Realiza atendimento clínico com periodicidade estabelecida a partir das demandas do usuário.	5	
		Identifica e intervém sobre agravos e sequelas: faz encaminhamentos, solicita apoio matricial da equipe do Nasf ou parceria com a rede especializada de reabilitação.	4	
		Avalia riscos, benefícios e viabilidade das intervenções e procedimentos em prol da qualidade de vida do usuário.	3	
	Total – Tratamento e Reabilitação			12 pontos
	Cogestão do plano de cuidados	Planeja, pactua e avalia junto ao usuário os objetivos a serem alcançados.	3	
		Corresponsabiliza o usuário pelo autocuidado.	2	
	Total – Cogestão do Plano de Cuidados			5 pontos
Total – Atenção ao Usuário			40 pontos	
Atenção à Família e Cuidadores	Abordagem Integral à Família	Avalia o contexto socioeconômico e cultural no qual a família se insere.	2	
		Faz adaptações às orientações e condutas de acordo com o contexto socioeconômico e cultural da família.	2	
		Avalia as condições e infraestrutura física do domicílio e sugere adaptações quando necessário.	2	
		Faz uso de instrumentos específicos para conhecer e trabalhar com a família.	2	
		Avalia as necessidades de saúde dos membros da família e faz orientações.	2	
		Desenvolve ações específicas de apoio à família.	2	
	Total – Abordagem Integral às Famílias			12 pontos

Tabela 1. (cont.)

Atenção à Família e Cuidadores	Consentimen- to e pactua- ção com a família	Faz esclarecimentos e orientações à família sobre o processo de saúde- doença do usuário.	2
		Solicita assinatura do termo de consentimento informado pela família.	2
		Pactua o plano de cuidados com a família.	2
		Realiza reuniões com a família para planejamento das ações, avaliações e replanejamentos.	2
	Total – Consentimento e Pactuação com a Família		8 pontos
	Orientação e Atenção ao Cuidador	Define e orienta as atribuições do cuidador.	3
		Orienta cuidadores sobre sinais de agravamento e condutas a serem ado- tadas.	3
		Identifica sobrecarga do cuidador.	2
		Desenvolve ações para evitar ou reduzir sobrecarga do cuidador.	2
	Total – Orientação e Atenção ao Cuidador		10 pontos
Total – Atenção à Família e Cuidadores		30 pontos	
Gestão da Atenção Domiciliar	Planejamento e Gestão da AD	Nas reuniões de equipe, são discutidos casos clínicos, programação de condutas, avaliação das demandas e monitoramento.	2
		Há definição de atribuições entre os membros da equipe.	2
		Existe levantamento de usuários acamados ou restritos ao domicílio no território.	2
		Há mecanismos de acolhimento das demandas não programadas.	2
		Faz busca ativa de pacientes elegíveis para AD no território adscrito.	2
		Classifica a complexidade dos casos por critérios de risco e estabelece prioridades.	2
		Estabelece e aplica critérios de inclusão, desligamento e alta da AD1.	2
	Total – Gestão do Cuidado		14 pontos
	Operacio- nalização do Cuidado no Domicílio	Existência e aplicação de protocolos na AD1.	2
		Existência de prontuário familiar e registro das ações desenvolvidas no domicílio.	1
		Existência de rotina estabelecida para Atenção Domiciliar.	1
		Disponibilidade de recursos materiais e equipamentos para AD1.	2
	Total – Sistematização do processo de trabalho		6 pontos
	Avaliação e monitora- mento da AD1	Existem indicadores para monitoramento e avaliação das ações desenvolvi- das no domicílio.	2
		Avalia a satisfação dos usuários, famílias e cuidadores.	2
	Total – Avaliação e Monitoramento		4 pontos
	Articulação intra e inter- setorial	Existem fluxos de assistência e protocolos com a rede de atenção à saúde.	2
		Monitora os usuários acompanhados pelas equipes de AD2 e AD3 e man- tém comunicação com elas.	2
		Desenvolve ações em parceria intersetorial e comunitária para garantir atenção integral à saúde dos usuários, famílias e cuidadores.	2
		Total – Ações Intra e Intersetorial	
Total – Gestão da Atenção Domiciliar		30 pontos	
Total – Grau de Implantação da Atenção Domiciliar no Município		100 pontos	

\*As ações intersetoriais de promoção da saúde foram avaliadas no componente Gestão da AD, na unidade de análise articulação intra e intersetorial, por envolver a atenção ao usuário e à família.

