



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

GISELE VIEIRA DOURADO OLIVEIRA LOPES

**IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR:
O PROCESSO DE TRABALHO E O CUIDADO À PESSOA COM
CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Salvador

2015

GISELE VIEIRA DOURADO OLIVEIRA LOPES

**IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR:
O PROCESSO DE TRABALHO E O CUIDADO À PESSOA COM
CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPG-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos.

Salvador

2015

Ficha Catalográfica
Elaboração: Programação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

L864i Lopes, Gisele Vieira Dourado Oliveira.

Implantação da atenção domiciliar: o processo de trabalho e o cuidado à pessoa com condição crônica na Atenção Primária à Saúde / Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes. – Salvador: G.V.D.O.Lopes, 2015.

171f.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência Domiciliar. 3. Doenças Crônicas. 4. Avaliação em Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

GISELE VIEIRA DOURADO OLIVEIRA LOPES

Implantação da Atenção Domiciliar: o processo de trabalho e o cuidado à pessoa com condição crônica na Atenção Primária à Saúde.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 11 de maio de 2015

Banca Examinadora:

Prof.º. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos - Orientador - ISC/UFBA

Prof.ª. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - ISC/UFBA

Prof.ª. Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem – UNB

**Salvador
2015**

AGRADECIMENTOS

Foram dois anos de trabalho intenso e grande aprendizado, mas foi necessário uma vida para me constituir enquanto pessoa, sujeito-coletivo, militante do Sistema Único de Saúde, pesquisadora e profissional. Entre perdas e conquistas, frustrações e realizações, sou grata às experiências significativas que vivenciei, as quais me constituíram e me fortaleceram, favorecendo meu senso de ética e justiça social. Fecho mais um ciclo e, com gratidão e felicidade, partilho essa conquista com todos que viveram comigo esta caminhada.

Agradeço a Deus, ao Universo, à tudo que desconheço e que tenha contribuído para a minha formação, aprendizado e conquistas.

Às minhas famílias – Dourado, Lopes, Matos – pelo carinho, cuidado e torcida neste e em outros projetos que me aventuro.

À minha mãe, em especial, pelo amor, apoio, dedicação e cuidado diário. Sou imensamente grata pela força nos momentos de cansaço e pelo incentivo nas decisões difíceis e necessárias para que esta realização fosse possível.

Ao meu pai e irmã, pelos momentos juntos e aprendizado constante. Agradeço pela segurança, pelo carinho, alegrias e superações vivenciadas juntas.

À Paulo, meu amor e companheiro, pela paciência, cuidado, compreensão, e apoio mesmo com tantos momentos de ausência e cansaço, pela alegria e incentivo à realização dos meus sonhos.

Às minhas *Amigas Psi e Pontinhas* que compartilham comigo as alegrias e angústias, pela trajetória linda e inspiradora de cada uma, pelos encontros que a vida nos proporcionou. Obrigada pelo apoio, opiniões e incentivo. Vocês são fundamentais na minha caminhada.

Aos amigos conquistados nos espaços por onde passei e nos trabalhos que realizo, os quais me permitiram ampliar os meus conhecimentos e me apoiaram nos diversos momentos desta trajetória.

Às amigas conquistadas nesta caminhada de dois anos, especialmente aos que compõem os grupos Amigos ISC e *Encontros Uísque* – fundamentais para compartilhar as alegrias e inquietações dessa experiência intensa enquanto mestrandas.

Ao Instituto de Saúde Coletiva, docentes e corpo técnico, pela acolhida, questionamentos e contribuições significativas para a minha formação. É um grande orgulho fazer parte desta história.

Agradeço, em especial, à Marcelo Castellanos, orientador sensível, pelo incentivo, respeito à minha história, aos meus delírios e limites, pelas dúvidas que vivenciamos e escolhas compartilhadas. Com certeza, foi fundamental para o resultados deste trabalho e para o meu amadurecimento enquanto docente e pesquisadora.

Agradeço à equipe do Departamento de Atenção Básica, do município de Camaçari, especialmente à coordenadora e apoiadoras institucionais que mantiveram-se sempre disponíveis para contribuir na realização da pesquisa. Também sou grata a todos os profissionais e usuários que participaram deste projeto. Foram encontros que renovaram as minhas energias e ideais, me trouxeram outras inquietações e novos olhares sobre o trabalho desenvolvido.

Por fim, agradeço aos membros da banca de qualificação do projeto e de defesa da dissertação, bem como aos leitores desse trabalho que sempre apontam caminhos para o aprimoramento do mesmo.

(...) descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é decidir.

Cora Coralina

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD), modalidade de atenção substitutiva ou complementar às existentes, envolve o conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio, com garantia de continuidade do cuidado, devendo estar integrada às redes de atenção à saúde. A Política Nacional de Atenção Domiciliar distingue três níveis de AD a partir das necessidades de saúde dos usuários. Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, necessitando de cuidados de menor complexidade, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde – UBS. Considerando que AD envolve atenção a situações complexas, especialmente as condições crônicas de adoecimento, intensificando as relações entre usuários-família-profissionais de saúde, questiona-se como as equipes, os serviços e a rede de atenção à saúde organizam a oferta do cuidado continuado e integrado. Assim, buscou-se estimar o grau de implantação do componente Atenção Domiciliar Tipo 1, da Política Nacional de Atenção Domiciliar, no município de Camaçari-BA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa do grau de implantação da AD1, no município selecionado, de cunho qualitativo, orientada para a análise do processo de trabalho em saúde, através de estudo de caso único com único nível de análise. Para isto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 17 profissionais de 05 equipes de Saúde da Família e gestores, observação de situações de atenção domiciliar e análise de documentos. Para a categorização e interpretação do material empírico, empregou-se a Análise Temática de Conteúdo. Os critérios de avaliação das equipes foram estabelecidos segundo modelo teórico-lógico e matriz de aferição do grau de implantação da atenção domiciliar elaborados pela autora. **Resultados e Discussão:** Constatou-se que o município pesquisado apresentou Grau de Implantação Intermediário da Atenção Domiciliar Tipo 1. As equipes investigadas apresentam melhores desempenhos nas variáveis referentes ao componente Atenção ao Usuário, especialmente nas ações de prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Foram identificadas fragilidades em relação às ações de promoção da saúde, co-gestão do plano de cuidados, bem como no componente de Atenção à Família e Cuidadores. Observa-se a reprodução do modelo biomédico nas práticas da AD1, o risco de descontinuidade do cuidado, bem como a fragmentação e alienação dos trabalhadores sobre as finalidades e a totalidade do processo de trabalho e dos resultados. **Considerações:** Recomenda-se maior atuação da gestão municipal no apoio às transformações do processo de trabalho, a partir da oferta de educação permanente, apoio institucional e avaliação/monitoramento. Por fim, salienta-se a necessidade de ampliação dos critérios de inclusão dos usuários acompanhados na AD1, bem como articulação da PNAD com outras políticas e programas da Atenção Básica, de modo favorecer a integralidade do cuidado.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Assistência Domiciliar, Doenças Crônicas, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Home Care, attention mode substitute or complementary to existing, involves the set of health promotion, prevention, treatment and rehabilitation of diseases, developed at home, with care guarantee of continuity and should be integrated into networks of health care. The National Policy for Home Care distinguishes three levels of available from the health needs of users by them together. The Home Care Type 1 is intended for users who have health problems compensate/controlled and physical difficulty or impossibility of getting out to a health care facility, that require low complexity care within the ability of the Basic Health Units. Whereas home care involves attention to complex situations, especially chronic conditions of illness, intensifying the relations between users-family-health professional, the question is how teams, services and health care network organize the offer continued care and integrated. Thus, we attempted to estimate the degree of implementation of the component Home Care type 1, the National Home Care Policy, in the city of Camaçari-BA. **Methodology:** It is an evaluation research of the degree of implementation of Home Care Type 1, in the selected city, a qualitative one, oriented to the analysis of the health work process, through case study only with single-level analysis. To this end, we conducted semi-structured interviews with 17 professionals from 05 health teams and managers, observation of home care situations and document analysis. For categorization and interpretation of empirical data, we used the a Content Analysis. The evaluation criteria of the teams have been established under theoretical and logical model and calibration matrix of the degree of implementation of home care. **Results and Discussion:** It was found that the municipality had researched Intermediate Deployment Degree of Care Household Type 1. The investigated teams had better performance in the variables for the Attention to User component, especially in the diseases prevention actions, treatment and rehabilitation. Weaknesses in relation to health promotion actions were identified, co-management of the care plan, as well as the attention component to the Family and Caregivers. Note the reproduction of the biomedical model in the practices of Home Care Type 1, the risk of discontinuity of care, as well as fragmentation and alienation of workers on the purposes and the entire work process and results. **Considerations:** It is recommended higher performance of the municipal administration in supporting changes in the labor process, from the provision of continuing education, institutional support and evaluation / monitoring. Finally, we highlight the need to expand the inclusion criteria of users followed in Home Care type 1 and joint National Policy for Home Care with other policies and Primary Care programs in order to promote integrality care.

Keywords: Primary Health Care, Home Nursing, Chronic Disease, Work Process, Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Modelo de Cuidados Inovadores para as condições crônicas.....	21
Figura 02	Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	24
Figura 03	Representação da Atenção Domiciliar à Saúde por nível de complexidade e por demanda de recursos.....	31
Gráfico 01	Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Básica à Saúde – Bahia.....	33
Quadro 01	Atenção Domiciliar por Situação de Saúde, Conforme Cadernos de Atenção Básica à Saúde.....	37
Quadro 02	Processo de Trabalho em Saúde nos Modelos de Atenção à Saúde.....	51
Quadro 03	Equipes de Saúde da Família participantes da pesquisa e métodos de coleta de dados.....	71
Figura 04	Modelo Lógico – Atenção Domiciliar Tipo 1.....	74
Tabela 01	Variáveis analisadas por município baiano com mais de 100 mil habitantes.....	155
Quadro 04	Critérios de pontuação dos municípios nas variáveis de interesse do PMAQ-AB, cobertura de Estratégia de Saúde da Família e proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.....	157
Quadro 05	Critérios de pontuação dos municípios por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, em 2012.....	157
Quadro 06	Critérios de pontuação dos municípios por Coeficiente de Mortalidade Infantil por 100.000 habitantes, em 2012.....	157
Quadro 07	Critérios de pontuação dos municípios por Coeficiente de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis/100 mil habitantes, em 2012.....	157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
AD	Atenção Domiciliar
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar Tipo 1
AD3	Atenção Domiciliar Tipo 2
AD4	Atenção Domiciliar Tipo 3
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAD	Cadernos de Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
EqSF	Equipes de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	ATENÇÃO EM SAÚDE E (RE)ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO	17
2.1	Condições Crônicas: Desafios para as Práticas de Cuidado.....	17
2.2	(Re)Organização das práticas na perspectiva dos Modelos de Atenção à Saúde	25
2.3	Atenção Domiciliar e a (Re)Organização da Atenção em Saúde.....	29
2.4	Atenção Domiciliar na Atenção Básica à Saúde.....	35
3	OBJETIVOS	42
4	REFERENCIAL TEÓRICO	43
4.1	O processo de Trabalho em Saúde.....	46
4.2	O Processo de Trabalho em Saúde na Atenção Domiciliar Tipo 1.....	52
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS	60
5.1	Local da Pesquisa.....	63
5.2	Instrumentos e Estratégias de Produção de Dados.....	68
5.3	Sujeitos da Pesquisa.....	69
5.4	Plano de Análise.....	73
5.5	Validação da Matriz de Aferição do Grau de Implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1.....	76
6	ASPECTOS ÉTICOS	79
7	INSERÇÃO NO CAMPO	80
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
8.1	Os Usuários da Atenção Domiciliar Tipo 1.....	82
8.2	Atenção ao Usuário.....	85
8.2.1	Promoção da Saúde.....	85
8.2.2	Prevenção de Agravos.....	90
8.2.3	Tratamento de Doenças e Reabilitação.....	93
8.2.4	Co-gestão do Plano de Cuidados.....	98

8.2.5	Grau de Implantação da Atenção ao Usuário em AD1.....	97
8.3	Atenção à Família e Cuidador.....	98
8.3.1	Abordagem Integral à Família.....	98
8.3.2	Consentimento e Pactuação com a Família.....	103
8.3.3	Orientação e Atenção ao Cuidador.....	106
8.3.4	Grau de Implantação da Atenção à Família e Cuidador.....	110
8.4	Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1.....	111
8.4.1	Planejamento e Gestão da AD1.....	111
8.4.2	Operacionalização do Cuidado no Domicílio.....	120
8.4.3	Avaliação e Monitoramento da AD1.....	123
8.4.4	Articulação Intra e Intersectorial.....	126
8.4.5	Grau de Implantação da Gestão da AD1.....	131
8.5	Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho na AD1.....	132
8.5.1	Organização do Processo de Trabalho.....	132
8.5.2	Relação Profissional-Equipe-Trabalho.....	137
8.5.3	Relação Equipe-Usuário-Comunidade.....	139
8.6	Grau de Implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1	141
8.7	O Processo de Trabalho na Atenção Domiciliar Tipo 1.....	142
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
10	REFERÊNCIAS.....	148
111	APÊNDICES.....	155
	APÊNDICE A – Resultado final da análise da variáveis de interesse por município com mais de 100 mil habitantes na Bahia.....	155
	APÊNDICE B – Critérios de pontuação dos municípios a partir da estratificação dos resultados.....	157
	APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semi – estruturada com profissionais.....	158
	APÊNDICE D – Roteiro para entrevista semi – estruturada com usuários/cuidadores.....	159
	APÊNDICE E – Roteiro para entrevista semi – estruturada com gestores.....	160
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	161
	APÊNDICE G – Termo de Anuência Institucional.....	162

APÊNDICE H – Matriz de aferição do grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1.....	163
APÊNDICE I – Currículo Lattes dos pesquisadores.....	170

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2003), as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, decorrentes de causas distintas, tais como: condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/ estruturais contínuas. Todas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes.

Por serem de longa duração, as condições crônicas representam grande parte da demanda por serviços de saúde, uma vez que são as principais causas de internação, além de ocupar parcela relevante dos gastos familiares em todas as faixas de renda, pois necessitam de medicamentos e cuidados continuados. Todavia, há um desencontro entre a situação epidemiológica – dominada por condições crônicas – e a estruturação dos sistemas de atenção à saúde, voltada para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. (BARATA, 2008; MENDES, 2012).

Prestar assistência contínua à pessoas com condições crônicas de adoecimento é um grande desafio na medida em que são pouco afetadas por ações pontuais, unidisciplinares e setoriais. Além do cotidiano de gerenciamento da vida com adoecimento crônico, dentre as respostas sociais e políticas necessárias destaca-se a garantia do acesso a serviços, medicamentos e profissionais de saúde, bem como a adequação dos serviços e práticas de atenção à saúde.

Propostas de transformação do modelo assistencial hegemônico, como a implementação maciça da Estratégia de Saúde da Família e da ampliação da ênfase sobre a promoção à saúde, têm encontrado problemas recorrentes, tais como a persistente fragmentação no processo de trabalho em saúde e suas repercussões sobre as práticas de cuidado, a pouca articulação entre serviços que atuam em diferentes níveis de atenção e a reprodução da prática clínica de pronto-atendimento na atenção básica. Essas situações intensificam a tensão entre a oferta programada de ações de saúde e a demanda espontânea — geralmente enfrentada por meio de ações pontuais, orientadas, sobretudo, ao alívio dos sintomas agudos, sem a

integração dos usuários em processos de acompanhamento estruturados. Tudo isso acarreta descontinuidade da atenção, fragilização dos vínculos terapêuticos, redução da efetividade das ações e da integralidade nas práticas de cuidado, especialmente no controle das doenças crônicas (AYRES, 2004; FEUERWERKER, 2005; FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Por sua vez, a Atenção Domiciliar (AD) tem sido apontada como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de internação, fortalecimento da humanização da atenção, intensificação da desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

A Atenção Domiciliar é definida como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às existentes, a partir de conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio, com garantia de continuidade do cuidado, devendo estar integrada às redes de atenção à saúde. É uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o cliente e sua família, visando ao estabelecimento da saúde (LACERDA *et al*, 2006, BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013).

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 prevê a organização da Atenção Domiciliar em três modalidades. A primeira, a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados de menor complexidade, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde – UBS.

Já as modalidades de Atenção Domiciliar Tipo 2 e 3 (AD2 e AD3), representam um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção a 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).

Considerando que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se constituem como o problema de saúde de maior magnitude no Brasil, atualmente, sendo responsáveis perdas funcionais progressivas e por 72% das causas de

mortes (Brasil, 2011a; Mendes, 2012), associada ao processo de envelhecimento populacional, inevitavelmente, a demanda por Atenção Domiciliar tende ao crescimento.

Entre os anos de 2010 e 2013, no Brasil, houve um aumento de 52,3% no total de procedimentos domiciliares registrados pelas equipes de Atenção Básica. Na Bahia, no mesmo período, houve um aumento de 129,6%. Em relação ao procedimento Consulta/Atendimento Domiciliar, o estado apresentou a elevação de 182,4% nos registros (BRASIL, 2015). Aponta-se ainda que a ampliação da habilitação e financiamento de Serviços de Atenção Domiciliar para municípios de pequeno porte – menos de 20 mil habitantes –, previsto na Portaria 963/2013, tende a aumentar o número de equipes e de procedimentos especializados realizados no domicílio, constituindo-se como campo de trabalho para diversas categorias de saúde e apontando o desafio de qualificar essas práticas.

Partindo do pressuposto de que a desinstitucionalização pode gerar repercussões positivas na qualidade de vida dos pacientes, deve-se questionar se os arranjos familiares atuais estão preparados para exercer essas funções e se as equipes de saúde estão preparadas para exercer o cuidado continuado necessário à atenção às condições crônicas, especialmente no domicílio.

Salienta-se que o cotidiano das equipes de Atenção Domiciliar envolve a atenção a situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes, seja pelas condições socioeconômicas em que se encontram, somado ao fato do contato com o paciente ocorrer em um contexto distinto daquele existente nas instituições de saúde (sejam ambulatoriais ou hospitalares). Ou seja, a Atenção Domiciliar intensifica e complexifica potencialmente as relações entre o contexto dos serviços de saúde e o contexto familiar, desafiando os processos de trabalho em saúde e as relações de cuidado estabelecidas.

Portanto, para alcançar maiores graus de resolubilidade, AD exige a reorganização dos processos de trabalho, o que vai desde a formação profissional para atuar no território, no domicílio e com uma diversidade de famílias, enquanto unidades de cuidado e cuidadoras de seus membros, até a gestão compartilhada entre os diversos níveis de atenção à saúde, entre a família e outros setores sociais, de modo a garantir a efetividade das práticas de cuidado.

2. ATENÇÃO EM SAÚDE E (RE)ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO

2.1 Condições Crônicas: Desafios para as Práticas de Cuidado

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido no Brasil nas últimas décadas traz uma série de questões para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009).