Comparando a pontuação máxima estabelecida e a pontuação obtida após a coleta das informações, o grau de implantação de cada componente foi calculado por meio de regra de três simples. A partir do resultado desse cálculo, foi realizada a classificação das EqSF participantes da pesquisa, por conveniência, em uma das categorias que se seguem: Avançado: quando as equipes apresentarem mais do que 75 até 100% das atividades implantadas; Intermediário: quando mais do que 50 e menos de 75% das atividades previstas forem implantadas; Incipiente: quando o resultado for maior do que 25 até 50% das atividades previstas implantadas; Insatisfatório: quando houver entre zero e 25% das atividades implantadas.

Após a classificação das equipes, realizou-se a avaliação do grau de implantação da AD1 no município de Camaçari. Para isso, foi adotada, por conveniência, a seguinte relação de escores referente à porcentagem de equipes com grau de implantação avançado; Incipiente: até 50% das equipes; Intermediário: mais do que 50 até 70% das equipes; Avançado: mais do que 70% das equipes.

Para garantir que todas as unidades de análise fossem abordadas, tornou-se essencial a diversificação das fontes de informação e estratégias de coleta de dados. Assim, foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas com profissionais que constituíam cinco EqSF. Também foram observadas cinco visitas domiciliares e a rotina das unidades de saúde. Por fim, procedeu-se à análise documental do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), do Relatório Anual de Saúde (2013) e de materiais utilizados pelos apoiadores institucionais para atividades de educação permanente junto às EqSF.

O material foi coletado entre setembro de 2014 e janeiro de 2015 e foi analisado seguindo o modelo de análise temática de conteúdo (MINAYO, 2008). Após a categorização e agregação dos dados por EqSF dentro das atividades previstas em cada componente, foi possível preencher a Matriz de Aferição do Grau de Implantação da AD1.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012B). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil e aprovado segundo parecer nº 929.739. Por fim, salienta-se que não houve suporte financeiro para qualquer etapa do projeto.

## Resultados e discussão

A análise dos dados foi iniciada a partir das contribuições de cada participante da pesquisa e situação observada de modo a categorizar as informações coletadas dentre os componentes estabelecidos na matriz de análise. No segundo momento, as informações foram agrupadas e analisadas por EqSF (tabela 2).

Considerando a pontuação máxima obtida no componente Atenção ao Usuário (40 pontos), três equipes (EqSF 2, EqSF 4, EqSF 5) apresentaram grau de implantação avançado para a Atenção ao Usuário, na AD1, implantando, em média, 90% das ações previstas. Uma equipe alcançou o grau intermediário (EqSF 1) e outra foi classificada com grau incipiente (EqSF 3), apresentando 62,5% e 45% das atividades implantadas, respectivamente.

Em relação ao componente Atenção às Famílias e Cuidadores, a avaliação do conjunto das três unidades de análise indicou que uma equipe (EqSF 5) foi avaliada com grau avançado de implantação (76,6%). Três equipes apresentaram grau intermediário (EqSF 1, EqSF 2, EqSF 4), com porcentagens de 66,6%, 70% e 70%, respectivamente. Por fim, uma equipe (EqSF 3) apresentou grau insuficiente de implantação desse componente (36%).

Ao avaliar o conjunto das entrevistas por EqSF, constatou-se que todas as equipes apresentaram grau intermediário de implantação da Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1, com realização entre 66,6% e 73,3%.



Tabela 2. Grau de implantação da Atenção Domiciliar das EqSF segundo seus componentes e unidades de análise, 2014

Componentes e unidades de análise	Pontuação máxima	Equipes de Saúde da Família				
		1	2	3	4	5
<b>Atenção ao usuário (total)</b>	<b>40</b>	<b>25**</b>	<b>35***</b>	<b>18*</b>	<b>36***</b>	<b>36***</b>
Promoção à saúde	8	3	5	2	6	6
Prevenção de agravos	15	12	15	10	15	15
Tratamento de doenças e reabilitação	12	9	12	7	12	12
Cogestão do plano de cuidados	5	1	3	-	3	3
<b>Atenção à família e cuidadores (total)</b>	<b>30</b>	<b>17**</b>	<b>21**</b>	<b>11*</b>	<b>21**</b>	<b>23***</b>
Abordagem Integral à Família	12	7	10	7	9	10
Consentimento e pactuação	8	4	3	2	5	6
Orientação e Atenção ao Cuidador	10	6	8	2	7	7
<b>Organização do Processo de Trabalho (total)</b>	<b>30</b>	<b>18**</b>	<b>22**</b>	<b>17**</b>	<b>21**</b>	<b>21**</b>
Planejamento e Gestão da AD	14	12	13	11	13	13
Cuidado no Domicílio	6	3	4	3	4	4
Avaliação e Monitoramento	4	1	1	1	1	1
Ações Intra e Intersetorial	6	2	4	2	3	3
<b>Total do Grau de Implantação</b>	<b>100</b>	<b>60**</b>	<b>78***</b>	<b>46*</b>	<b>78***</b>	<b>80***</b>

Grau de implantação: \*Incipiente, \*\*Intermediário, \*\*\*Avançado.

## Atenção ao Usuário na AD1

Na dimensão ‘Promoção à Saúde’, destaca-se que todas equipes realizavam ações de educação em saúde. Porém, tais ações consistiam principalmente na preocupação em ‘adequar’ a linguagem ao nível socioeconômico-cultural das famílias nas orientações sobre o processo saúde-doença, visando ao melhor entendimento das prescrições e encaminhamentos, bem como à maior adesão ao tratamento.

Essas situações indicam que as práticas de promoção da saúde adotadas pelos profissionais restringiam-se à educação em saúde, sendo esta última entendida como um esforço de adequação de linguagem. Entretanto, há uma lacuna na identificação de fatores de proteção à saúde, o que se agrava ainda mais quando avaliado o estímulo à preservação ou desenvolvimento de tais fatores, resultando na baixa pontuação das equipes nessas variáveis.

Considerando-se que as condições crônicas envolvem a maior parte dos casos de AD1 acompanhados pelas equipes pesquisadas, a situação acima descrita indica que a ação dirige-se especialmente ao tratamento e à prevenção de agravos específicos, desconsiderando ações de promoção à saúde voltadas aos contextos de vulnerabilidade e determinantes sociais de tais condições.

A falta de definição clara das habilidades requeridas para realização da promoção da saúde na formação dos profissionais no Brasil colabora para tal situação. O projeto Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (CompHP) fornece um guia para o desenvolvimento de habilidades e competências em promoção da saúde, gerado a partir dos seguintes domínios: (1) Favorecimento de mudanças, (2) *Advocacy* em saúde, (3) Parceria, (4) Comunicação, (5) Liderança, (6) Diagnóstico, (7) Planejamento, (8) Implementação e (9) Avaliação e

Pesquisa. Ao desenhar as competências para os 'promotores da saúde', o CompHP define um modelo teórico-prático para formação profissional que poderia constituir as diretrizes curriculares dos cursos de saúde no Brasil (PINHEIRO ET AL., 2015), ampliando a oferta e o impacto das práticas de promoção da saúde nos diversos níveis de atenção.

Nas unidades de análise Prevenção de Agravos e Tratamento e Reabilitação, a maioria das equipes apresentou excelente desempenho. Muitas ações de prevenção de agravos já faziam parte das atribuições dos ACS na ESF. Por sua vez, os profissionais de nível superior também relataram tais ações como rotina na AD1. Considerando que a AD1 foi reconhecida como o principal ou o único serviço de saúde acessado pelos usuários restritos ao domicílio, a avaliação clínica e intervenção sobre agravos e sequelas eram as principais atividades realizadas pelas equipes.

Em contrapartida, as equipes apresentaram baixa adoção de práticas de cogestão do cuidado. Observou-se, nas falas dos profissionais das equipes, pouca referência à corresponsabilização pelo cuidado, bem como ao planejamento, a pactos e à avaliação dos objetivos a serem alcançados junto aos usuários. A maioria das ações foi desenvolvida a partir da realidade que se apresenta a cada encontro profissional-usuário, ou seja, não eram elaborados planos de cuidado.

Reconhecendo que o usuário é protagonista de sua própria vida, cabe a ambos, profissional e usuário, o reconhecimento do compromisso mútuo envolvido na afirmação ética das diferentes formas de cuidar. Assim, o usuário deixa de ser 'paciente' para ter poder como sujeito de direitos na relação consigo e com a equipe multiprofissional. É, pois, na relação profissional-usuário que se constrói a possibilidade de autonomia ou a sujeição e dependência dos indivíduos e familiares aos cuidados em saúde (BORGES; PORTO, 2015).