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, geralmente, ocorrem de modo articulado às transformações demográficas, sociais e econômicas (Omram, 2001; Santos-Preciado *et al.*, 2003, citados por Schramm *et al.*, 2004). É possível identificar três mudanças básicas, neste processo: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; transição da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e predomínio da morbidade, em lugar da mortalidade (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Entretanto, a transformação dos padrões de saúde parece não obedecer aos mesmos parâmetros na sequência, intensidade e velocidade, em diferentes regiões (Schramm *et al.*, 2004). No caso do Brasil, por exemplo, há uma superposição entre estas etapas e a diversidade de situações epidemiológicas, o que pode ser denominada de polarização epidemiológica. É possível encontrar em algumas regiões do país uma *contra-transição*, com o predomínio das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; o retorno de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses. Por outro lado, existem situações em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada (FRENK *et al.*, 1991, citado por SCHRAMM *et al.*, 2004).

Essa diversidade exige a construção de respostas sociais específicas, considerando o conceito ampliado de saúde, o que requer a articulação de propostas intersetoriais e interdisciplinares. Enquanto as doenças transmissíveis respondem de modo mais rápido aos investimentos em políticas e ações de

prevenção primária, desde saneamento até imunização, as doenças crônicas e causas externas de morbimortalidade impõem um desafio maior a todos os atores, uma vez que estão relacionadas aos hábitos, estilos de vida, crenças, relações sociais, dentre outros.

De maneira geral, a prevalência de doenças crônicas auto-referidas pela população na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD (Barata, 2008) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 1998 e 2003 ficou em torno de 30% para a população adulta, com variações de gênero – é maior em mulheres; idade – é diretamente proporcional ao seu aumento; e condição socioeconômica – é inversamente proporcional à escolaridade, renda e posse de bens. Mendes (2010) aponta que, em 2008, a Amostra Domiciliar do IBGE indicou que 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se constituem como o problema de saúde de maior magnitude no Brasil, atualmente. Elas são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Apesar de atingir indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, as DCNT alcançam de forma mais intensa aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011a).

O conceito de condições de saúde como categoria fundamental para atenção à saúde, segundo Mendes (2011; 2012), pode ser definido na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais. O autor aponta que o conceito incorpora estados fisiológicos, que não são doenças, mas exigem responsabilidade dos sistemas e profissionais de saúde, como é o caso dos ciclos de vida. Dentro deste conceito, há uma diferenciação entre as condições agudas e condições crônicas de saúde e de adoecimento. Esta tipologia está orientada por algumas variáveis-chave, tais como: tempo de duração, forma de enfrentamento e estrutura do sistema de saúde.

Deste modo, ao analisar as condições de saúde é possível avaliar o tempo de duração, se breve ou longa, bem como os modos de enfrentamento e de atenção à saúde pelos profissionais, usuários e sistemas de saúde. Neste último, são identificados dois grandes blocos: a atenção episódica, reativa e feita sobre a queixa

principal e a atenção contínua, proativa e realizada por meio de cuidados mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias. Por fim, está o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado, dando respostas específicas às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

Em geral, as condições agudas são manifestações de doenças transmissíveis, infecciosas, ou de causas externas. Iniciam-se repentinamente, apresentando uma causa simples e facilmente diagnosticada. Além disso, são de curta duração e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. O ciclo típico de uma condição aguda é apresentar os sintomas, ser tratado e ter resolvido a sua demanda. Entretanto, muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como é o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração. (LORIG *et al.*, 2006, citado por MENDES, 2011; MENDES, 2012).

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas, com diversidade de sintomas, comorbidades e perdas funcionais. Assim, faltam padrões regulares ou previsíveis para a atenção às condições crônicas. Porém, estas podem apresentar períodos de agudização, devendo ser enfrentados na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas. (LORIG *et al.*, 2006, citado por MENDES, 2011; MENDES, 2012).

De acordo com a OMS (2003), as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter relação entre si. Entretanto, problemas de saúde constantes, decorrentes de causas distintas, incluem-se na categoria das condições crônicas. Estas abarcam condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo, e deficiências físicas/ estruturais contínuas, as quais apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes.

Freitas e Mendes (2007), ao buscar definir o conceito de condição crônica de saúde do adulto, expresso pela literatura da área, identificam sete características

que estão sempre presentes na sua descrição: condição de natureza de longa duração; gera incapacidade residual e inabilidade; requer maior esforço paliativo; favorece o aparecimento de múltiplas doenças; necessita de monitoração contínua; requer ampla estrutura de suporte de serviços; além de ser onerosa.

Dentre os antecedentes (situações, eventos ou fenômenos que precedem um conceito de interesse) encontrados pelas autoras, a herança genética tem sido apontada como núcleo gerador de problemas de saúde, incluindo entre eles as condições crônicas. Outros eventos antecedentes também foram citados como responsáveis pelo conjunto de determinantes que as desencadeiam, tais como: condições/estilo de vida (sedentarismo, obesidade, abuso do álcool, hipercolesterolemia), alto nível de estresse, fatores ambientais e ocupacionais, além de condições resultantes do avanço tecnológico e acidentes.

Portanto, o conceito de condições crônicas adotado neste estudo diz respeito às condições de saúde/adoecimento que necessitam de acompanhamento periódico de profissionais e serviços de saúde. Tais situações são diversas, decorrentes de múltiplas causas e exigem gerenciamento contínuo, podendo ser resultante ou evoluir para perdas funcionais. Diante da diversidade de sintomas e comorbidades, as condições crônicas requerem processos adaptativos – mudança de estilo de vida, avaliação e tratamento contínuo – e respostas sociais, políticas e técnicas específicas a cada caso.

Essas doenças, por serem de longa duração, representam grande parte da demanda por serviços de saúde, uma vez que são as principais causas de internação, além de ocupar parcela relevante dos gastos familiares em todas as faixas de renda, pois necessitam de medicamentos e cuidados continuados (BARATA, 2008).

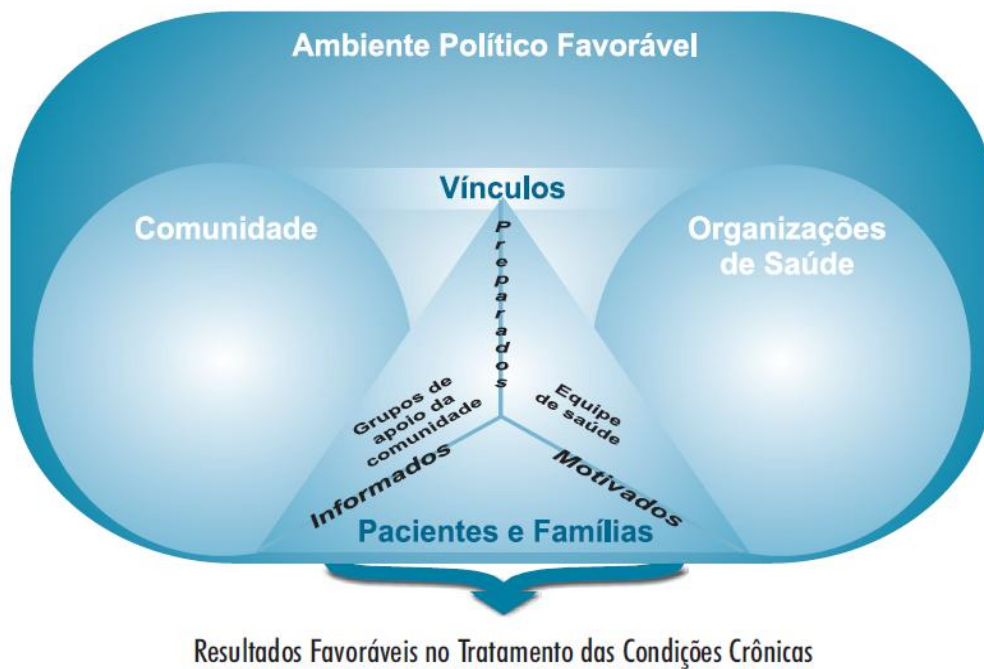
Segundo Mendes (2012), há um desencontro entre a situação epidemiológica – dominada por condições crônicas – e a estruturação dos sistemas de atenção à saúde, voltada para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. Assim, a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde é inevitável.

É, pois, um desafio prestar assistência contínua à pessoas com condições crônicas de adoecimento, na medida em que estas são pouco afetadas por ações

pontuais, unidisciplinares e setoriais. Além do cotidiano de gerenciamento da vida com adoecimento crônico, dentre as respostas sociais e políticas destacam-se os desafios de garantir a acessibilidade a serviços, medicamentos e profissionais de saúde, e a adequação dos serviços e práticas de atenção à saúde. Tais fatores interferem na efetividade do cuidado especializado e do autocuidado, expondo a necessidade de reorganização dos serviços de saúde e da lógica do cuidado prestado aos usuários em situações de adoecimento crônico.

Neste sentido, a OMS (2003) propõe a integração dos componentes micro, meso e macro do sistema de saúde, de modo a organizar os serviços dentro do Modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Este modelo inclui os pacientes e seus familiares, as organizações de saúde e as comunidades, a partir dos seguintes princípios: ênfase na população, na prevenção e na qualidade; integração, coordenação e continuidade em todos os âmbitos da saúde; flexibilidade e adaptabilidade do sistema de saúde.

Figura 01: Modelo de Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas



No Modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, a OMS (2003) aponta para importância dos componentes estruturais em cada nível do sistema de saúde, a saber:

- **Nível micro:** constituem-se como componentes os usuários, seus familiares, as equipes de saúde e a comunidade. Entretanto, aponta-se para algumas especificidades: 1) Os pacientes e as famílias precisam estar informados sobre as condições crônicas (seu ciclo, complicações esperadas e estratégias eficazes para prevenir as complicações e administrar os sintomas), motivados e preparados para mudar seus comportamentos e manter estilos de vida saudáveis, aderir a tratamentos de longo-prazo e autogerenciar suas condições crônicas. 2) Equipes de saúde de todos os níveis de assistência preparadas e motivadas para prestar o cuidado; 3) grupos de apoio na comunidade com informações e habilidades acerca do gerenciamento das condições crônicas.
- **Nível Meso:** apresenta a dimensão das organizações de saúde e a dimensão da comunidade. Na primeira, destaca-se como componentes estruturais a coordenação e integração das organizações de saúde, o monitoramento contínuo da qualidade da assistência e os projetos para incrementá-la, a disponibilidade de conhecimentos e habilidades, bem como de suprimentos, equipamentos médicos, e medicamentos para prestar a assistência indicada pela evidência científica. Por fim, aponta-se para a capacitação dos usuários para autogerenciamento do cuidado e uso de sistemas de informação para tomada de decisões. Em relação aos componentes estruturais para a comunidade, destacam-se os estímulos às lideranças e apoio comunitários, a mobilização e coordenação de recursos e dos serviços complementares já existentes no território.
- **Nível Macro:** refere-se ao ambiente político favorável. Para isto, é preciso formar liderança e defender a causa, integrar as políticas para as condições crônicas, minimizar as redundâncias e a fragmentação no sistema de saúde, promover financiamento regular, desenvolver e alocar recursos humanos, fortalecer parcerias e apoiar estruturas legislativas.

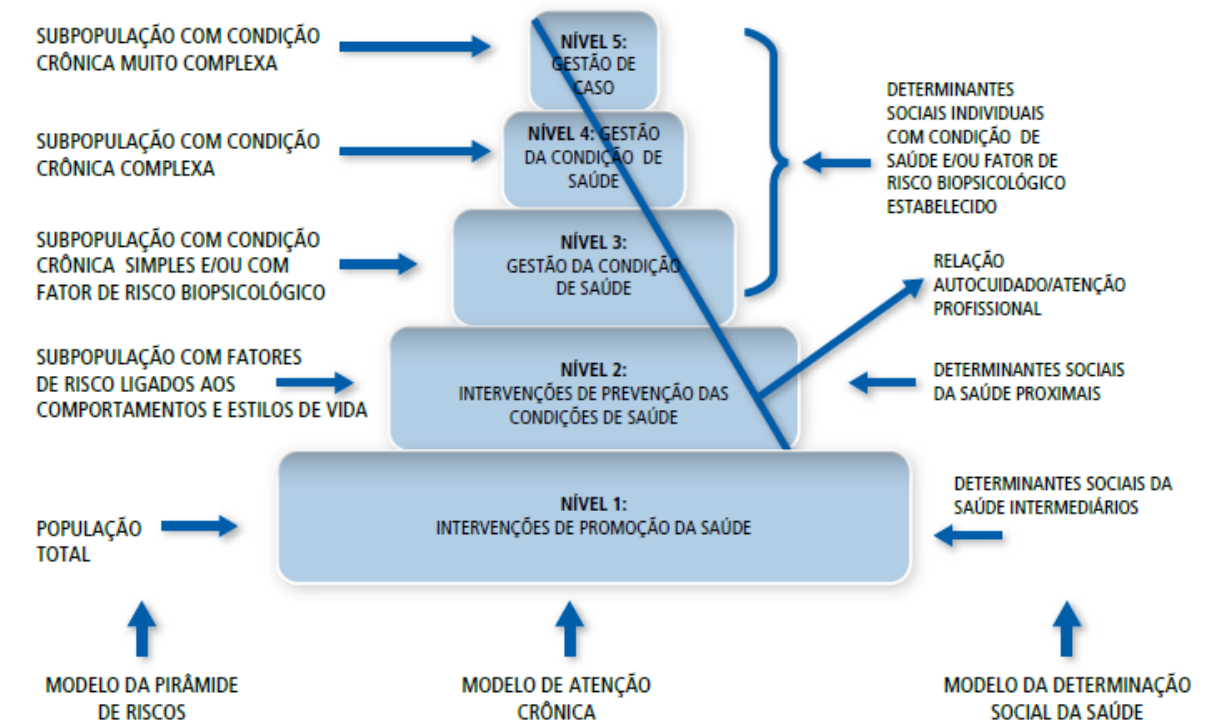
Por sua vez, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: 2011 – 2022 (Brasil, 2011a) tem por objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT's e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

O Plano indica ações voltadas para as quatro principais doenças crônicas transmissíveis (doenças respiratórias crônicas, do aparelho circulatório, câncer e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), a partir de três eixos estratégicos: 1) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; 2) Promoção da saúde; 3) Cuidado Integral.

O Plano de Enfrentamento às DCNT apresenta avanços na definição de metas e prioridades, bem como na proposição da articulação intersetorial, da regulação e regulamentação da produção de produtos alimentícios e de publicidade, e na oferta de programas e serviços – Programa Saúde na Escola, Academias de Saúde, Atenção Domiciliar, por exemplo – para promoção da saúde, controle e prevenção de agravos. Entretanto, diferente do modelo proposto pela OMS, é pouco específico sobre o processo de trabalho e os papéis dos diversos atores envolvidos no nível micro: usuários, famílias, equipes de saúde e comunidade.

Mendes (2012), por sua vez, propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), integrando o Modelo de Determinação Social da Saúde, de Dahlgren e Whitehead, o Modelo de Atenção Crônica, desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation (EUA), e o Modelo da Pirâmide de Riscos, da Kaiser Permanente – uma operadora de Planos de Saúde (EUA).

Figura 02: Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2012)

No centro da Figura 02 estão as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias, conforme os modelos dispostos nas laterais. Deste modo, a proposta do MACC pode ser descrita da seguinte forma:

- **Nível 1:** intervenções de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários.
- **Nível 2:** intervenções de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida.
- Os **níveis 3, 4 e 5** estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão baseada na população.

A linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 02, expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias.

Portanto, no nível 3 estão mais presentes as intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ênfase na atenção multiprofissional. No nível 4, estão de modo equilibrados o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, necessitando uma atenção cooperativa dos generalistas e dos especialistas. Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso (MENDES, 2012).

Observa-se que no Modelo de Atenção às Condições Crônicas e no Modelos de Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas há uma ênfase nas ações de promoção da saúde, as quais são transversais. Entretanto, o primeiro traz contribuições para organizar a assistência à saúde a partir das necessidades de cada grupo, diante da sua condição de saúde, enquanto o segundo valoriza a articulação comunitária, a corresponsabilidade entre os atores e a disponibilidade de tecnologias (recursos materiais, insumos, equipamentos) para a garantia do acesso e continuidade da assistência.

A complexidade e a diversidade das condições crônicas de saúde exigem mudanças nos paradigmas de atenção à saúde e organização das práticas de cuidado. Envolve, portanto, uma proposta de reestruturação e integração de políticas e programas de intersetoriais, bem como da ampliação da clínica e da gestão do cuidado.

2.2 (Re)Organização das práticas na perspectiva dos Modelos de Atenção à Saúde

Os modelos assistenciais, ou modelos de atenção à saúde, constituem-se em racionalidades que orientam as intervenções técnicas e sociais sobre as necessidades humanas historicamente definidas. São uma espécie de lógica que orienta a ação, articula as relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários), e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos). No Brasil, convivem diversos modelos, dentre os quais dois exercem uma forte influência política e cultural sobre os profissionais de saúde, a população e os veículos

formadores de opinião, a saber: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitário (PAIM, 2008).

Centrado na clínica e na figura do médico, o modelo médico-assistencial incorporou o desenvolvimento científico e tecnológico no seu processo de trabalho, fortalecendo o papel do hospital e da rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Neste sentido, este modelo apresenta as seguintes características básicas: foco no indivíduo, especificamente na doença; ênfase no biologismo; privilégio da medicina curativa; medicalização dos problemas; participação passiva e subordinada dos consumidores (PAIM, 2008; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Por sua vez, o modelo sanitário adotado pelo Estado para intervir sobre as condições de vida e saúde da população, também estava centrado no saber biomédico. Seus agentes buscavam atender às necessidades de saúde da população mediante campanhas (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias, por exemplo), programas especiais (por ciclo de vida e gênero, bem como o controle de doenças crônicas, como tuberculose e Hanseníase), vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. Tais ações caracterizam-se pela centralização e administração vertical, fragmentação e desassistência a outros grupos não inseridos nestas linhas de atuação. (PAIM, 2008; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Esses modelos não tem contemplado nos seus fundamentos a integralidade da atenção em saúde, uma vez que estão voltados para atender a demanda espontânea, baseia-se em procedimentos e serviços especializados, tendo como norte a perspectiva curativista (modelo médico hegemônico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda, especialmente, a partir de campanhas e programas especiais (modelo sanitário) (PAIM, 2008).

Considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde implica custos crescentes sem responder às necessidades de saúde da população, faz-se necessário qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência. A transformação dos modos de organizar a atenção à saúde vem sendo apontada como indispensável para ampliar a resolutividade das ações, a integralidade do cuidado e continuidade da atenção, bem como para consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

O modelo da Vigilância da Saúde, como proposta alternativa, surge no final dos anos de 1980, a partir de experiências locais de descentralização das ações e gestão em saúde nos distritos sanitários. Este modelo toma como ideal a integralidade da atenção a partir da articulação de tecnologias e práticas voltadas para o controle dos determinantes, riscos e agravos à saúde. Além disso, sugere a integração entre as vigilâncias (sanitária, epidemiológica, do trabalhador e ambiental), a assistência médica e as políticas públicas transetoriais. Assim, a promoção da saúde assume o papel principal da atenção individual e coletiva, atravessando todos os momentos do processo saúde-doença, junto com a educação em saúde e a consciência sanitária e ecológica (PAIM, 2008; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Por outro lado, com o objetivo de ampliar o objeto de saber e de intervenção da clínica, abarcando os aspectos subjetivos e sociais, o modelo Em Defesa da Vida propõe intervir sobre a fragmentação e desumanização do trabalho em saúde. Para isto, devem ser incluídos alguns arranjos organizacionais, tais como: equipes de referência – vinculadas a um certo número de cidadãos e famílias; apoio matricial – garantindo retaguarda especializada para resolução dos problemas de saúde. Também conhecido como Clínica Ampliada, este modelo apresenta as seguintes diretrizes: formação de vínculo; responsabilidade clínica e sanitária por determinada população; identificação de riscos e vulnerabilidades; trabalho em equipe; e estímulo à autonomia dos sujeitos. Para isto, são apontadas as seguintes tecnologias de trabalho: elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares; elaboração de Projetos de Intervenção na Comunidade; acolhimento; e organização de linhas de cuidado (COELHO, 2008).

Além do debate sobre os modelos de atenção, movimentos ideológicos na área da saúde, ao longo do século XX, propuseram a revisão das concepções acerca da saúde-doença e das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, é um exemplo desse processo na medida em que faz críticas às desigualdades existentes no estado de saúde entre os povos e afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de sua população por meio de medidas sanitárias e sociais. O documento também enfatiza a necessidade de ações intersetoriais e aponta a Atenção Primária à Saúde (APS) como atenção à

saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, com garantia de acesso a todas as pessoas e famílias (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A APS é geralmente definida como o primeiro nível de atenção ambulatorial direcionado a cobrir afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde da população. A Atenção Primária é considerada atualmente como um novo modelo assistencial que tem como centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A proposta de “Saúde da Família” implantada no SUS, inicialmente como um programa de focalização da atenção básica em populações específicas, tornou-se uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, e um instrumento de universalização do acesso e de reorganização do processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como meta desenvolver estratégias organizacionais e assistenciais pautadas nos paradigmas da promoção e vigilância em saúde, inicia um processo de transformação do modelo assistencial vigente. Entre suas diretrizes, destacam-se a territorialização e adscrição de clientela, o que facilita o desenvolvimento de vínculos mais individualizados e consistentes entre as equipes e as famílias cadastradas, além de favorecer o reconhecimento de necessidades específicas. Atendendo ao princípio de corresponsabilidade na atenção à saúde, remete-se à construção de relações dialógicas pautadas no respeito à autonomia e no reconhecimento da capacidade dos sujeitos intervirem sobre a realidade social (TRAD, 2011).

A transformação do modelo assistencial por meio da implementação maciça da Estratégia de Saúde da Família e da ampliação da ênfase sobre a promoção à saúde tem encontrado problemas recorrentes, tais como a persistente fragmentação no processo de trabalho em saúde e suas repercussões sobre as práticas de cuidado, a pouca articulação entre serviços que atuam em diferentes níveis de atenção e a reprodução da prática clínica de pronto-atendimento na atenção básica. Essas situações intensificam a tensão entre a oferta programada de ações de saúde e a demanda espontânea — geralmente enfrentada por meio de ações pontuais, orientadas, sobretudo, ao alívio dos sintomas agudos, sem a integração dos usuários em processos de acompanhamento estruturados. Tudo isso acarreta descontinuidade da atenção, fragilização dos vínculos terapêuticos, redução da

efetividade das ações e da integralidade nas práticas de cuidado, especialmente no controle das doenças crônicas (AYRES, 2004; FEUERWERKER, 2005; FEUERWERKER e MERHY, 2008).

2.3 Atenção Domiciliar e (Re)Organização da Atenção à Saúde

Nas políticas de saúde mais recentes no país, a Atenção Domiciliar (AD) é tomada como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de internação, fortalecimento da humanização da atenção, intensificação da desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013a).

A Atenção Domiciliar é definida como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às existentes, a partir de conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio, com garantia de continuidade do cuidado, devendo estar integrada às redes de atenção à saúde. É uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o cliente e sua família, visando ao estabelecimento da saúde (LACERDA *et al*, 2006, BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013a).

De acordo com Lacerda *et al* (2006), Atenção Domiciliar envolve desde a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas, passando pela fiscalização e planejamento de programas de saúde, até a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos dos indivíduos adoecerem.

Apesar da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) adotar a AD para definir o conjunto de ações desenvolvidas em âmbito domiciliar, outros conceitos estão presentes na literatura, tais como Atendimento Domiciliar, ou Assistência Domiciliar, e Internação Domiciliar, para apontar as especificidades de atuação profissional diante de níveis distintos de complexidade dos casos atendidos.

Vale esclarecer que o Atendimento Domiciliar, ou Assistência Domiciliar, caracteriza-se por ser um conjunto de atividades programadas e continuadas por meio de ações ambulatoriais realizadas no domicílio, que demanda a utilização estruturada do saber específico e baseia-se na plena interação do profissional com o

paciente, sua família e com o cuidador (BRASIL, 2006a). Trata-se, portanto, das ações clínica-assistenciais realizadas no domicílio a partir de um saber estruturado, com vistas a desenvolver o tratamento e a reabilitação.

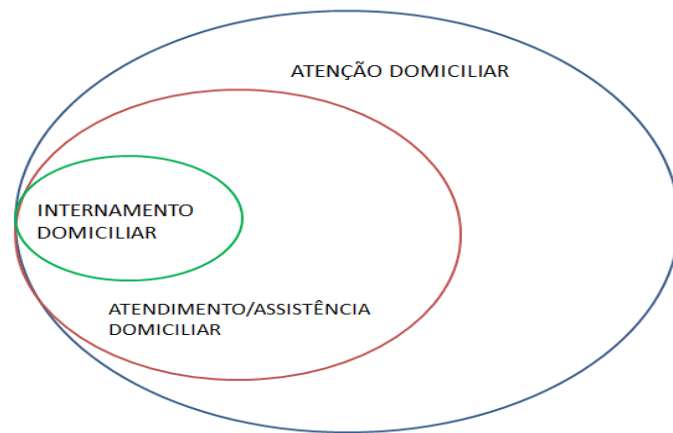
Já o termo 'Internação Domiciliar' representa um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para pacientes com quadros clínicos mais complexos, com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte e a presença permanente de um cuidador. A internação domiciliar é uma forma de operacionalizar o atendimento domiciliar (Lacerda *et al*, 2006; Brasil, 2006a; Brasil, 2012a), porém requer maior intensidade e mais recursos (materiais e tecnológicos) devido à complexidade dos casos.

Também são encontrados na literatura outros conceitos referentes às ações de atenção à saúde no domicílio, tais como visita domiciliária, cuidados à saúde no domicílio, enfermagem domiciliar e cuidados médicos no domicílio. (LACERDA *et al*, 2006). Porém, tais conceitos trazem a perspectiva da assistência no domicílio por categoria (medicina, enfermagem) ou por tempo de prestação de assistência (ações pontuais – visita domiciliar; ações contínuas – cuidados no domicílio).

Entretanto, para este estudo, serão destacadas as dimensões referentes aos níveis de complexidade de atenção à saúde no domicílio, considerando-se que a temporalidade dessas ações e os saberes requisitados para executá-las dependem das necessidades de saúde dos usuários assistidos no espaço doméstico.

Observa-se, portanto, que o termo Atenção Domiciliar, por sua abrangência, abarca as ações de atendimento e internamento domiciliar, bem como outras estratégias de intervenção no processo saúde-doença dos usuários neste espaço. A representação abaixo torna mais clara a amplitude e limites das definições:

Figura 03: Representação da Atenção Domiciliar à Saúde por nível de complexidade e por demanda de recursos*



* adaptado de LACERDA *et al*, 2006.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, atualiza as definições e aponta as seguintes diretrizes da Atenção Domiciliar: a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; o atendimento aos princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; a adoção de modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e o estímulo à participação ativa dos profissionais de saúde, do usuário, da família e do cuidador (BRASIL, 2013a).

Além disso, o documento prevê a organização da Atenção Domiciliar em três modalidades. A primeira, a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados de menor complexidade, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde – UBS.

Dentre as ações de Atenção Domiciliar, os usuários acompanhados em AD1 necessitam de um conjunto de ações inscritas no termo atendimento domiciliar, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde que podem prover-lhe essa assistência.

Já as modalidades de Atenção Domiciliar Tipo 2 e 3 (AD2 e AD3), representam um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção a 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, 2013a).

Observa-se que a AD2 e AD3 configuram-se como internação domiciliar, devido às características clínicas dos usuários acompanhados, o que requer acompanhamento regular, com menor espaçamento entre as ações prestadas e disponibilidade de recursos (humanos, materiais e de equipamentos) permanentes.

As equipes de Atenção Básica, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de especialidades e de reabilitação, são responsáveis pela operacionalização da AD1, devendo participar e monitorar do cuidado prestado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), responsáveis pela AD2 e AD3 (BRASIL, 2013). A Atenção Básica assume papel de extrema relevância para a organização das redes de atenção, para operacionalizar o cuidado, em especial aos usuários em condições crônicas, bem como para efetivar processos de trabalho que atendam a um novo modelo assistencial em saúde.

Apesar da Política Nacional de Atenção Domiciliar ser relativamente recente, registra-se a existência de serviços de atenção domiciliar no Brasil desde meados do século XX. Apesar disso, a sua regulamentação começa em 1998, com a Portaria nº 2.416, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, porém sem políticas de incentivo ou regulamentação financeira. Somente em 2006, foi estabelecido o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes, com a Portaria nº 2.529. A partir de 2011, novas portarias foram publicadas estabelecendo normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e suas respectivas equipes multidisciplinares, além de ampliar a possibilidade de habilitação e financiamento federal para municípios com até 20.000 habitantes (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013a).

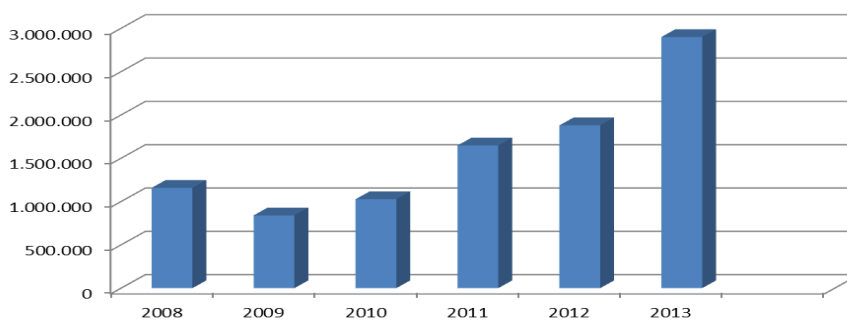
Mecanismos legais, tais como a Portaria 2416, de 1998, a Lei 10.424b, de 2002 e a RDC 11, 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, representam marcos nas discussões de políticas públicas que focalizam a atenção domiciliar como modalidade de prática na organização da assistência à saúde, uma vez que apontam para a ampliação da oferta, aproximação entre a área de assistência de média e alta complexidade com a atenção básica, regulamentação do

funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar (REHEM e TRAD, 2005; SILVA *et al*, 2010; BRASIL, 2012a).

Dentre os procedimentos realizados pelas equipes de Atenção Básica no domicílio e disponíveis no Sistema de Informação em Saúde (Brasil, 2015) estão: consulta/atendimento domiciliar; assistência domiciliar por equipe multiprofissional; assistência domiciliar por profissional de nível médio; atendimento médico com a finalidade de atestar óbito; busca ativa; e visita domiciliar por profissional de nível superior.

Entre os anos de 2010 e 2013, no Brasil, houve um aumento de 52,3% no total de procedimentos domiciliares registrados pelas equipes de Atenção Básica. Na Bahia, no mesmo período, houve um aumento de 129,6%. No caso dos registros referentes ao procedimento Consulta/Atendimento Domiciliar, o estado apresentou a elevação nos registros em 182,4% (BRASIL, 2015).

Gráfico 01: Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Básica à Saúde - Bahia



Fonte: DATASUS, 2015

O aumento dos procedimentos realizados no domicílio pode ter ocorrido como resultado da ampliação da cobertura de Atenção Básica, especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da ampliação das ações desenvolvidas no domicílio – seja pela demanda por atenção domiciliar, ou pela incorporação deste dispositivo nas agendas dos profissionais, por exemplo –, ou ainda devido a investimento na melhoria dos registros dos procedimentos.

Aponta-se que a ampliação da habilitação e financiamento de Serviços de Atenção Domiciliar para municípios de pequeno porte – menos de 20 mil habitantes

–, previsto na Portaria 963/2013, tende a aumentar o número de equipes e de procedimentos especializados realizados no domicílio, constituindo-se como campo de trabalho para diversas categorias de saúde.

Deste modo, constata-se o aumento de políticas e programas em prol do aprimoramento da proposta de desospitalização de doentes crônicos, deficientes físicos e mentais, idosos, acamados, dentre outros, justificado pelas consequências negativas da institucionalização prolongada – que favorece a cronificação das situações, abusos e violências institucionais – e pelos altos custos do modelo hospitalar para atenção à saúde (MARSIGLIA, 2008).

Porém, se a desinstitucionalização pode gerar repercussões positivas na qualidade de vida dos pacientes, deve-se questionar se os arranjos familiares atuais estão preparados para exercer essas funções e se as equipes de saúde estão preparadas para oferecer esse suporte. Salienta-se ainda que a Atenção Domiciliar intensifica e complexifica potencialmente as relações entre o contexto dos serviços de saúde e o contexto familiar, desafiando os processos de trabalho em saúde e as relações de cuidado estabelecidas.

O cotidiano das equipes de Atenção Domiciliar envolve a atenção a situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes, seja pelas condições socioeconômicas em que se encontram, somado ao fato do contato com o paciente ocorrer em um contexto distinto daquele existente nas instituições de saúde (sejam ambulatoriais ou hospitalares). Desta forma, o trabalho das equipes de AD requer o desenvolvimento de novos saberes e habilidades para facilitar o provimento e a disponibilização de tecnologias de saúde de acordo com as necessidades específicas de cada usuário e suas famílias (BRASIL, 2012a).

Em contrapartida, embora a Atenção Domiciliar esteja em processo de expansão nas práticas de saúde, ela ainda não está completamente inserida nos serviços e na formação e/ou capacitação dos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, o profissional tem dificuldades em abordar a família, ou o faz de forma parcial, sem sistematização (RIBEIRO, 2004; LACERDA *et al*, 2006), reproduz o modelo médico hegemônico no domicílio, ou ainda, não assume a AD como parte das ações a serem desenvolvidas na Atenção Básica a Saúde.

Para alcançar maiores graus de resolubilidade, AD exige a reorganização dos processos de trabalho, o que vai desde a formação profissional para atuar no

território, no domicílio e com uma diversidade de famílias, enquanto unidades de cuidado e cuidadoras de seus membros, até a gestão compartilhada entre os diversos níveis de atenção à saúde, entre a família e outros setores sociais, de modo a garantir a efetividade das práticas de cuidado. Um dos maiores desafios está em alcançar a continuidade e integralidade do cuidado, com vistas à prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida de usuários, cuidadores e famílias.

2.4 Atenção Domiciliar e o Cuidado na Atenção Básica à Saúde

Atendendo à diretriz de territorialização e adscrição de clientela, a Atenção Domiciliar na Atenção Básica deve favorecer o desenvolvimento de ações comunitárias, de vigilância à saúde e de produção de vínculo junto aos usuários e famílias. Além disso, coloca em perspectiva a integralidade do cuidado e a garantia de acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde – sejam de promoção da saúde, prevenção de agravos ou de tratamento e reabilitação.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta como características do processo de trabalho das equipes que a compõe:

- Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2011b, pg. 41-43).

Ademais, a PNAB aponta como atribuição comum a todos os profissionais a realização do cuidado da saúde da população adscrita no domicílio e nos demais espaços comunitários, *quando necessário* (Brasil, 2011b, grifos da autora). Na definição das atribuições dos profissionais da Atenção Básica coloca-se em cena um conjunto não delimitado de possibilidades de cuidado da saúde no domicílio, ou seja, quando necessário.

Dentre as atribuições já previstas para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão a promoção da saúde, a prevenção de agravos e à vigilância à saúde (Brasil, 2011b) dos agravos mais prevalentes nos grupos mais vulneráveis do território, por meio de visitas domiciliares periódicas. Deste modo, aponta-se para a relevância da AD, intrínseca ao processo de trabalho desta categoria, no monitoramento da situação de saúde das pessoas e no desenvolvimento de ações programáticas. Tais atribuições devem estar articuladas com as intervenções dos outros profissionais de saúde, nos diversos contextos de produção de cuidado – ambulatorial, domiciliar ou comunitária.

Para além das ações realizadas pelos ACS no território, a Atenção Domiciliar é uma estratégia de operacionalização do cuidado nas fases do ciclo vital e na atenção a processos de adoecimentos crônicos ou agudos que envolve todos os profissionais das equipes de atenção básica.

Ao analisar os Cadernos de Atenção Básica – CAB (Brasil, 2006b; Brasil, 2008; Brasil, 2010; Brasil, 2012c; Brasil, 2013b; Brasil, 2013c, Brasil, 2013d; Brasil, 2014), diretrizes para o processo de trabalho com vistas a alcançar a atenção às necessidades de saúde de alguns grupos prioritários (gestantes, puérpera, crianças e idosos) e em alguns agravos (dengue, hanseníase, tuberculose, doenças respiratórias crônicas, doença mental), observa-se que todos eles elencam uma série de ações de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, a serem realizadas no domicílio (Quadro 01).

De modo geral, dentre as ações previstas para serem realizadas pelas equipes, estão: a busca ativa de casos novos (gestantes, sintomáticos respiratórios, dengue, etc.); a busca ativa de faltosos no serviço e de situações de abandono ao tratamento; realização de ações educativas de promoção da saúde e autocuidado (por fase do ciclo de vida e por agravo); identificação e monitoramento de situações de risco; avaliação do ambiente e da dinâmica das relações; avaliação e encaminhamento de contatos intradomiciliares de usuários com doenças infecto-contagiosas; fortalecimento de vínculo; identificação e orientação de cuidadores, família e rede de apoio social; avaliação da situação de saúde e assistência/atendimento domiciliar; desenvolvimento do autocuidado apoiado; e emissão de atestado de óbito pelo médico da equipe.

Quadro 01: Atenção Domiciliar por situação de saúde, conforme Cadernos de Atenção Básica à Saúde *

Situação de saúde	Ações Previstas para Atenção Domiciliar
Atenção ao pré-natal de baixo risco	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar as gestantes no território. – Realizar busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal. – Desenvolver educação em saúde para as gestantes e familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários. – Prover atenção à gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto. – Acompanhar o processo de aleitamento. – Orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar. – Realizar busca ativa das faltosas à consulta na primeira semana após o parto. – Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido na primeira semana após a alta do bebê. – Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido. – Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido. – Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las. – Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto. – Monitorar a realização de parto domiciliar por parteira tradicional (identificada, com vínculo solidário com a equipe, orientada sobre esterelização e outros cuidados). – Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
Saúde da criança	<ul style="list-style-type: none"> – Orientar todos sobre o cuidado à criança. – Ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, oportunizando, se possível, tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai. – Apoiar o aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. – Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família. – Observar as relações familiares. – Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde. – Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho). – Estimular o desenvolvimento da parentalidade. – Identificar sinais de depressão puerperal.

	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar sinais de perigo à saúde da criança. – Realizar ações educativas de como evitar e prevenir acidentes, violências ou à negligência às crianças.
Atenção à saúde da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar busca ativa de idosos. – Avaliar o ambiente onde o idoso vive - avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias. – Identificar a rede de apoio social. – Identificar idosos com histórico de quedas. – Orientar, acompanhar e realizar apoio domiciliar à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores. – Divulgar grupos com pessoas idosas. – Assistir idosos com dificuldades para deambular. – Atestar o óbito de idosos acompanhados pela equipe (a critério do profissional médico).
Doenças respiratórias crônicas	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicar medidas educativas no domicílio: controle/higiene do ambiente domiciliar afastamento de fatores de riscos e de promoção à saúde como atividades físicas, hábitos de vida saudável e cessação do tabagismo. – Monitorar a oxigenoterapia domiciliar para pacientes em estágio IV (muito grave) da DPOC. – Encaminhar para atenção hospitalar pacientes em exacerbação da DPOC. – Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
Saúde mental na Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar quem são os cuidadores da pessoa com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas para conhecer as ações de cuidado que estão sendo desenvolvidas. – Identificar pessoas, grupos e instituições que compõem a rede social da família, definindo metas para a sua ampliação, se for o caso. – Intervir na sobrecarga do cuidador. – Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
Doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolver o autocuidado apoiado: escolhendo problemas, estabelecendo prioridades, fixando metas, criando planos conjuntos de cuidado, checando o cumprimento de metas, identificando as dificuldades em cumpri-las e resolvendo os problemas de competência dos serviços de Saúde. – Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose,	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar a disposição inadequada de resíduos; – Identificar a poluição do ar (fumaça e poeira) e as variações na incidência de doenças.

<p>Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar ações educativas de prevenção e autocuidado. – Monitorar o tratamento. – Realizar busca ativa periódica e sistemática de casos. – Investigar e realizar exames dos contatos para detecção da (s) fonte(s) de infecção. – Encaminhar contatos intradomiciliares para avaliação na unidade de saúde e estimulá-los a realizar o auto-exame, mesmo depois da avaliação. – Realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento. – Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
<p>Controle dos cânceres do colo de útero e da mama</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar busca ativa de mulheres. – Identificar mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar. – Realizar a atenção em AD1 e encaminhar à Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) nos casos de AD2 e AD3. – Realizar atenção em cuidados paliativos. – Orientar sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso a eles. – Estimular a adesão ao tratamento de mulheres com resultados alterados e fazer busca ativa das faltosas. – Emitir o atestado de óbito.

*Fonte: Brasil, 2006b; Brasil, 2008; Brasil, 2010; Brasil, 2012c; Brasil, 2013b; Brasil, 2013c, Brasil, 2013d; Brasil, 2014.

Observa-se, portanto, que os Cadernos de Atenção Básica analisados incorporam o conceito ampliado de Atenção Domiciliar, colocando em pauta a necessidade de reorganização das práticas de saúde das equipes para o desenvolvimento de ações programáticas, de acordo com o perfil epidemiológico e com as necessidades de saúde da população adscrita. Neste sentido, deve-se incorporar no cotidiano das equipes o modelo de atenção Vigilância em Saúde, buscando intervir nas fases iniciais do desenvolvimento da doença e na promoção da saúde dos grupos mais vulneráveis.

Por outro lado, a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) e os Cadernos de Atenção Domiciliar não apresentam como componente de suas práticas as atribuições dos profissionais que compõem as equipes de Atenção Básica, mesmo aquelas já previstas na própria Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB) e nos Cadernos de Atenção Básica. Ao fazer isso, repete-se a desarticulação entre as políticas, programas e ações em saúde, gerando incorformidades e compreensões equivocadas sobre a responsabilidade clínica-sanitária das equipes de Atenção Básica, descaracterizando a proposta de integralidade do cuidado

Por sua vez, a definição de AD1 aponta que a mesma é destinada a usuários que apresentam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. Na PNAD e nos seus instrumentos orientadores, não há definição clara do que se considera como problemas de saúde “controlados” ou “compensados”, nem mesmo critérios de aferição e de classificação das “dificuldades de locomoção”. No entanto, certamente, há uma miríade de situações e de percepções sobre as situações vividas por possíveis candidatos à Atenção Domiciliar Tipo 1.

Ao definir como público alvo da AD1 os usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde, está eleita como barreira de acesso da população ao serviço o aspecto físico do indivíduo. Outras dificuldades não são consideradas dentro deste critério (acessibilidade), tais como: barreiras geográficas; características do processo de adoecimento (a depressão, por exemplo, pode levar a um isolamento social e agravamento do quadro depressivo e de outras comorbidades) ou da relação do usuário com a doença (a dificuldade de aceitar o diagnóstico e tratamento, nos casos de tuberculose e hanseníase, o que muitas vezes exige uma intervenção de um profissional de nível superior, seja pelo conhecimento técnico, seja pelo seu poder simbólico). Salienta-se, desta forma, a reprodução do modelo biomédico, no qual o objeto de trabalho é o indivíduo contendo uma patologia física agravada.

Além disso, no caso das doenças crônicas a manutenção do estado controlado e compensado do agravo, ainda que com a garantia de uma boa adesão ao tratamento, é extremamente dificultada pela longitudinalidade do processo de adoecimento, bem como pela própria dinâmica de vida do usuário que interfere nas suas condições de saúde.

Salienta-se ainda que, historicamente, os territórios onde a Atenção Básica está predominantemente implantada são áreas periféricas e vulnerabilizadas. Além disso, aponta-se para as dificuldades cotidianas vivenciadas nesses serviços, tais

como rotatividade dos profissionais e descontinuidade da distribuição de medicamentos. Neste caso, a população adscrita vivencia diversas situações que dificultam ainda mais o processo de autocuidado, como a baixa escolaridade, interrupção da assistência e a dificuldade de acesso a medicamentos e aos outros níveis de atenção e apoio diagnóstico.

Neste sentido, talvez, o caráter “controlado/compensado” do problema de saúde deva ser considerado antes como um objetivo a ser alcançado e perseguido continuamente em uma ação articulada dos profissionais de saúde, pacientes e cuidadores, do que um critério de definição da população a ser beneficiada pela AD1.

A Política de Atenção Domiciliar, portanto, faz um recorte das ações no domicílio no âmbito da Atenção Básica, bem como do conceito de Atenção Domiciliar. Ou seja, refere-se a atenção em saúde prestada a um seguimento da população que demanda Atendimento Domiciliar. Porém, há uma restrição do público beneficiado, na medida em que coloca como critério as limitações físicas.

Conjectura-se que este recorte seja utilizado como uma estratégia para diferenciar o conjunto de usuários a serem atendidos em cada nível de Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3), no intuito de organizar a demanda e estabelecer funções específicas para cada equipe. Neste sentido, entende-se a importância da complementaridade entre os níveis de Atenção Domiciliar, o que exige a qualificação dos profissionais e a organização das práticas assistenciais.

Aponta-se que, apesar de já estar prevista no cotidiano das práticas das equipes de Atenção Básica, a PNAD apresenta uma nova estruturação das ações e serviços de Atenção Domiciliar por níveis de complexidade das situações clínicas dos usuários. Esta nova formatação reforça e amplia as responsabilidades das equipes de Atenção Básica – na medida em que, além de atenção à saúde dos usuários eleitos para a AD1, deve apoiar as equipes de AD2 e AD3.

Por sua vez, os Cadernos de Atenção Domiciliar – Volumes 1 e 2 apresentam avanços na discriminação das ações que compõem os três níveis de AD, apresentando uma proposta de organização e articulação das práticas buscando a integralidade do cuidado no domicílio. Nos Cadernos identifica-se a ênfase nas

singularidades do processo de trabalho na AD, com orientações específicas para o alcance da integralidade das práticas em saúde.

Neste sentido, o monitoramento da implantação do componente Atenção Domiciliar Tipo 1 da Política Nacional de Atenção Domiciliar é viável e estratégico para identificar os desafios encontrados por gestores e profissionais de saúde, as experiências bem-sucedidas, bem como apontar limites nas práticas de cuidado dirigidas às pessoas em condições crônicas na AD1, de forma a contribuir para a qualificação da atenção à saúde e as possíveis transformações no modelo de atenção à saúde vigente.

Deste modo, o presente estudo pretende responder as seguintes questões:

- Quais práticas de Atenção Domiciliar são desenvolvidas por equipes de saúde no município de Camaçari-BA?
- Qual o grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 no município de Camaçari-BA, considerando o seu desempenho no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)?

3. OBJETIVO

Estimar o grau de implantação do componente Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) da Política Nacional de Atenção Domiciliar no município de Camaçari-BA.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar e descrever as práticas de Atenção Domiciliar Tipo 1 desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, no município de Camaçari-BA.
- Analisar o processo de trabalho no contexto da Atenção Domiciliar tendo em vista as relações de cuidado estabelecidas entre profissionais de saúde e pessoas com condições crônicas e seus familiares.
- Discutir os elementos facilitadores e restritivos ao desenvolvimento das práticas de AD1 no município estudado.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de trabalho humano aponta para duas ideias gerais e abstratas que o delimitam – energia e transformação –, conjugadas em um único processo. Neste sentido, algo que existia antes se transforma em outro algo, através de um processo no qual certa quantidade de energia foi aplicada. Estando, pois, vinculadas a um processo de transformação não espontânea, a anterioridade e a posterioridade permitem configurar o trabalho sob a forma de processo. Assim, o que existia antes, o que passou a existir depois e a energia consumida não podem ser tomados em si mesmos, mas como momentos do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Enquanto processo, o encadeamento dos momentos em busca do melhor alcance dos resultados tem gerado um grande volume de produção de conhecimento nas mais diversas áreas, tais como a sociologia, economia a administração, saúde coletiva, etc. Isto porque os fenômenos relacionados ao mundo do trabalho, a organização de seus momentos constitutivos e os modos de operar as transformações estão em constante mudança, gerando desafios diversos para os trabalhadores, famílias, instituições e Estado.

Assim, trabalho é definido como sendo a atividade coordenada intelectual-mecânica de consumo de energias conforme o fim buscado, contendo os seguintes elementos essenciais: a atividade orientada a um fim, ou o trabalho, seu objeto e seus meios (MARX, 1996; MENDES-GONÇALVES, 1992).

A antevisão, concretizada no objetivo a ser alcançado, que guia a ação é a finalidade. Segundo Mendes-Gonçalves (1988), essa possibilidade de separar no tempo e no sujeito a concepção e a execução é o que permite identificar o trabalho intelectual e o trabalho manual.

A delimitação do que seria um objeto a ser inserido no processo de trabalho, como ato intencional é influenciado por aspectos sociohistóricos e gera alterações no contexto e no próprio sujeito que antecipa um projeto sobre o objeto. As diversas possibilidades de projeto e de objeto, bem como a variabilidade da energia dispendida nesse processo tornam o trabalho humano bastante complexo, contendo potencialidades e contradições.

Associado ao conceito de finalidade está o de necessidade. Neste sentido, a capacidade de transformar a natureza para atender suas necessidades ou carecimentos – que não se limitam à dimensão biológica de sobrevivência – distingue o homem de outros animais. As necessidades incluem também os aspectos da realização do homem, da concretização das potencialidades do gênero humano na construção de sua humanidade (BARATA, 1999).

Considerando necessidade como desejo consciente, aspiração, intenção dirigida para certo objeto e que motiva a ação, Agnes Heller (1986) distingue as necessidades naturais, relativas à conservação e à perpetuação da vida (alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, relativas, portanto, à auto-conservação e à preservação da espécie) as quais, apesar de parecerem naturais, são produzidas em contextos sociais; das necessidades necessárias, radicais ou propriamente humanas (liberdade, a autonomia, a auto-realização, a auto-determinação, a atividade moral, a reflexão, entre outras); e as necessidades alienadas, próprias do capitalismo (tais como dinheiro, poder e posse de objetos), expressas como carecimento ou falta de algo, geralmente material, portanto inesgotáveis, gerando e reforçando insatisfações.

Por sua vez, o meio de trabalho “é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto”. Trata-se, portanto, de instrumentos que mediam a relação entre o trabalhador e o objeto de trabalho. “Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas para fazê-las atuar como meios de poder sobre outras coisas, conforme o seu objetivo” (MARX, 1996, pag. 298).

Os meios de trabalho são mediadores do grau de desenvolvimento da força de trabalho humana, mas também indicadores das condições sociais nas quais se trabalha. Ou seja, todas as condições objetivas exigidas para que o processo de trabalho se desenvolva podem ser compreendidas como meios de trabalho. Tais condições não entram diretamente no processo, mas sem elas pode haver deficiências ou incompletudes (MARX, 1996).

Usando o termo tecnologia como similar ao termo instrumento de trabalho para referir-se a coisas que servem para intermediar a ação humana sobre objetos, Mendes-Gonçalves (1988) utiliza o conceito de organização tecnológica para

expressar “o conjunto de organização técnica do processo de produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social” (p.26).

O autor denuncia a elevação ideológica da tecnologia, e da ciência que a produz, uma vez que traz consigo conceitos valorizados nas sociedades capitalistas, tais como eficiência, eficácia, produtividade e adequação. Assim, a tecnologia tem sido representada como força natural mais poderosa, no sentido de progresso, estranha (externa) ao homem. Entretanto, ainda segundo o autor, a tecnologia enquanto dimensão técnica está subordinada à reprodução social e através dela, devido às suas características qualitativas e quantitativas se reproduz um tipo macro-histórico de organização social.

Salienta-se ainda que um instrumento de trabalho só pode ser compreendido em determinado processo de produção onde suas características técnicas possam gerar produtos que atendam a necessidades específicas. Tais características expressam relações sociais de produção que organizam a sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1988).

As condições necessárias para a operacionalização do trabalho vão desde a existência de objetos, meios de trabalho e trabalhador capacitado (especializado em determinada tarefa) voltado para atingir determinado fim, até as condições ergonômicas, físicas do local onde esse processo acontece (luminosidade, ventilação, etc), e o modo de sistematização das ações entre os trabalhadores.

No fim do processo de trabalho obtém-se não apenas uma transformação da forma da matéria natural. O trabalhador realiza também seu objetivo, imaginado no princípio do processo, ao qual ele tem de subordinar sua vontade e que determina o modo de desenvolver a atividade. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, manifestada como atenção durante todo o tempo de trabalho (MARX, 1996).

Nesta perspectiva, o que distingue o processo de trabalho humano dos de outros animais não é a presença de energia, mas a sua forma de entrada e manutenção na ação, caracterizando a atividade humana do trabalho como vinculada a uma finalidade sempre presente – antes e durante o processo – a qual a vontade deve estar subordinada (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Qualquer processo de trabalho caracteriza-se pela existência desses momentos que o compõem (atividade orientada com dispêndio de energia agindo sobre um objeto através de meios adequados) e pelas seguintes particularidades: apresenta sempre uma finalidade, responde a necessidades e instaura a sociabilidade. Entretanto, no modo de produção capitalista vigente na nossa sociedade, o trabalhador vivencia a alienação do seu trabalho, diante da fragmentação do processo de trabalho e da estranheza do produto final. Além disso, o trabalho deixa de exercer a função de objetivação das potencialidades humanas, uma vez que o dinheiro é colocado na condição de produto ideal. Neste caso, o trabalho é reduzido a um meio para a obtenção de parte da riqueza, negando-se o sentido social da atividade produtiva e da estrutura de necessidades humanas (BARATA, 1999).

Ademais, o processo de trabalho contém a reprodução das relações entre os homens com as condições objetivas de trabalho, uma vez que há necessariamente uma distribuição prévia das condições do processo entre os homens, em relação aos objetos e aos instrumentos, e que se manifesta na apropriação desigual dos resultados. O processo de trabalho é realizado de um modo que depende dessas relações sociais de produção e distribuição. A isto chama-se modo de produção (MENDES-GONÇALVES, 1992).

4.1 O Processo de Trabalho em Saúde

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), não se pode falar em processo de trabalho em saúde de modo geral, uma vez que o mesmo contém especificidades, mas cabe referir-se às formas históricas de sua realização. Neste sentido, o conjunto de aspectos recortados da realidade para compor objetos das práticas de saúde não se constitui naturalmente em aspectos deste processo de trabalho. Seus objetos e as necessidades que satisfarão serão sempre social e historicamente determinados.

Assim, o autor propõe conceituar práticas de saúde como práticas técnicas e sociais “relativas à normatividade social e histórica, variavelmente objetivadas na realidade” (p.34), ou ainda, como “reiteração de um modo de inserção na divisão social do trabalho relacionada à reprodução de padrões histórica e socialmente

significativos de normatividade” (Mendes-Gonçalves, 1988, p. 34 e 35). Reitera-se, portanto, a crítica a uma suposta neutralidade e imparcialidade das práticas em saúde, de seus instrumentos e finalidades, baseado no discurso de cientificidade das mesmas.

Ao analisar as práticas de saúde, portanto, é preciso localizá-las histórica-espacialmente, de modo a compreender as possíveis influências sobre a constituição das necessidades de saúde e, conseqüentemente, das finalidades a serem alcançadas, as quais orientam o recorte de um objeto de trabalho e estabelece os instrumentos para o alcance do projeto.

Nas sociedades capitalistas, o trabalho em saúde desenvolveu-se como forma de controlar a doença (associada à incapacidade para o trabalho), recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, e como forma de ampliar os direitos e o consumo das classes subalternas. No primeiro caso, as experiências históricas com epidemias e o conhecimento matemático permitiram a previsão e a busca pela diminuição e estabilização de casos, tendo como instrumentos o saneamento ambiental e a educação em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Ademais, assiste-se ao surgimento de uma nova concepção instrumental – individualizante e biológica – da doença. Ou seja, a doença como entidade, explicada pelas religiões e filósofos, agora tem como sede o corpo biológico individual, relativamente abstrato, objeto de trabalho de um único profissional – o médico (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No que diz respeito ao conceito de doença, aponta-se que este é um recorte historicamente determinado para fenômenos historicamente diferentes. Numa sociedade capitalista, a normalidade do corpo anátomo-biológico está relacionado a um conjunto de capacidades adequadas ao seu emprego como força-de-trabalho qualquer. Se o conceito morfo-funcional, biologizante, e individual de normalidade organiza a elaboração de finalidades para as práticas de saúde, ele é traduzido no interior do processo de trabalho no conceito de doença. Este conceito faz com que a normatividade social, reduzida à normalidade morfo-funcional recorte um objeto de trabalho. Por outro lado, o conceito de doença é o instrumento de trabalho para o diagnóstico, utilizado para produzir o objeto de trabalho, contendo implicitamente o projeto de sua transformação desse processo em produto (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Atualmente, a doença – a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação – continua sendo objeto de trabalho dos profissionais de saúde, porém a produção de conhecimentos relativos aos seus fatores determinantes e condicionantes, e as influências política-ideológicas presente nos diversos conceitos de saúde adotados por Estados, instituições e indivíduos, coloca em pauta e reconhece novas necessidades e problemas no campo da saúde.

Apesar do conceito de saúde ultrapassar a perspectiva de ausência de doenças, conforme apresentado pela OMS como o completo bem-estar físico, mental e social, o termo saúde designa um conceito muito mais rico e complexo, do qual Almeida-Filho e Paim (2014) apontam para as seguintes dimensões e facetas:

- A questão conceitual da saúde como problema filosófico, mais especificamente epistemológico;
- A saúde como fenômeno natural (atributo, função orgânica, estado, condição, processo) definida negativamente como ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades, ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades, demandas;
- A saúde como medida, no sentido de avaliação do estado de saúde da população;
- A saúde como valor social e político das sociedades modernas, que expõe as iniquidades sociais, bem como *valor de uso*, a partir do qual a vida faz sentido, e a crítica a seu *valor de troca*, uma vez que é um mediador das interações sociais, consumido e desgastado nos processos de produção e consumo.

A ênfase dada ao conceito ampliado de saúde deve influenciar as práticas na medida em que outras finalidades, para além do tratamento e cura de doenças, são assumidas como pertencentes ao fazer dos profissionais e sistemas/serviços de saúde. Trata-se, portanto, do contínuo reconhecimento do que constitui necessidade de saúde e sua complexidade.

Por outro lado, a inclusão da saúde como direito humano necessário ao exercício da cidadania, garantido via políticas sociais, atinge uma diversidade de sujeitos a serem beneficiados pelos atos de produção da saúde e controle de

doenças. Isto impõe conhecer os diversos contextos, condições e modos de vida, bem como as necessidades de saúde que neles são gerados.

Cecílio (2001) aponta que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas em quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito às boas condições de vida, na qual estão incluídos desde os fatores ambientais de determinação dos processos saúde-doença até os aspectos referentes à inserção social dos indivíduos em determinado contexto. O segundo conjunto diz respeito ao acesso de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, em cada processo saúde-doença singular. Outra necessidade de saúde está na construção de vínculos (a)efetivos entre sujeitos (usuários e equipe/profissionais), numa relação de confiança contínua no tempo. Por fim, aponta-se também o conjunto de necessidades de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, o que inclui a informação e a educação em saúde, mas também a possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida.

Desse modo, embora muitas necessidades de saúde possam ser satisfeitas enquanto necessidades de serviços de saúde (atendidas via consumo de serviços e procedimentos), há um conjunto de condições necessárias para o gozo da saúde que exige a ação intersetorial, como segurança, alimentação, cultura e educação (Paim e Almeida-Filho, 2014). Isto amplia o escopo de ações em saúde – para além daquelas produzidas a partir de um conhecimento técnico sobre os processos de saúde-doença-cuidado e diretamente ligados à prestação de serviços assistenciais – , bem como dos meios para atender as necessidades de saúde de uma determinada população.

Assim, considerando que as práticas de saúde se constituem como processos de trabalho para dar conta de necessidades de saúde, os trabalhadores apropriam-se de meios de trabalho e tecnologias (conhecimentos, equipamentos, insumos), os quais podem instaurar novas necessidades (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

A tecnologia (instrumentos de trabalho) em saúde só pode ser compreendida “enquanto contrapartida estrutural dos momentos internos” (Mendes-Gonçalves, 1988, p.29) ao processo de trabalho em saúde. Segundo o autor, a sua utilização não pode estar baseada num pressuposto grau de eficiência, mas nas relações técnicas entre os agentes de trabalho e seus objetos. Neste sentido, a sociabilidade

intrínseca ao trabalho em saúde, e o intercâmbio de subjetividades entre os sujeitos, deverá estabelecer a força e a forma dos instrumentos de trabalho.

Em termos históricos, até meados do século XIX, as práticas de saúde apresentavam uma organização tecnológica baseada inicialmente no plano coletivo, recortando este como seu objeto de trabalho, como nos movimentos de práticas da Medicina de Estado e Medicina Urbana, da Medicina Social, do Sanitarismo e Higienismo. Progressivamente, o modelo clínico-patológico destaca-se no contexto capitalista, contemporâneo das grandes aquisições instrumentais que configuram a medicina tecnológica, forçando a organização da prática em torno de equipamentos, no hospital (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Segundo o autor, este processo de desenvolvimento de tecnologias (instrumentos) de saúde reflete o conjunto de determinações presentes em uma sociedade, em certo momento histórico, tais como:

- As características de produção dos instrumentos por determinado setor (articulações política-econômicas, formas de comercialização, instituições nas quais se realizam as práticas em saúde, as quais determinam a qualidade e a quantidade dos instrumentos a incorporar, e a força-de-trabalho empregada, etc.);
- As características das formas de organização tecnológica das instituições produtoras de serviços de saúde (grau de privatização, qualidade e quantidade dos recursos humanos, formas de controle e utilização dos instrumentos no trabalho);
- Característica dos agentes sociais do trabalho (posições sociais referentes a renda, poder, status e polarização política).

O reconhecimento de quem são os sujeitos (consumidores e produtores de saúde), quais necessidades podem ser satisfeitas e quais os meios serão priorizados constituem-se dentro de um campo de disputa ideológica e de poder que organizam práticas, serviços, programas e políticas de saúde configuradas a partir de certos modelos de atenção à saúde, conforme representadas na tabela abaixo.

Quadro 02: Processo de Trabalho em Saúde nos Modelos de
Atenção à Saúde no Brasil

Modelos	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Médico-Assistencial	Medico	Doença e doentes	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de Saúde Hospital
Sanitarista	Sanitarista - Auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco das diversas doenças	Tecnologia Sanitária (educação em saúde, controle de vetores, imunização, etc)	Campanhas Sanitárias Programas especiais Sistemas de Vigilância (epidemiológica, sanitária e ambiental)
Vigilância da Saúde	Equipe de Saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais - Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) - Operações sobre problemas e grupos populacionais
Em Defesa da Vida (Clínica Ampliada)	Equipes de Referência Indivíduo/Família	Processo saúde-doença Modos/estilo de vida	Acolhimento Vínculo Responsabilização clínica e sanitária Apoio Matricial Projeto Terapêutico Singular Projeto de Intervenção na Comunidade	Encontro profissional-usuário (consultório, domicílio, recepção da unidade, reunião de equipe, etc.)

Fontes: Teixeira *et al* (1998, citado por Paim, 2003), Coelho (2008) e Teixeira e Vilasbôas (2014)

Entretanto, o processo de trabalho em saúde não se objetiva, via de regra, em um produto destacado, no tempo e no espaço. Assim como na educação, seus

resultados se incorporam no próprio vir a ser do homem individual, ou no vir a ser das condições objetivas de reprodução de suas relações sociais (Mendes-Gonçalves, 1992). Por conta disso, a avaliação dos resultados desse processo de trabalho torna-se cada vez mais complexa, não colocando em cena as ideologias que influenciam esta prática e as reproduções sociais estabelecidas a partir dela.

Vale salientar que o processo de trabalho em saúde contém o mesmo tipo de dinâmica geral característica da reprodução social. A divisão social do trabalho, por exemplo, a partir do surgimento de outras categorias profissionais, garante ao médico o controle intelectual do processo de trabalho, e a reprodução das relações sociais devido à apropriação diferenciada da técnica entre seus agentes (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A divisão do trabalho em saúde é processual e complexa, refletindo o desenvolvimento científico tecnológico, a dinâmica social das práticas de saúde, a divisão técnica e pormenorizada de trabalhos, e a desigual valoração social destes. Na divisão do trabalho, as diferentes autoridades técnicas transmutam-se em trabalhos diversos e desiguais, sendo os próprios profissionais reconhecidos como sujeitos desiguais (PEDUZZI, 2002).

4.2 O Processo de Trabalho em Saúde na Atenção Domiciliar Tipo 1

A Atenção Domiciliar Tipo 1 é apontada como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de internação, fortalecimento da humanização da atenção, intensificação da desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011).

A ampliação das práticas de saúde para o espaço do domicílio tem por finalidade garantir, principalmente, a acessibilidade, a continuidade e integralidade do cuidado aos usuários. Parte-se do pressuposto de que a Atenção Domiciliar Tipo 1 deve gerar impactos na taxa de mortalidade prematura (em indivíduos com menos de 69 anos) e na taxa de internação por doenças sensíveis à Atenção Primária, promovendo o controle de doenças e agravos, bem como maiores graus de autonomia dos indivíduos e famílias.

Neste contexto, ao analisar os Cadernos de Atenção Domiciliar foram identificados como objetos de trabalho na AD1 as necessidades de saúde dos usuários, famílias e cuidadores. Também foram identificados momentos constituintes do processo de trabalho na AD1, com organização tecnológica específica para atender às seguintes finalidades: Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos, Tratamento e Reabilitação; Integralidade da Atenção à Família e Cuidadores; Corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos. Por fim, aponta-se também para o planejamento e gestão da Atenção Domiciliar como componente estruturante deste processo de trabalho.

I. Atenção ao usuário

Os indivíduos são foco de intervenção em saúde em todos os modelos de atenção vigentes no Brasil, uma vez que são sede das manifestações dos processos saúde-doença. Seja como unidades singulares, seja como sujeito coletivo (compondo e representando um conjunto de classe, gênero, fase do ciclo vital, raça/etnia, outros grupos), os indivíduos constituem-se como objeto de trabalho dos profissionais de saúde e como elementos centrais desse processo, corresponsáveis pelo seu êxito e insucesso. Neste sentido, constituem-se como finalidades da atenção ao usuário na AD1: a promoção da saúde; a prevenção de agravos; o tratamento e reabilitação e a corresponsabilidade do plano de cuidados:

- Promoção da saúde:

Existem dois grandes grupos de conceituação da promoção da saúde. O primeiro focaliza os comportamentos individuais – nos seus estilos de vida, localizando-os no âmbito nos contextos familiares e comunitários – concentrando as atividades nos componentes educativos. A crítica ao reducionismo destas abordagens aponta para o peso dos padrões culturais coletivos, das políticas e da mídia sobre os comportamentos individuais (FILHO, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014).

Os autores apontam, em relação ao segundo grupo de conceituações, que o reconhecimento da amplitude de fatores relacionados à qualidade de vida e saúde – para além de um estilo de vida responsável, inclui as oportunidades de educação, um padrão adequado de habitação, saneamento, nutrição e alimentação, o apoio

social, e um espectro adequado de cuidados em saúde – implica na intersectorialidade das ações e políticas públicas.

Em outras palavras, promover saúde coincide com enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, isto é, as “*causas das causas*” das iniquidades sócio-sanitárias (FILHO, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014, p.306).

Entretanto, a prática da promoção da saúde tem ficado restrita ao âmbito da saúde, com intervenções limitadas diante das dificuldades enfrentadas pelo profissionais para garantir o envolvimento de outros atores/setores, ou mesmo devido às limitações das finalidades e técnicas utilizadas dentro dos modelos assistenciais hegemônicos no país.

- Prevenir agravos, tratar e reabilitar:

No campo da saúde, o conceito de prevenção (providência precoce, precaução), como utilizado atualmente, significa desenvolver ações para evitar a ocorrência de doenças, sua progressão, limitações e sequelas, incluindo a reabilitação destas últimas (SILVA, TEIXEIRA, COSTA, 2014, p. 391)

O conhecimento do ciclo de transmissão das doenças infecciosas e a ampliação a partir do desenvolvimento do modelo de História Natural da Doença, por Leavell e Clark, apontando a existência de um período pré-patogênese, permitiram o desenvolvimento de três níveis de aplicação de medidas preventivas, propostas pelos autores:

- A prevenção primária se destina a proteger ou manter a saúde das populações, de modo a impedir que os indivíduos sofram ação dos agentes patogênicos. Trata-se, portanto, da promoção da saúde, por meio de medidas intersectoriais e de proteção específica (imunização, saúde ocupacional, higiene, controle de vetores, proteção contra acidentes).
- A prevenção secundária é realizada por meio do diagnóstico precoce, tratamento para evitar a progressão da doença, pronto atendimento e redução de sequelas, danos e óbitos.

- A prevenção terciária ocorre a partir de intervenções de reabilitação de sequelas e a recuperação de capacidades física e mental, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e famílias (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003; SILVA, TEIXEIRA E COSTA, 2014).

Mais recentemente, outro de nível de prevenção, a quaternária, tem sido apontada como necessária para atuação clínica. Jamouille e Gusso (2012, p. 208) a definem como ‘ação feita para identificar um paciente ou uma população em risco de supermedicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis’. Baseado no princípio ético de não causar dano, a prevenção quaternária exige o questionamento contínuo sobre os limites do trabalho clínico. Os autores apontam a importância da relação profissional-cliente para conter ansiedade, medos e dúvidas recorrentes em um contexto de mercantilização da doença e da prevenção.

As condições crônicas, por suas características, requerem estratégias para integração do cuidado, na medida em que exigem monitoramento contínuo da condição de saúde e adesão ao tratamento ao longo do tempo, mudanças permanentes no estilo de vida, atenção às comorbidades e diversos graus de agravos (biomédicos e psicossociais) provenientes do processo saúde-doença-cuidado. Portanto, as condições crônicas de adoecimento exigem a atuação profissional nos quatro níveis de prevenção em direção à qualidade de vida dos usuários.

No presente estudo, serão utilizados os seguintes conceitos:

- Promoção da Saúde, para referir-se aos aspectos de prevenção primária que tem como finalidade a manutenção da saúde e qualidade de vida. Tem como foco a saúde.
- Prevenção de agravos, referente à proposta de ações de proteção específicas de prevenção primária, agregados ao diagnóstico precoce e monitoramento da adesão ao tratamento para evitar agravos.
- Tratamento e Reabilitação, para as ações de prevenção secundária referente ao acesso ao atendimento clínico, bem como de prevenção terciária e quaternária.

- Correponsabilidade do plano de cuidados:

O envolvimento ativo dos sujeitos no seu processo de saúde-doença-cuidado, proposta bastante defendida pelo modelo Em Defesa da Vida (ou Clínica Ampliada), aponta para a valorização da subjetividade presente na relação estabelecida entre usuário-adoecimento-autocuidado e entre profissionais-usuários.

Observa-se, no cotidiano dos serviços de saúde, a potência e resolutividade de ações que incluem o olhar sobre o modo como as pessoas vivenciam a doença, as relações sociais e familiares que aí se estabelecem, bem como o significado atribuído pelos indivíduos ao serviço e tratamento que lhe é ofertado. Mesmo que a saúde e a doença sejam influenciadas pelos aspectos culturais e socioeconômicos, estes se manifestam em sujeitos concretos. Neste sentido, “reconhecer a subjetividade no processo saúde-doença significa reconhecer que o limiar entre a saúde e a doença é sempre singular” (FIGUEIREDO E FURLAN, 2008, p.162).

Nesta perspectiva, os autores destacam que o bem-estar biopsicossocial dependeria das condições sócio-históricas, da inserção do sujeito no espaço social, das redes de apoio que ele pode acionar, mas também do próprio sujeito corresponsável por sua constituição e a do mundo que o cerca. Assim, a coprodução de autonomia deve ser uma finalidade das práticas em saúde, sendo responsabilidade dos profissionais a constituição de novos padrões de relação com os sujeitos e coletivos.

II. Atenção à família/cuidadores/domicílio

Considerada como centro das funções de cuidado aos seus membros, a família representa a unidade básica e o primeiro nível de atenção à saúde. Uma vez que grande parte do cuidado acontece no domicílio, a vida cotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família (SERAPIONI, 2005).

Por outro lado, as transformações atuais na organização familiar podem gerar impactos nos processos de saúde-doença, bem como na provisão do cuidado à saúde de membros da família. Em relação ao primeiro, destaca-se o aumento da longevidade e dos modos de vida urbano e seus impactos nas taxas de adoecimento crônico. Ademais, a redução das famílias, com a diminuição da taxa de fecundidade

e o aumento de pessoas morando sozinhas, diminui o número de potenciais cuidadores e de contextos mais propícios aos cuidados dispensados no domicílio, o que gera demandas para os serviços de saúde.

Deste modo, pelo contexto no qual se dá o processo de trabalho na Atenção Domiciliar Tipo 1, estão incluídos como objetos de trabalho o próprio domicílio e os outros indivíduos coabitantes deste espaço, seja para restabelecer os níveis de saúde, e evitar agravos à saúde de sujeitos adoecidos com restrição de acesso aos serviços (modelo médico-assistencial), intervir sobre fatores de risco de modo a evitar outros processos de saúde-doença nos grupos de maior vulnerabilidade (modelo sanitarista) e sobre os modos e condições de vida da unidade familiar e dos seus membros (Vigilância em Saúde), ou mesmo para estabelecer a corresponsabilidade sobre a saúde e o cuidado entre usuários e equipes de referência (Em Defesa da Vida).

- Integralidade da Atenção às famílias e cuidadores:

Mesmo com as mudanças recentes, ainda se considera que seja na e pela família que os cuidados essenciais à saúde são produzidos. Estes vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade de seus membros, passam pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dietas e atividades preventivas). Essa complementaridade se dá através de ações concretas no cotidiano das famílias, o que permite o reconhecimento das doenças, a busca “em tempo” de atendimento médico, o incentivo ao autocuidado e o apoio emocional (GUTIERREZ e MINAYO, 2010).

As transformações e a diversidade dos modos de organização da família apontam, ao longo da história e das culturas, que esta não é uma instituição estática, ao contrário, é complexa, dinâmica e plural, exigindo abordagens baseadas na integralidade do cuidado. Isto quer dizer que tais intervenções precisam considerar o dever dos membros da família em prover o cuidado necessário para os mais vulneráveis e dependentes (crianças, idosos, deficientes físicos/intelectuais, pessoas com transtorno mental, etc), além de identificar na unidade familiar um sistema que se organiza numa dinâmica complexa (de distribuição de poder,

papéis/funções sociais, regras de convivência, relações afetivas, dentre outros) que impacta na saúde de seus membros.

Portanto, as ações em saúde com foco na família exigem a apropriação de algumas ferramentas específicas pelos profissionais de saúde, tais como o genograma, ecomapa e ciclo vital, para conhecer e analisar a família, identificando fatores de risco e de proteção para a saúde.

Dentre as atribuições da equipe de saúde no domicílio, estão previstas nos Cadernos de Atenção Domiciliar: fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere; avaliar a condição e infraestrutura física do domicílio; trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico; apoiar a família nos cuidados paliativos e óbito, dentre outros (BRASIL, 2012a).

No contexto domiciliar, um personagem exige especial atenção. O cuidador é entendido como a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Geralmente, essa responsabilidade é assumida por um familiar, gerando um acúmulo de suas funções. Além disso, o cuidado é comumente exercido pelos cônjuges e pelos filhos, particularmente pelas mulheres (BRASIL, 2012a).

Uma das funções do cuidador é ser elo entre o usuário, a família e a equipe de saúde, sendo responsável pelo cuidado pessoal do sujeito adoecido, pela administração de medicamentos e comunicação à equipe em caso de intercorrência, dentre outros. Entretanto, em diversos momentos, a sobrecarga emocional pode conduzir à depressão, isolamento, sentimentos de anulação pessoal, incompetência pelo desempenho do papel de cuidador e ausência de reconhecimento do seu desempenho funcional. Associada à sobrecarga física, é comum o desenvolvimento de doenças agudas e crônicas. Conseqüentemente, o cuidador também precisará ser alvo de cuidado pelas equipes de saúde. Neste caso, o compartilhar do cuidado com outros membros da família, com possíveis rodízios de cuidadores principais, deve ser recomendado (BRASIL, 2012a).

- Corresponsabilidade entre famílias e equipes/profissionais:

Seguindo a proposta de co-produção de autonomia dos usuários, em diversas situações, especialmente nos casos onde os usuários não podem prover o autocuidado, a família também precisa ser corresponsabilizada pela continuidade do tratamento e pela promoção da qualidade de vida do membro dependente. Acontece que nem sempre os familiares estão dispostos ou sentem-se preparados para assumir esta função.

Deste modo, são critérios de elegibilidade dos usuários nos serviços de Atenção Domiciliar Tipo I o consentimento da família e a existência de cuidador no domicílio, os quais devem ser orientados, treinados e supervisionados no desenvolvimento das ações de cuidado (BRASIL, 2012b).

As responsabilidades devem ser pactuadas e recomenda-se reunião prévia da equipe com todos os membros da família envolvidos na assistência domiciliar para planejamento conjunto das ações a serem desenvolvidas no domicílio. Portanto, a família deve ser partícipe de reuniões periódicas para avaliações e replanejamentos, enquanto durar a assistência domiciliar (BRASIL, 2012a).

III. Planejamento e Gestão da Atenção Domiciliar

Dentro de ciclo da política, a fase de implementação, na qual as propostas se materializam em ação institucionalizada através da atuação de determinados operadores, tem sido considerada um momento crucial sobre o qual incidem os efeitos da organização do processo de trabalho e a distribuição do poder no setor público. Neste sentido, há o envolvimento de sistemas ou atividades da administração pública – sistemas gerencial, de informação, logístico e operacional (recursos materiais, financeiros), bem como de diversos agentes, com interesses múltiplos (PINTO, VIEIRA-DA-SILVA e BAPTISTA, 2014).

As autoras destacam que um conjunto de aspectos deve ser considerado neste processo, tais como: condições técnicas (que inclui competência da equipe), grau de autonomia, redes de comunicação, forma de execução da atividade (clareza das metas, objetivos, diretrizes, responsabilidades dos implementadores), condições políticas, econômicas e sociais, e sistemas de controle.

No âmbito da Atenção Básica em Saúde, convivem e se sobrepõe uma série de políticas e programas em saúde, voltados para diversos grupos populacionais (por faixa etária, gênero, ou condição de saúde), em fases distintas de implantação e implementação, muitas vezes com tecnologias e sistemas de avaliação/monitoramento distintos, tornando a operacionalização do cuidado extremamente complexa e fragmentada. Deste modo, para organizar as ações de saúde e articular os diversos objetos e instrumentos de trabalho – para alcançar as finalidades previstas nas políticas e programas – as equipes de saúde precisam desenvolver atividades de gestão do próprio processo de trabalho. Este processo precisa ser articulado e apoiado pelas equipes gestoras, nos seus diversos níveis.

Além do conhecimento técnico para as ações assistenciais no domicílio, os profissionais precisam desenvolver as competências para o trabalho em equipe multiprofissional, intersetorial e comunitária. Para isto, aponta-se para a importância das reuniões de equipe, discussões de casos para construção de plano de cuidados, definição de responsabilidades, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, organização e registros das informações dos usuários e famílias, pactuação de fluxos assistenciais, dentre outros (Brasil, 2012a). Do contrário, corre-se o risco de ampliar a desassistência, a fragmentação e descontinuidade dos atos de cuidado.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para atender aos objetivos do presente trabalho, foi realizada uma pesquisa avaliativa do grau de implantação do componente Atenção Domiciliar Tipo 1, da Política de Atenção Domiciliar, em contexto municipal, de cunho qualitativo, orientada para a análise do processo de trabalho em saúde, através de estudo de caso único com único nível de análise.

A análise de implantação volta-se para o estudo das relações entre uma intervenção e seu contexto durante a sua implementação, com o objetivo de delimitar os fatores que facilitam ou comprometem esse processo. É pertinente efetuar uma análise de implantação quando os efeitos da introdução de uma intervenção são não-nulos e pouco robustos, ou seja, sensíveis às variações

contextuais; ou quando uma intervenção nova é implementada e busca-se identificar melhor a dinâmica de implantação e identificar os fatores explicativos críticos (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

A Atenção Domiciliar, por sua vez, está presente no rol de atividades previstas para a Atenção Básica à Saúde, com uma diversidade de objetivos. Os efeitos de sua implantação, entretanto, confundem-se e estão articulados com os de outras ações assistenciais realizadas pelas equipes. Ao delimitar um campo de intervenção e articular diferentes níveis de Atenção Domiciliar, a Política Nacional propõe uma estruturação das práticas, contextos e equipes com vistas a gerar outros impactos no processo saúde-doença-cuidado.

Champagne *et al.* (2011) identificam três tipos de análise de implantação. O primeiro, dividido em 1a e 1b, visa compreender as variações na forma da intervenção. O **Tipo 1a** (Análise da transformação da intervenção) visa explicar o modo como a intervenção se adapta a seu contexto ao longo do tempo. O **Tipo 1b** (Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção) visa explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada. Por sua vez, as análises do **Tipo 2** (Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados) e do **Tipo 3** (Análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados) visam explicar os efeitos observados após a introdução de uma intervenção.

Considerando que, para 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 1a, de modo a compreender as diferenças entre a proposta de Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) apresentada na Política Nacional de Atenção Domiciliar e nos Cadernos de Atenção Domiciliar – volumes 1 e 2, e as práticas implementadas em um contexto municipal.

A aferição do grau de implantação de uma intervenção envolve quatro etapas (Leithwood & Montgomery, 1980, adaptado por Denis e Champagne, 1997; e Champagne *et al*, 2011):

1. Especificar, a priori, os componentes da intervenção;

2. Identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção;
3. Descrever as práticas habituais nas áreas envolvidas teoricamente pela intervenção;
4. Analisar e discutir as dificuldades na implementação.

As duas primeiras etapas consistem em uma análise documental que tomou por objeto a Política Nacional de Atenção Domiciliar e os Cadernos de Atenção Domiciliar – volumes 1 e 2. Portanto, a análise desses documentos visou identificar os componentes da intervenção e as práticas requeridas para sua implantação; mas também orientou a construção dos instrumentos de coleta de dados da etapa 3 e a análise realizada na etapa 4. Esse instrumento de pesquisa e a análise de seus resultados serão detalhados mais adiante, em itens específicos.

Salienta-se ainda que, para estudo da análise de implantação, são indicados três tipos de estratégias de pesquisa: o estudo comparativo, a experimentação e o estudo de caso. O primeiro é recomendado quando há um grande número de unidades de análise para os quais é possível obter dados estruturados. Já a experimentação permite ao pesquisador testar os efeitos de uma variável sobre as outras, seja manipulando-as, seja utilizando variações naturais conforme a mesma lógica de manipulação (DENIS e CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE *et al*, 2011).

O estudo de caso, por sua vez, estratégia utilizada no presente trabalho, é particularmente apropriado quando a análise do contexto é centrada nas dinâmicas de interação entre os atores definidos pela implantação, ou quando se quer efetuar uma análise processual da implantação (Champagne *et al*, 2011). Considerando que será desenvolvida a análise do grau de implementação da Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), a partir da análise do processo de trabalho em saúde, será adotado o estudo de caso único, com um único nível de análise. De acordo com Champagne *et al* (2011), esse desenho de estudo permite observar a situação de maneira mais aprofundada e ajuda a descrever e explicar, de modo global, a dinâmica de funcionamento de programas.

5.1 Local da pesquisa

Para seleção do município, foi realizada consulta à base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB foi instituído em julho de 2011 com o objetivo de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados (BRASIL, 2012d). A certificação do desempenho das equipes permite a comparabilidade entre municípios e o monitoramento das ações desenvolvidas na Atenção Básica, incluindo condições crônicas mais prevalentes na população e a assistência domiciliar.

O Programa está organizado em quatro fases, a saber: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa; e Recontratualização. O monitoramento dos indicadores e a verificação de um conjunto de padrões de qualidade ocorrem na terceira fase – Avaliação Externa. Nesta, as equipes de atenção básica, no que diz respeito ao processo de trabalho e assistência à saúde, podem ser classificadas em quatro categorias: I – Desempenho insatisfatório; II – Desempenho regular; III – Desempenho bom; IV – Desempenho ótimo (BRASIL, 2012d).

Até o momento, foram concluídos dois ciclos do PMAQ, sendo o primeiro realizado no período de 2011/2012 e o segundo entre anos de 2013-2014. Este último não estava finalizado no período de seleção dos municípios para o presente estudo. Assim, foram utilizadas as informações da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB, referente aos municípios baianos, com autorização do Comitê Gestor da Avaliação Externa do PMAQ-AB na Bahia, com sede no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Além disso, foram estabelecidos critérios de desempenho dos municípios em relação à Atenção Básica a Saúde a partir de análises dos dados disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde (Brasil, 2015). Para melhor classificação dos municípios, foram definidos pesos para cada um dos critérios estabelecidos, buscando considerar a relevância dos mesmos para o impacto na saúde coletiva.

Deste modo, a seleção seguiu as seguintes etapas:

Etapa 1: Identificação de municípios baianos com mais de 100 mil habitantes.

Etapa 2: Seleção dos municípios com mais de 50% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (peso 2). Os municípios foram classificados de acordo com a porcentagem de cobertura da ESF (APÊNDICES A e B).

Etapa 3: Análise de indicadores sensíveis à Atenção Primária (peso 2), a saber: Coeficiente de Mortalidade Infantil; Proporção de Vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com Coberturas Vacinais Alcançadas; Porcentagem de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; Coeficiente de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Os municípios foram classificados e foram pontuados de acordo os resultados apresentados para cada indicador (APÊNDICES A e B).

Etapa 4: Análise do banco de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), referente ao Estado da Bahia, de modo a caracterizar o desempenho dos municípios quanto à Atenção Domiciliar. Foram analisados dados coletados no “Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde”, do PMAQ-AB, especificamente as variáveis relativas a Atenção Domiciliar. Os municípios foram classificados e pontuados de acordo os resultados apresentados para cada variável de interesse. (APÊNDICES A e B).

Etapa 5: Entrevista com apoiadores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), que fazem o monitoramento dos municípios com melhores desempenhos de acordo com os critérios e pontuação estabelecidos neste estudo, a saber: Camaçari, Paulo Afonso, Porto Seguro e Lauro de Freitas.

Neste caso, os municípios foram avaliados nos seguintes aspectos: priorização de contratação de servidores com vínculos empregatícios estáveis (estatutário) pela gestão municipal; permanência do grupo gestor após a aplicação do PMAQ-AB, em 2012 uma vez que coincidiu com período de eleições municipais; investimento da gestão em qualificação profissional; existência de apoio institucional dentro do município; facilidade de acesso para realização da pesquisa.

Deste modo, após análise das informações do DATASUS (2013), do PMAQ-AB/BA, e do monitoramento realizado pelo Apoio Institucional da SESAB, o município de Camaçari foi selecionado como local da pesquisa. Dentre os 10 municípios baianos com mais de 100 mil habitantes e com mais de 50% de cobertura da ESF, Camaçari possui 55,45% de cobertura da ESF, 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 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 Básica (20,5 por 100mil/hab), entre 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/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio, e a realização de atendimento domiciliar. Ademais, o município possui equipe de Apoio Institucional e apresenta no quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde 74,7% de servidores estatutários.

O município de Camaçari, localizado no litoral norte do Estado da Bahia, pertence à região metropolitana de Salvador, ambos pertencentes à Macrorregião Leste do estado. Camaçari constitui-se como sede microrregional para os municípios de Candeias, Conde, Dias D'Ávila, Mata de São João e Pojuca.

O município, que está a 45km de distância da capital do Estado, apresenta uma extensão territorial de 759,80 Km², com população estimada em 242.984 habitantes e densidade demográfica de 308,7hab/ Km². No período de 1991 a 2013, a população residente de Camaçari tem apresentado tendência ao crescimento, com uma média de 4% de incremento populacional ao ano. Considerando a previsão de aumento, aproximadamente, para 300 mil habitantes no município em 2017, o que

representa impacto significativo de demanda para os serviços de saúde, tem-se o desafio de planejar a ampliação da oferta e organização da rede de serviços (CAMAÇARI, 2014).

A Secretaria Municipal de Saúde apresenta em sua estrutura, além do órgão colegiado (Conselho Municipal de Saúde), os seguintes órgãos da administração direta: Departamento de Atenção Básica, Departamento de Vigilância da Saúde, Departamento de Média e Alta Complexidade e Atenção Hospitalar, Departamento de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação do SUS, Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação do SUS, e o Departamento Administrativo-Financeiro (CAMAÇARI, 2014).

Diante da extensão territorial, Camaçari está subdividida em três áreas administrativas, a saber:

- Distrito Sede: comporta 70% da população residente no município.
- Distrito de Monte Gordo: com 11% da população total.
- Distrito de Abrantes: apresentando 19% dos habitantes.

O município também apresenta a divisão territorial em Regiões de Saúde, dentre as quais 04 estão no Distrito Sede, 01 no Distrito de Monte Gordo e 01 no Distrito de Abrantes. Cada região de saúde conta com uma apoiadora institucional, vinculada ao Departamento de Atenção Básica.

Segundo Maerschner *et al* (2014), o apoio institucional tem como função a inserção no contexto do trabalho das equipes, auxiliando na análise da gestão e da organização do seu processo de trabalho, na construção de espaços coletivos para além das equipes, proporcionando transformações que estejam dentro da governabilidade do grupo, identificando possibilidade de articulação com outros atores da área da saúde e diferentes setores.

Segundo dados disponibilizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS), apontados no Relatório Anual de Gestão (Camaçari, 2013), o município possui uma rede assistencial pública composta por 53 Unidades de saúde, assim distribuídas:

Rede Básica:

- 30 Unidades de Saúde da Família que abrigam 41 Equipes de Saúde da Família e 302 Agentes Comunitários de Saúde. Deste modo,

estima-se que o município tenha alcançado 55,45% de cobertura da ESF e 68,47% de população acompanhada por ACS.

- 08 Unidades Básicas de Saúde, sem Saúde da Família, com 08 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, alcançando a cobertura de 31,53%.

Rede de Média e Alta Complexidade:

- 01 Policlínica de Especialidades do Centro
- 01 Unidade de Atendimento em DST/AIDS
- 01 CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
- 02 Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar de Atenção as Urgências - SAMU-192 (Orla e Sede)
- 05 Unidades de Pronto Atendimento
- 01 CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial
- 01 Centro de Especialidade em Saúde Mental – CESME
- 01 Centro de Unidades de Apoio e Referência em Saúde – CUIDAR, que abrange três Serviços que dispõem de equipe multiprofissional especializada, sendo eles: UNIFAL - Unidade de Apoio as Pessoas com Doença Falciforme; CEONC - Centro de Oncologia de Camaçari; CEMPRE - Centro Multiprofissional de Reabilitação Física de Camaçari
- 01 Unidade Hospitalar Estadual (Hospital Geral de Camaçari)

Vigilância à Saúde

- 01 Centro de referência de Saúde do Trabalhador-CEREST
- 01 Centro de Controle de Zoonoses

Em 2014, o Departamento de Atenção Básica credenciou junto ao Ministério da Saúde 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da modalidade tipo 1, composto pelas seguintes categorias: assistente social, educador físico,

fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo. No momento de realização da pesquisa, a equipe NASF estava em processo de implantação.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, que atuam de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes para auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como ampliando o seu escopo de práticas (BRASIL, 2011b).

5.2 Instrumento e estratégias de produção de dados

Para a produção de dados, foram realizadas três estratégias: entrevistas semi-estruturadas, observação e análise documental. Em relação à primeira, buscou-se identificar os objetos, instrumentos e tecnologias de trabalho presentes na Atenção Domiciliar Tipo 1, bem como suas finalidades, potencialidades, dificuldades, e aspectos intersubjetivos do trabalho em saúde, na perspectiva dos sujeitos entrevistados.

A entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. Portanto, a finalidade não é contar opiniões ou pessoas, mas explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão. Além disso, as entrevistas apresentam vantagens relativas, tais como a flexibilidade, quantidade e qualidade aumentadas das informações, a possibilidade de abordar problemas mais complexos ou mais carregados afetivamente, e a incitação a responder – acolhimento, desejo de comunicar, etc. Por isso, duas questões centrais devem ser consideradas na entrevista: o que perguntar (a especificação do tópico guia) e a quem perguntar – como selecionar os entrevistados (GASKEL, 2003; De BRUYNE *et al*, 1997).

Para isto, foram construídos roteiros de entrevista (Apêndices C, D e E) de modo a facilitar a abordagem das dimensões a serem avaliadas para estimar o grau

de implantação da Política de Atenção Domiciliar. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas com vistas a garantir a fidedignidade do material coletado.

Também foi realizada a observação de visitas domiciliares realizadas pelas equipes de Saúde da Família. De Bruyne *et al* (1997) consideram que esta técnica produz informação sobre os fatos, como o são para os sujeitos observados, bem como sobre fenômenos latentes (que escapam aos sujeitos, mas não ao observador). As escolhas técnicas necessárias para o procedimento dizem respeito à realização da entrevista durante ou após o acontecimento, sobre fatos nele ocorridos, a definição da observação direta ou por pessoas interpostas, a relação face a face durável ou não, a ambiguidade da posição do observador simultaneamente separado e implicado, tendo capacidades como intuição, imaginação, percepção dos problemas. Os autores apontam ainda para obstáculos a serem minimizados, como o fato do acontecimento que interessa frequentemente ser fortuito, bem como a excessiva integração e socialização entre sujeitos. Por outro lado, são vantagens relativas a participação máxima do pesquisador no contexto no qual o fenômeno ocorre, e o estabelecimento de relação menos artificial.

Por fim, procedeu-se a análise documental do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), do Relatório Anual de Saúde (2013) e materiais utilizados pelos apoiadores institucionais para atividades de educação permanente junto às equipes de Saúde da Família.

5.3 Sujeitos da Pesquisa

Foram entrevistadas a coordenadora do Departamento de Atenção Básica (DAB) do município e uma apoiadora institucional. Essas entrevistas visaram identificar a compreensão desses sujeitos sobre o processo de implantação e gestão das Unidades e Equipes de Saúde da Família, bem como da Política de Atenção Domiciliar no município. Além disso, estas entrevistas foram necessárias para a estruturação da seleção e contato com os profissionais participantes da pesquisa.

Considerando que a AD1 não está implantada nas equipes das Unidades Básicas de Saúde sem Saúde da Família, conforme entrevista com a coordenadora do DAB, as mesmas não participaram desta pesquisa. Deste modo, o presente

estudo restringiu-se à avaliação do grau de implantação da AD1 nas equipes de Saúde da Família do município selecionado.

A coordenação do Departamento de Atenção Básica indicou 10 equipes de Saúde da Família que apresentam bom desempenho de acordo com o monitoramento realizado pelo apoio institucional, além de cumprirem os critérios estabelecidos em relação ao tempo de consistência da equipe (mínimo de 6 meses) e de realização de visitas domiciliares (experiência de pelo menos dois meses em Atenção Domiciliar Tipo 1). Além disso, tais equipes estavam vinculadas às equipes de Saúde Bucal.

A seleção das equipes também levou em consideração o vínculo institucional dos profissionais e a diversidade encontrada entre as regiões de saúde, com perfil socioeconômico e epidemiológico singulares. No primeiro caso, identificou-se que os profissionais das equipes de Saúde da Família eram estatutários, com exceção da categoria médica. Entre estes, encontravam-se profissionais com vínculo temporário (REDA, Programa de Valorização da Atenção Básica - Provab, Programa Mais Médicos) e estatutários. Assim, participaram da pesquisa equipes com vínculos empregatícios distintos.

Em relação às regiões de saúde, atentou-se para as características populacionais (rural, urbana e litorânea), as quais apresentavam desafios específicos para as EqSF. Deste modo, as equipes foram distribuídas da seguinte forma: Distrito Sede: 4 equipes (distribuídas em 3 Regiões de Saúde); Distrito de Monte Gordo: 1 equipe (pertencente a 01 Região de Saúde).

Ao final, diante da disponibilidade e interesse, participaram desta pesquisa 05 equipes de Saúde da Família completas, vinculadas a equipes de Saúde Bucal, que desenvolvem a Atenção Domiciliar Tipo 1, no município de Camaçari. As equipes pesquisadas são compostas predominantemente por profissionais estatutários. Os profissionais médicos apresentavam diferentes vínculos empregatícios. Essa diversidade foi intencionalmente contemplada na amostra, de modo a permitir a heterogeneidade de experiências. Em todas as equipes, foram entrevistados no mínimo 2 profissionais, sendo os mesmos de nível superior (médico e enfermeira). As variações na quantidade e formação dos sujeitos dizem respeito à participação de ACS, técnicos de enfermagem e odontólogas nas entrevistas.

Quadro 03: Equipes de Saúde da Família participantes da pesquisa e métodos de coleta de dados

Equipes de Saúde da Família	Entrevistas	Categorias	Observações de Atenção Domiciliar
EqSF 1	4	Medicina Enfermagem ACS	--
EqSF 2	3	Medicina Enfermagem ACS	01 observação
EqSF 3	3	Medicina Enfermagem Odontologia	--
EqSF 4	5	Medicina Enfermagem Técnico de enfermagem Odontologia ACS	03 observações
EqSF 5	2	Medicina Enfermagem	01 observação
Total:	17 entrevistas		05 situações observadas

Foram realizadas 05 observações de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais das equipes, distribuídas da seguinte forma: médicos (3), ACS (1), técnica de enfermagem (1). Não houve observação de visita realizada por enfermeira e pelas equipes de duas unidades de saúde, por incompatibilidade de horários entre o turno destinado a Atenção Domiciliar e agenda da pesquisadora, pela preocupação dos profissionais com a autorização dos usuários, ou por recusa do profissional.

Por sua vez, foram entrevistados 17 profissionais de saúde distribuídos da seguinte forma: a maioria é do sexo feminino (76,5%), com média de idade de 39,8 anos (variando entre 27 e 63 anos), atuando na Atenção Primária à Saúde em média há 10,4 anos (variando entre 08 meses e 25 anos de inserção), e especificamente na APS de Camaçari, em média 7,8 anos (com variação entre 06 meses e 25 anos).

No que diz respeito à categoria profissional, foram entrevistados 03 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Técnica de Enfermagem, 02 odontólogas, 06 médicos e 05 enfermeiras, pertencentes a 06 equipes de Saúde da Família. Entretanto, para

avaliar o grau de implantação da AD1, serão analisadas as entrevistas de apenas 05 EqSF, na medida em que uma equipe estava incompleta no momento da pesquisa.

Em relação aos profissionais de nível superior, 8 (42%) possuem, ou estão realizando, especialização ligada à Atenção Primária à Saúde ou Saúde Pública (Saúde da Família, Saúde Pública, Medicina de Família e Comunidade). Além disso, 8 profissionais (42%) possuem outras especialidades em campos do saber presentes na assistência ou gestão de serviços de saúde (pediatria, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, saúde do trabalhador e auditoria em serviços de saúde). Por fim, aponta-se que alguns profissionais possuem mais de uma especialização (4), enquanto outros não são pós-graduados (3).

Por fim, 02 usuários e 02 cuidadores foram entrevistados, com o objetivo de identificar, na visão desses sujeitos elementos complementares sobre o processo de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1. A seleção desses indivíduos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Apresentar condição crônica de adoecimento, com restrição de locomoção até uma unidade de saúde.
- Ser acompanhado (como usuário ou principal cuidador) em Atenção Domiciliar Tipo 1 há pelo menos 2 meses.

Apesar de terem sido realizadas entrevistas com usuários, estas não foram utilizadas como material de análise do grau de implantação da AD1 no município. A decisão foi tomada após análise do contexto no qual foram realizadas as entrevistas. Assim, concluiu-se que houve viés de seleção. As famílias foram selecionadas pelos ACS e agendadas de acordo com a disponibilidade destes. Durante as entrevistas, apesar de solicitado a permanência apenas da entrevistadora e dos usuários no recinto, não houve privacidade e os ACS mantiveram-se presentes ou bastante próximos do espaço onde ocorreu a entrevista, algumas vezes interrompendo e opinando na fala do usuário. Ademais, as entrevistas trouxeram poucas contribuições à proposta de trabalho.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), atendendo as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional da Saúde.

5.4 Plano de Análise

Para analisar o grau de implantação da Atenção Domiciliar, foi construído um modelo lógico a partir da caracterização e descrição das atividades previstas nos documentos oficiais – Política Nacional de Atenção Domiciliar e Cadernos de Atenção Domiciliar – volumes 1 e 2.

A coleta, o processamento e a análise dos dados empíricos foram embasados nos critérios derivados do modelo teórico-lógico elaborado (Figura 04). Segundo Medina *et al* (2010), construir o desenho lógico de um programa significa explorá-lo em termos de constituição dos seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando as etapas necessárias à transformação dos seus objetivos em metas. Neste sentido, em um modelo lógico devem constar os componentes do programa, os serviços relacionados, as práticas requeridas para a execução de seus componentes e os resultados esperados.

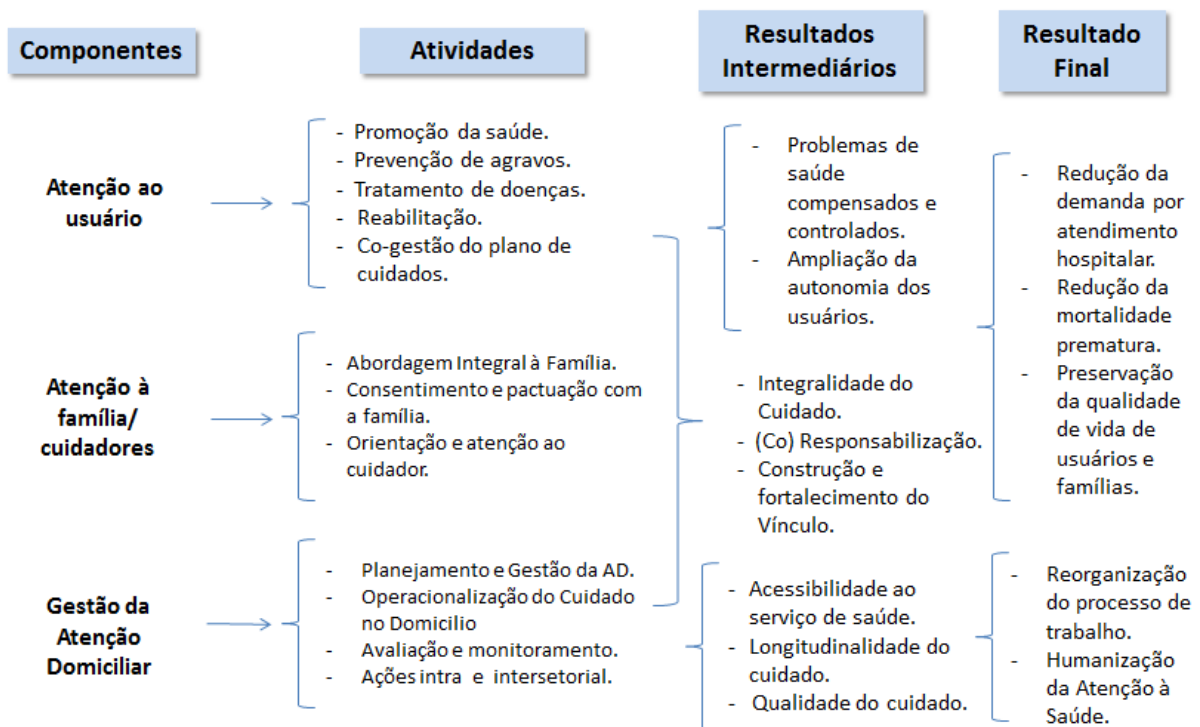
Considerando o processo de trabalho em saúde, mais especificamente na Atenção Domiciliar Tipo 1, foram estabelecidos três componentes principais, a saber: Atenção ao Usuário, Atenção à Família e Cuidadores, e a Gestão da Atenção Domiciliar. No primeiro componente, com vistas a alcançar a integralidade do cuidado para o controle dos problemas de saúde e preservação da qualidade de vida, foram identificadas as atividades que envolvem desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até o tratamento e reabilitação no processo de adoecimento. Além disso, inclui-se nesse componente a co-gestão 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 componente referente à Atenção à Família e Cuidadores – elementos presentes no domicílio intervenientes direta e indiretamente no processo saúde-doença-cuidado, muitas vezes responsáveis pela continuidade do cuidado de usuários com certo grau de dependência (crianças, idosos, pacientes com restrição de locomoção, dentre outros) –, estão previstas as seguintes atividades: abordagem integral à família; consentimento e pactuação do plano de cuidado; orientação e atenção ao cuidador.

Por fim, o componente referente à gestão do cuidado na Atenção Domiciliar inclui: ações de planejamento, avaliação e monitoramento, além de tecnologias para

operacionalização do cuidado e de articulação intra e intersetorial. Trata-se, portanto, de uma proposta de reorganização do processo de trabalho, com vistas a garantir o acesso, a longitudinalidade e qualidade do cuidado.

Figura 04: Modelo Lógico – Atenção Domiciliar Tipo 1



* Modelo lógico elaborado pela autora.

Com base nesse modelo lógico, as entrevistas e documentos foram analisadas seguindo o modelo de Análise Temática de Conteúdo (Minayo, 2008), no qual foram realizadas as seguintes etapas:

- Pré-análise: leitura flutuante do material coletado, buscando estabelecer a relação com os componentes da Atenção Domiciliar Tipo 1, para atender aos objetivos iniciais, com base na referência teórica adotada – Processo de Trabalho em Saúde.
- Exploração do Material: classificação e agregação dos dados por equipe de Saúde da Família, classificando-os dentro das atividades previstas por Componente da AD1.

- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: os dados foram trabalhados com o objetivo de colocar em relevo as informações obtidas. Em seguida, inferências e interpretações foram realizadas segundo o referencial teórico adotado.

O modelo lógico também foi utilizado como referencial para derivar a Matriz de Aferição do Grau de Implantação (Apêndice H). Essa 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 Atenção Domiciliar Tipo 1.

O modelo lógico e a matriz de análise, elaborados nesta pesquisa, foram submetidos à avaliação de especialistas em Atenção Primária à Saúde e Atenção Domiciliar para validação, baseado na técnica simplificada por consenso (SCARPARO *et al*, 2012).

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 equipes, por conveniência, em uma das categorias que se seguem:

- **Avançado:** quando as equipes apresentarem entre 75 – 100% das atividades implantadas;
- **Intermediário:** quando as equipes apresentarem entre 50 – 75% das atividades previstas implantadas;
- **Incipiente:** quando o resultado for entre 25 – 50% atividades previstas implantadas;
- **Insatisfatório:** quando houver entre 0 – 25% das atividades implantadas.

Após a classificação das equipes de Saúde da Família participantes da pesquisa, foi realizada a avaliação do grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo1 no município de Camaçari. Para isto, foi adotado, por conveniência, a seguinte relação de escores:

- **Avançado:** quando mais de 70% das equipes apresentarem grau de implantação avançado.

- **Intermediário:** quando 50 a 70% das equipes apresentarem grau de implantação avançado.
- **Incipiente:** quando menos de 50% das equipes apresentarem grau de implantação avançado.

Para garantir que todas as unidades de análise fossem abordadas, foi essencial a diversificação das fontes de informação e estratégias de coleta de dados – entrevistas, observação de visitas domiciliares, observação da rotina da USF, e análise de documentos. A partir disto, foi possível preencher a Matriz de Aferição do Grau de Implantação da AD1 por equipe e por componente de análise, bem compreender o processo de trabalho nele implicado.

5.5 Validação da Matriz de Aferição do Grau da Implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1

O processo de validação da Matriz de Aferição do Grau de Implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 foi iniciado com a identificação de especialistas em Atenção Primária à Saúde e em Atenção Domiciliar, com formação e experiência diversificada no meio acadêmico e na prática assistencial. Neste sentido, foram contatados seis especialistas, por via eletrônica. Todos aceitaram participar do processo de validação. Dentre estes, uma especialista não enviou sua avaliação do instrumento, a tempo de ser incluída no estudo.

Os especialistas apresentam o seguinte perfil:

- Gênero: 4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino;
- Formação: 3 fizeram graduação em enfermagem e 2, em medicina;
- Atuação profissional principal: 3 são docentes, envolvidas com pesquisa e publicação na área de Atenção Domiciliar; 2 atuam na atenção domiciliar como supervisores de internato/estágio/residência multiprofissional em saúde da família.

No processo de validação da matriz, construída a partir do modelo lógico proposto, todos os componentes e unidades de análise foram considerados pertinentes pelos especialistas. Não houve sugestão de acréscimos. Os

especialistas sugeriram alterações em algumas unidades de análise; sendo a maioria destas relativas à redação das variáveis e à distribuição nas unidades de análise.

Salienta-se que outras considerações foram apontadas no sentido de favorecer a metodologia de aplicação da matriz e coleta de dados, o que qualificou a viabilidade da aplicação do instrumento. Por fim, é importante informar que as alterações geraram mudanças na distribuição dos pontos, de modo a manter o equilíbrio entre os componentes.

A seguir, serão apresentadas as contribuições dos especialistas, as alterações realizadas e as justificativas para as sugestões que não foram incorporadas em cada unidade de análise.

- Componente: Atenção ao Usuário

Na unidade de análise Promoção da Saúde, foram acrescentadas as variáveis *Identificação de fatores de proteção à Saúde e Estimula a sua preservação ou desenvolvimento*. A variável *Identifica riscos e vulnerabilidades e estimula mudanças* foi realocada na unidade de análise Ações de Prevenção de Agravos. Já a variável *Desenvolve ações que extrapolam a condição de saúde atual e o setor saúde, com vistas à qualidade de vida* foi excluída por estar contemplada na unidade de análise *Ações intra e intersetoriais*, do componente Gestão da Atenção Domiciliar.

Na unidade de análise Ações de Prevenção de Agravos, a variável *Faz orientações e avalia situação de imunização* sofreu alterações. Sua redação final ficou da seguinte forma: *Faz orientações, avalia situação de imunização e realiza procedimento de imunização no domicílio*.

Uma especialista sugeriu que a variável *Avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento medicamentoso* fosse realocada para a unidade de análise Tratamento e Reabilitação de Doenças Diagnosticadas. Do mesmo modo, duas especialistas consideraram que a variável *Avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento não medicamentoso* também deveria sofrer a mesma alteração. Entretanto, para fins de pontuação definiu-se que a prescrição de tratamento medicamentoso e não medicamentos, restrita a profissionais de nível superior, está dentre as ações da unidade de análise Tratamento e Reabilitação. Por sua vez, compreende-se que a avaliação, orientação e estímulo à adesão fazem parte das estratégias de prevenção de agravos realizadas por toda a equipe de Saúde da Família.

Nesta mesma unidade de análise, foi sugerida a inclusão da variável *Faz orientação sobre o uso abusivo de medicamento*. Apesar de reconhecer a importância desta ação, considerou-se que a mesma já está contemplada na variável *Avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento medicamentoso*.

Na unidade de análise Tratamento e Reabilitação de Doenças Diagnosticadas, foi sugerida a inclusão do uso de protocolo clínico do Ministério da Saúde para atenção às condições crônicas. Entretanto, considerou-se que este tópico já estava contemplado na unidade de análise Operacionalização do Cuidado no Domicílio, na variável *Existência e aplicação de protocolos na AD*. Considerando a proposta de prevenção quaternária, foi incluída a variável *Avalia riscos, benefícios e viabilidade das intervenções e procedimentos em prol da qualidade de vida do usuário*.

Não houve sugestão de alterações na unidade de análise Co-gestão do plano de cuidados.

- Componente: Atenção à família e cuidadores

Na unidade de análise Abordagem Integral à Família, a variável *Trabalha as relações familiares na busca pela harmonia* foi excluída por estar contemplado na variável *Desenvolve ações específicas de apoio à família*. A variável *Identifica a dinâmica da família, fase do ciclo vital, tipo e estrutura*, por sua vez, passou a ter a seguinte redação: *Faz uso de instrumentos específicos para conhecer e trabalhar com a família* (ex: genograma, ecomapa, etc).

Houve consenso entre todos os especialistas em relação às variáveis propostas na unidade de análise Consentimento e pactuação com a família. Nesta unidade, foi incluída a variável *Faz esclarecimentos e orientações à família sobre o processo de saúde-doença do usuário*, que migrou da unidade de análise Orientação e Atenção ao Cuidador, conforme sugestão de uma especialista.

Ainda na unidade de análise Orientação e Atenção ao Cuidador, a variável *Orienta a família e cuidadores sobre sinais de agravamento e condutas a serem adotadas*, passou a ter a seguinte redação: *Orienta cuidadores sobre sinais de agravamento e condutas a serem adotadas*.

- Componente: Gestão da Atenção Domiciliar

Na unidade de análise Planejamento das ações, a variável *Participa de reuniões de equipe para discussões clínicas, programação de condutas, e monitoramento dos*

casos, ficou com a seguinte redação: *Nas reuniões de equipe, são discutidos casos clínicos, programação de condutas, avaliação das demandas e monitoramento.*

As variáveis *Faz busca ativa de pacientes elegíveis para AD no território adscrito* e *Classifica a complexidade dos casos por critérios de risco e estabelece prioridades* migraram da unidade de análise Operacionalização do Cuidado no Domicílio para a unidade de análise Planejamento e Gestão da AD.

Na unidade de análise Avaliação e monitoramento, a variável *Faz análise da resolubilidade das ações desenvolvidas no domicílio e desempenho da equipe*, ficou com a seguinte redação: *Existência de indicadores para monitoramento das ações desenvolvidas no domicílio.*

6 ASPECTOS ÉTICOS

Em todas as etapas da pesquisa foram seguidas as determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012c). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, e aprovado segundo parecer 929.739.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, foram analisadas as possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. Ademais, em todas as etapas da pesquisa, observou-se os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, conforme orienta a Resolução (Brasil, 2012c).

Diante da relevância social do presente estudo e reconhecendo a eticidade em pesquisa como diretriz fundamental, foi respeitada a dignidade e autonomia dos sujeitos, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Assim, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, e receberam uma via do mesmo, no qual constam as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o esclarecimento sobre a pesquisa.

Por fim, foi solicitada a assinatura do Termo de Anuência Institucional (Apêndice G), de modo a responsabilizar a instituição com a qual os participantes estão vinculados no que diz respeito à ética em pesquisa conforme a Resolução 466/2012.

7 INSERÇÃO NO CAMPO

A inserção no campo ocorreu após a assinatura do Termo de Anuência Institucional pelo setor responsável. A coleta de dados ocorreu no período entre novembro e dezembro de 2014.

Para inserção no campo, foi agendada uma entrevista com a coordenadora do Departamento de Atenção Básica do município. Neste encontro, o projeto de pesquisa foi apresentado. A coordenadora explicou sobre o histórico e a situação atual de organização da Atenção Básica, as dificuldades e estratégias de enfrentamento.

No segundo momento, foi iniciado o contato com as equipes de Saúde da Família, mediado pelas apoiadoras institucionais. A equipe gestora colaborou no primeiro contato com profissionais das EqSF. Porém, houve recusa da maioria das apoiadoras, contando com a participação de apenas 01 entrevistada.

Apesar de ser apresentada como sendo uma pesquisa vinculada a uma universidade, como requisito para finalização do mestrado, alguns profissionais identificaram a possibilidade de fala como um meio de denúncia da situação atual do contexto de trabalho, apresentando expectativa de mudança desta realidade. Outros profissionais aceitaram participar mesmo com descrédito quanto ao grau de interferência na política de saúde municipal a partir dos resultados da pesquisa. Estes últimos consideram que a gestão já possui conhecimento da realidade de saúde da população e das condições de trabalho nas USF sem promover mudanças significativas. Por fim, alguns participantes mostraram-se temerosos em participar da pesquisa, receando tratar-se de algum tipo de fiscalização do Departamento de Atenção Básica sobre os trabalhadores. Dentre as formas de resistência identificadas, destacam-se: a recusa explícita em ser entrevistado, a apresentação de indisponibilidade de agenda para realizar a entrevista, a participação pouco implicada na pesquisa (expressa por respostas evasivas, curtas e generalizantes).

Apesar disso, de modo geral, a pesquisa foi bem aceita pela maioria dos profissionais, os quais trouxeram contribuições importantes para compreensão do processo de trabalho na AD1. Neste caso, a maior limitação estava no fato da entrevista acontecer durante a jornada de trabalho, o que restringia o tempo e a disponibilidade dos profissionais – as entrevistas foram realizadas no local de trabalho, no início e no final do turno de trabalho (antes ou depois das visitas, reuniões de equipe, atendimentos ambulatoriais) ou mesmo no intervalo de almoço da equipe.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas e observações foi realizada, inicialmente, 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. Neste sentido, buscou-se compreender as especificidades do processo de trabalho na Atenção Domiciliar Tipo 1 e avaliar a adequação da matriz de aferição do grau de implantação da AD1 proposta neste trabalho. Em seguida, os documentos foram analisados, permitindo a triangulação dos dados.

No segundo momento, as informações foram categorizadas e analisadas por cada equipe de Saúde da Família, com o objetivo de avaliar o grau de implantação dos componentes da AD1 – atenção ao usuário; atenção à família e cuidadores; gestão da AD1. Assim, ao final, de posse da totalidade dos resultados referentes a cada equipe, foi possível estabelecer o grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1, no município de Camaçari.

A seguir, serão abordados aspectos referentes aos usuários acompanhados pelas equipes na AD1. Porém, diante da ausência de registros das equipes, não foi possível estabelecer um perfil dos usuários acompanhados. Logo após, os resultados da análise do material coletado serão apresentados seguindo a ordem dos componentes e respectivas unidades de análise prevista na matriz. Além disso, será apresentado o resultado do grau de implantação aferido nas equipes pesquisadas, por cada componente. Por fim, serão abordados os aspectos facilitadores e restritivos do processo de trabalho na AD1, bem como o grau de implantação da AD1 no município pesquisado.

8.1 Os usuários na Atenção Domiciliar Tipo 1

A Atenção Domiciliar Tipo 1 é considerada como dispositivo necessário para garantir a acessibilidade dos usuários restritos ao domicílio, valorizada pela maioria dos profissionais entrevistados.

A atenção domiciliar é o carro chefe da Saúde da Família. Por serem, os PSF, colocados na periferia ou em locais de difícil acesso, a gente precisa da atenção domiciliar. A população é geralmente mais carente e se a gente não for, eles não vêm até o posto. Mas, eles precisam. (E17, médica)

A Política Nacional de Atenção Domiciliar aponta como usuários dos Serviços de Atenção Domiciliar, nos seus três níveis, aqueles que possuem dificuldade ou restrição física de locomoção até a unidade de saúde, diferenciando apenas a frequência do cuidado profissional, a complexidade de equipamentos e tipos de insumos necessários. Este critério de elegibilidade para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica à Saúde – restrição temporária ou permanente ao domicílio – também é utilizado entre os profissionais entrevistados.

A atenção domiciliar geralmente é feito quando o indivíduo está ou é acamado. Um acamado permanente, um idoso que tem sequelas de AVC, um idoso que por um motivo qualquer tem dificuldades de locomoção, um não idoso mesmo, que tem dificuldade de locomoção, já justifica sua assistência domiciliar. Assim como um pós-operatório, está acamado, mas não é acamado, merece uma atenção domiciliar com técnico de enfermagem, enfermeiro, pra fazer um curativo, pra fazer o seguimento. (E13, médico)

A gente busca na verdade dar a assistência ao paciente que não consegue vir a unidade pra receber esses cuidados, os pacientes acamados, os pacientes que estão por algum momento, alguma debilidade que não podem se locomover, essa questão de vai fazer renovação de receita, prescrições, cuidados, troca de sonda vesical, faz a supervisão dos medicamentos e até do ambiente que o paciente vive. (E14, enfermeira)

Aplicando o princípio da equidade, além da limitação física, outros critérios são utilizados pelas equipes para definir quem são os usuários da AD1 impossibilitados de vir até a unidade de saúde. Segundo os entrevistados, há uma ampliação para os casos que envolvem limitação dos próprios cuidadores para ir até a unidade – neste caso, devido à função que exercem, eles também são considerados domiciliados (restritos ao domicílio) –, usuários faltosos ao serviço com processos de

adoecimento agravado, limitações advindas de transtornos psiquiátricos, e as barreiras geográficas de acesso dos usuários até a unidade.

Então, no atendimento domiciliar, a maioria dos nossos pacientes não são necessariamente acamados e idosos, né? Então, a gente coloca aquele paciente que precisa de atendimento domiciliar, saúde mental, pessoas que estão incapacitadas de vir, pessoas que nunca vem até a unidade, mas que o agente comunitário vê alguma coisa, que tá precisando de ajuda, ela tá muito isolada, a maioria das vezes saúde mental mesmo, né? (E16, médica)

A gente faz atendimentos dos cuidadores no momento dos cuidados no atendimento domiciliar. (E1, médico)

A maioria são pacientes domiciliados, com dificuldade de acesso ao posto. As pessoas moram em lugares muito afastados e o acesso pra cá é tão difícil. É uma senhora idosa, por exemplo. Ela até anda dentro de casa, cozinha, lava prato, mas pra chegar aqui ela tem que andar até a pista, pegar ônibus, e caminhar até aqui. É complicado e arriscado. (E17, médica)

Dentre os critérios de classificação de risco e vulnerabilidade utilizados pelas equipes estão situações de saúde mais complexas que, geralmente, apresentam condições crônicas de adoecimento descontroladas e descompensadas, ampliando o critério estabelecido na PNAD e nos Cadernos de Atenção Domiciliar. Para esses casos, as equipes estabelecem prioridades diante das limitações de tempo e de recursos humanos para realizar a AD1.

De forma geral a gente vai visitar os hipertensos, os diabéticos, os acamados, aquelas pessoas que tem sua patologia descompensada, descontrolada, entendeu? A gente prioriza porque na população eu tenho muitos diabéticos, muitos hipertensos que estão tudo ok, (...) mas prioriza mais aqueles casos que tem uma condição de saúde mais crítica, mais desfavorável, entendeu? (E2, médica)

Salienta-se que, de acordo com os profissionais entrevistados, a maioria da população acompanhada na Atenção Domiciliar Tipo 1 é constituída por situações de agravamento e complicação das condições crônicas de saúde.

Normalmente, são pacientes com sequelas de AVC, certo? São pacientes que tem um problema crônico. Pacientes hipertensos, diabéticos crônicos, (...) com pé amputado, tem dificuldades pra locomoção. Já tivemos aqui paciente com problemas crônicos importantes, que não podiam estar vindo porque faziam uso de oxigênio e também já tivemos dois casos, uma paciente esquizofrênica, que a gente fazia o atendimento dela em domicilio e um outro paciente, que tinha paralisia cerebral. (E1, médico)

Posto isto, aponta-se para a necessidade de preparo dos profissionais e dos serviços de saúde para lidar com usuários com condições crônicas de saúde-doença. A internação por condições sensíveis à Atenção Básica e as complicações resultantes do agravamento das condições crônicas apontam para falhas no sistema de saúde, especialmente no primeiro nível de assistência. Isto vai desde a não acessibilidade – devido a níveis insatisfatórios de cobertura, a barreiras geográficas e psicossociais e descontinuidade de tratamento (não acesso regular a profissional de saúde e medicamentos) – até, e especialmente, a não organização e operacionalização adequada do processo de trabalho na Atenção Básica. Isto porque observa-se situações como a amputação de membro inferior por complicações do Diabetes Mellitus em pacientes já inseridos na proposta da Estratégia de Saúde da Família sendo, portanto, monitorados mensalmente por ACS e atendidos regularmente por EqSF. Ou seja, há no mínimo uma falha em termos de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em contrapartida, os profissionais destacam outras ações desenvolvidas no espaço domiciliar em prol da saúde dos indivíduos – o que vai desde o acompanhamento dos ACS por meio de visitas periódicas, a busca ativa de faltosos (especialmente gestantes e crianças), a aplicação de doses de tratamentos supervisionados (como nos casos de Hanseníase e tuberculose), até o atendimento clínico (de puérperas, recém-nascidos e usuários restritos ao domicílio), dentre outros.

Por exemplo, alguma pessoa que tá tendo foco de dengue na sua casa, que apareceu com dengue. Casos de cachorros com raiva, trabalha essa parte sanitária. Tem vários exemplos, então a gente tem essa divisão desses grupos, a gente vai visitar eles por essas prioridades. O bebê e a parturiente na primeira semana de vida, é um grupo prioritário pra visita no domicílio. Já existem grupos prioritários, né? Obesos, doentes mentais, doenças mentais, hipertenso, diabético, gestantes de alto risco, criança de zero a dois anos, acamados. [pausa] E todas as situações delegam uma atenção mais especializada, um cuidado mais próximo. (E12, enfermagem)

Os pacientes que não são acamados, que não voltam no posto. Por exemplo, teve consulta marcada uma duas ou três vezes, ele não veio, não compareceu, aí vamos até esse paciente pra saber o que ta acontecendo, porque não veio, porque não voltou, não retornou, entendeu? (E7, técnica de enfermagem)

Desde uma gestante faltosa no pré-natal até paciente acamado. É o que eu sempre falo pra os agentes de saúde, você não faz só visita domiciliar pra o paciente que tá acamado. Tem vários objetivos, TB com abandono de

tratamento né, uma gestante. Uma criança de baixo peso, uma família que tem uma condição vulnerável, né? Casa de material aproveitado, Então tem vários, várias indicações, não só o acamado. (E11, enfermeira)

Desta forma, a AD é apontada pelos profissionais de saúde como dispositivo necessário para a vigilância em saúde, ampliando seu escopo de ações conforme previsto nos Cadernos de Atenção Básica para a atenção às diversas fases do ciclo de vida e vigilância epidemiológica. Trata-se, portanto, da operacionalização do conceito ampliado de Atenção Domiciliar que envolve a integralidade do cuidado aos usuários no domicílio, na perspectiva da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

8.2 Atenção ao Usuário

8.2.1 Promoção da Saúde

As ações de promoção da saúde, imprescindíveis para as mudanças no perfil de morbidade da população e que tem na Atenção Primária à Saúde um lócus privilegiado para a sua operacionalização por estar mais próximo do território, do cotidiano e da vida das pessoas, implica na intencionalidade dos agentes em incluir entre e nas suas atividades a intervenção sobre os modos de vida da população. Isto porque, apesar de inserida nos currículos de graduação e reconhecida sua importância, a promoção da saúde precisa enfrentar a barreira do cotidiano das práticas que continuam a refletir o modelo médico-hospitalar e a reproduzir a definição dos objetos e tecnologias de trabalho voltados para a finalidade curativista.

As mudanças das práticas para incluir a dimensão da promoção da saúde nos diversos níveis de assistência e entre os diferentes atores encontra ainda o desafio de estimular no outro (usuário/família/comunidade) a mudança nas suas atitudes.

Antes de tudo um desafio, né, porque a gente parte muito da reeducação. E essa coisa de reeducar e quebrar uma rotina, ir de encontro a uma tradição, uma cultura, uma filosofia de vida, às vezes a gente encontra até isso, né, é um desafio. Porque às vezes a gente quer mudar um hábito na pessoa e a gente sabe que quanto mais adulto mais difícil de quebrar os seus hábitos. Então, realmente é um desafio trabalhar aqui porque a gente trabalha com reeducação, seja na promoção, prevenção ou reabilitação da saúde do

indivíduo. A gente trabalha sempre com reeducação, então esse é o grande desafio. (E12, enfermagem)

O entrevistado aponta a reeducação como estratégia para o alcance das mudanças no estilo de vida. Este, por sua vez, é demasiadamente influenciado pelos aspectos culturais, pertencentes aos determinantes macroestruturais da saúde, os quais se refletem em hábitos arraigados principalmente nos grupos da fase do ciclo de vida adulto. A dimensão cultural, portanto, é vista como um desafio, porém a ação de reeducação promovida pelos profissionais de saúde atinge o nível individual, com menor impacto sobre o conjunto total da população. Salienta-se, ainda, que a perspectiva da reeducação pode seguir diversos modelos pedagógicos, tais como o tradicional – na qual as relações são hierarquizadas, havendo imposição de comportamentos a partir de uma lógica técnica-científica –, e a proposta dialógica, baseado na educação popular de Paulo Freire, que aponta para o respeito e a troca de saberes, a problematização e a contextualização das informações em saúde.

Mascarenhas *et al* (2012) apontam que a promoção da saúde é uma estratégia que remete à dimensão social, existencial e ética dos sujeitos. Além disso, envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes da saúde, para além de uma aplicação técnica e normativa. É nesse sentido que se pode pensar na educação em saúde como atividade-meio, como estratégia fundamental para o alcance da promoção da saúde no processo saúde-doença-cuidado.

Assim, para alcançar a promoção da saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de competências da área de educação e aquisição de novas tecnologias que levem em consideração o contexto e os sujeitos envolvidos neste processo. Considerando o perfil dos profissionais de saúde e da população atendida, bem como a intersubjetividade presente nesta relação, a efetividade da ação educativa precisa reduzir vieses e ruídos de comunicação diante de diferenças como classe social, escolaridade, linguagem, gênero, geração, raça/etnia, e hábitos/expectativas sobre os modos de produzir atos de saúde.

A gente ainda tem uma parte do bairro que tem uma carência social muito grande. Por conta disso, a parte de educação em saúde eu tenho muita paciência mesmo. Logo que eles chegaram aqui, eles falaram, “ah, a doutora demora bem mais”. Porque o médico daqui tinha uma demanda eletiva e tinha

uma forma mais prática de atender. Só que eu prezo muito pela educação. (...) Não adianta você querer pra essa população começar pelo nome da medicação. A maioria não sabe ler. Então, a gente puxa por cor, por tamanho de comprimido, pede as agentes pra visitar, pra ver se ta tomando certo. (E5, médica)

Vale ressaltar, em conformidade com a fala da entrevistada, que os processos educativos exigem disponibilidade de tempo e investimento no monitoramento. No caso citado, há um reconhecimento de que o tratamento de uma comorbidade não faz parte da rotina dos indivíduos. Assim, são necessárias ações de reforço e esclarecimento regular das orientações e prescrições.

No entanto, se por um lado isto pode corresponder a proposta de vigilância e responsabilidade sanitária das equipes, por outro pode assumir o caráter fiscalizador e paternalista historicamente presente nas políticas de saúde. A diferença está