Entretanto, a análise das entrevistas indica acentuado nível de dependência dos usuários em relação aos profissionais

responsáveis pela AD1, favorecendo a assimetria de poder da equipe. Conjectura-se que a dificuldade de acesso a outros serviços de saúde, associada ao agravamento e do quadro clínico dos usuários restritos ao domicílio, contribui para manutenção de relações de dependência neste contexto.

## Atenção às Famílias e Cuidadores

Na unidade de análise Abordagem Integral à Família, as equipes apresentaram excelente desempenho na maioria das variáveis, especialmente na avaliação e na adaptação das condutas ao contexto socioeconômico das famílias, o que indica ampliação da clínica e das ações de educação em saúde. Por acompanharem grupos familiares socialmente vulneráveis, os aspectos relacionados à infraestrutura do domicílio e às dificuldades de operacionalizar uma rotina de cuidados diante das restrições econômicas e da rede de apoio social foram recorrentes nas falas dos entrevistados, ressaltando a complexidade de questões que envolvem a AD1.

A única variável sem pontuação por todas as equipes refere-se ao uso de instrumentos específicos para trabalhar com as famílias. Nesse quesito, nenhuma equipe adotava instrumentos para avaliação, diagnóstico e intervenção na unidade familiar. Constatou-se, ainda, que a pontuação das equipes ficou prejudicada na variável referente à atenção à saúde de outros membros da família no domicílio, uma vez que apenas o cuidador recebia atenção. Nesse sentido, a abordagem familiar na AD1 era subutilizada tanto na intervenção sobre a saúde individual de seus membros como na atenção à dinâmica familiar, permanecendo o foco na doença e na pessoa adoecida.

Outros estudos corroboram os resultados encontrados neste estudo e afirmam que os instrumentos de abordagem familiar são pouco aplicados no processo de trabalho das EqSF, restringindo-se ao uso acadêmico, pela exigência de tempo para construí-los

de forma adequada, bem como para análise e atuação frente às exigências de cuidados encontradas. Além disso, os instrumentos apresentam o retrato de um momento do ciclo vital da família, sofrendo modificações ao longo do tempo. Por isso, seria necessária a sua atualização cotidiana, de modo a obter informações para o planejamento das ações em saúde (MOIMAZ ET AL., 2011; PEREIRA ET AL., 2009).

Outras variáveis merecem investimento para ampliação das competências e habilidades das equipes junto à família dos usuários em AD1, a saber: adaptações necessárias e possíveis no ambiente domiciliar para o cuidado a pessoas restritas ao domicílio, mesmo com restrições financeiras; apoio à família, especialmente nas situações de término da vida; e avaliação das vulnerabilidades e riscos à saúde individual e coletiva no ambiente doméstico.

Com relação à unidade de análise Consentimento e Pactuação com a Família, apesar de as equipes fazerem esclarecimentos e orientações à família, verifica-se que havia baixa adesão à proposta de planejamento e avaliação conjunta das ações propostas ou desenvolvidas. Isso ficou explícito na ausência de pactos sobre o plano de cuidado e do Termo de Consentimento Informado. Tal resultado corrobora a baixa pontuação obtida pelas equipes em relação à cogestão do plano de cuidados no componente Atenção ao Indivíduo. Identifica-se, portanto, a reprodução do modelo de relações verticalizadas entre profissional ou equipe e usuário ou família, no qual o primeiro assume o papel de detentor do saber e o outro deve ser responsabilizado pelo fazer.

Por fim, na unidade de análise Orientação e Atenção ao cuidador, as equipes identificavam a sobrecarga do cuidador. Porém, há certa dificuldade para se desenvolverem ações que evitem ou reduzam esse processo, o que repercute em baixa pontuação na matriz de análise. As equipes faziam orientações sobre atribuições do cuidador e sinais de agravamento, embora não acontecesse de

modo preventivo e ainda não houvesse sistematização do processo. Além disso, seria necessário maior investimento nas abordagens sobre as condutas a serem adotadas e na definição das atribuições do cuidador, de modo a favorecer a qualificação do cuidado realizado em domicílio.

O reconhecimento das necessidades dos cuidadores familiares é de extrema importância e constitui-se a primeira etapa para o diagnóstico situacional e planejamento das intervenções em saúde. A ausência de intervenção pode resultar em prejuízos para a saúde tanto do cuidador familiar como do próprio familiar dependente. Desse modo, ampliar os conhecimentos e capacidades de cuidadores propicia desempenho mais saudável e eficaz das suas funções. Além de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, outras necessidades foram identificadas na literatura referentes a recursos comunitários e sociais, significado pessoal, crenças e atitudes e condição socioeconômica (MELO; RUA; SANTOS, 2014).

## Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1

No que diz respeito à unidade de análise Planejamento e Gestão da Atenção Domiciliar, as equipes obtiveram boa pontuação, salientando-se a necessidade de investimento na definição de critérios de alta e desligamento da AD1 em todas elas. Verifica-se também para a importância do levantamento dos usuários acamados ou restritos ao domicílio por parte das equipes, de modo a favorecer a gestão dos casos e a continuidade do acompanhamento domiciliar.

As equipes pesquisadas apresentaram bom desempenho no que diz respeito ao acolhimento das demandas não programadas, ao estabelecimento de prioridades por classificação de critérios de risco, à definição de atribuições entre os membros da equipe e ao uso das reuniões de equipe para gerir os casos. Entretanto, identificou-se ausência de sistematização e alimentação das

informações produzidas na AD1 para garantia da continuidade do cuidado em quase todas as equipes.

Em relação às tecnologias para operacionalização do cuidado no domicílio, todas as equipes registraram as ações desenvolvidas na AD1 no prontuário da família, já possuindo uma rotina estabelecida em dias e horários para a AD. Porém, identificam-se como nós críticos da gestão municipal a disponibilidade de recursos materiais e equipamentos em quantidade e qualidade e a divulgação e aplicação de protocolos de assistência na AD1.

Ainda em relação às competências dessa esfera do sistema de saúde, as ações de avaliação e monitoramento das equipes precisavam de maior investimento. O apoiador institucional pode favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de modo a diagnosticar os entraves e construir conjuntamente estratégias de intervenção para a documentação das informações, aplicação de protocolos e monitoramento da AD1.

Por fim, em relação à articulação intra e intersetorial, também é competência da gestão municipal o estabelecimento de fluxos de assistência e articulação das redes de atenção à saúde. Considerando que os profissionais desconheciam os fluxos ou os conhecem parcialmente, todas as equipes obtiveram pontuações parciais. Isso também

se aplicou ao monitoramento dos usuários acompanhados pela AD2 e AD3. Nesse caso, a pontuação ficou prejudicada devido à ausência de comunicação com essas equipes.

No diz respeito ao protagonismo das equipes para a articulação de parceria intersetorial e comunitária, duas equipes não registraram o desenvolvimento dessas ações e outras duas o faziam quando requisitadas pela própria comunidade ou para atender demandas que não dizem respeito à AD1. Apenas profissionais de uma equipe relataram diversas articulações em prol da atenção integral aos usuários acompanhados em AD1.

### Grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 no município de Camaçari (Ba)

Ao avaliar o conjunto dos resultados alcançado pelas EqSF que participaram desta pesquisa (*quadro 1*), constatou-se que uma equipe apresentou grau incipiente de implantação da AD1 (EqSF 3), realizando apenas 46% das atividades; uma equipe alcançou grau intermediário (EqSF 1), por ter desenvolvido 60% das ações previstas; e três equipes obtiveram pontuação suficiente para ser classificadas com avançado de implantação da AD1, uma vez que as EqSF 2 e EqSF 4 realizavam 78% das atividades e EqSF 5, 80%.

Quadro 1. Grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 no município de Camaçari (BA) por EqSF, 2014

Componente	Equipes de Saúde da Família				
	1	2	3	4	5
Atenção ao Usuário	Intermediário	Avançado	Incipiente	Avançado	Avançado
Atenção à Família e Cuidadores	Intermediário	Intermediário	Incipiente	Intermediário	Avançado
Gestão da AD1	Intermediário	Intermediário	Intermediário	Intermediário	Intermediário
Implantação da AD1	Intermediário	Avançado	Incipiente	Avançado	Avançado

Considerando a relação pré-estabelecida de escores para avaliação municipal e que 60% das EqSF pesquisadas alcançaram o grau máximo de implantação dessa

modalidade de atenção, é possível afirmar que o município de Camaçari alcançou grau intermediário de implantação da AD1.

Destacam-se como desafios para o nível

central de gestão, principalmente, o fortalecimento do apoio institucional como dispositivo estratégico para a reorganização das práticas em saúde, e consequentemente na AD1, a ampliação e efetividade dos processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas EqSF, a garantia da continuidade e qualidade dos recursos, bem como a articulação intra e intersetorial, de modo a favorecer a integralidade do cuidado.

## Considerações finais

A avaliação do processo de trabalho das EqSF na AD1 indicou que o município avaliado apresentou grau intermediário de implantação dessa modalidade de atenção em saúde. Nesse processo, revelaram-se lacunas na organização das práticas, para a gestão, avaliação e monitoramento da AD1.

A incipiência das ações de promoção da saúde no território e a não utilização de tecnologias materiais e não materiais específicas para agir em relação ao contexto familiar e domiciliar encontradas no estudo aqui relatado indicam a necessidade de investimentos importantes na formação dos profissionais da atenção básica, em especial, que possibilitem a incorporação de outros saberes além dos biomédicos.

Isso também se reflete na necessidade de expansão e consolidação de práticas de promoção da saúde e de cogestão do cuidado; de desenvolvimento de habilidades e ampliação das tecnologias para intervenção sobre coletivos, especialmente sobre o contexto e a dinâmica familiar; bem como de articulação comunitária pelos diversos trabalhadores de saúde. Provavelmente esses achados são encontrados em outros contextos municipais, dadas a formação tradicional dos profissionais de saúde, comum nos cursos universitários, e a sobrecarga de atividades a serem desempenhadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.

Aliadas a esse contexto, têm-se as limitações de efetivação da integralidade nas redes de atenção à saúde, especialmente quanto à definição e execução de fluxos de cuidado. Assim, o monitoramento e a avaliação precisam considerar análises dos processos de trabalho por categorias, atividades, papéis e funções desempenhados nos serviços, bem como identificar lacunas na dimensão organizacional dos outros níveis de assistência que impactam diretamente na efetividade do cuidado às condições crônicas.

Além disso, ressalte-se a importância da apropriação de conceitos e práticas em vigilância à saúde, incluindo o planejamento, o monitoramento e avaliação na rotina das EqSF participantes deste estudo, pois permite que os profissionais ampliem a capacidade de análise do seu próprio processo de trabalho, bem como dos seus resultados, gerando qualificação contínua do serviço prestado aos usuários.

Ainda que este trabalho possua grau limitado de generalização, o modelo lógico e a matriz de análise desenvolvidos permitem a sua aplicação em outros contextos de implantação da AD1 em municípios brasileiros. Ademais, seus resultados contribuem para orientar profissionais e gestores na resolução de aspectos negativamente intervenientes do processo saúde-doença-cuidado, especialmente em relação ao adoecimento crônico. Neste sentido, indica-se a realização de novos estudos de avaliação dos serviços a partir do olhar de quem o vivencia na condição de usuário, de modo a reconhecer outros aspectos positivos e limitantes da AD1.

## Colaboradores

GVDOL e MEPC trabalharam na concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. ALQV trabalhou no planejamento e revisão crítica do conteúdo. ■

## Referências

- BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr./jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000200338&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000200338&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 2 set. 2016.
- BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 2 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 2 v.
- . Ministério da Saúde. *DATASUS*. Brasília, DF, c2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 26 fev. 2015.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 maio 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 2 set. 2016.
- . Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 12 jun. 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 2 set. 2016.
- SALVADOR (BA). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Departamento de Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Salvador: [S. n.], 2014. Disponível em: <[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms\\_2014\\_2017-versaofinal.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017-versaofinal.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2016.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* *Avaliação, conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 217-239.
- LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, maio/ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009)>. Acesso em: 2 set. 2016.
- MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- MELO, R. M. C.; RUA, M. S.; SANTOS, C. S. V. B. Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 4, n. 2, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000200015](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200015)>. Acesso em: 2 set. 2016.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, sup.1, jan. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/72420>>. Acesso em: 2 set. 2016.
- PEREIRA, A. P. S. *et al.* O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 3, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2016.
- PINHEIRO, D. G. M. *et al.* Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104598/0>>. Acesso em: 2 set. 2016.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-242, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 2 set. 2016.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, jan. 2012. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/281497981\\_Reflexoes\\_sobre\\_o\\_uso\\_da\\_tecnica\\_Delphi\\_em\\_pesquisas\\_na\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/281497981_Reflexoes_sobre_o_uso_da_tecnica_Delphi_em_pesquisas_na_enfermagem)>. Acesso em: 2 set. 2016.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2016.

WACHS, L. S. *et al.* Prevalência da assistência domiciliar prestada aos idosos brasileiros e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300702](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300702)>. Acesso em: 2 set. 2016.

---

Recebido para publicação em outubro de 2016  
Versão final em maio de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve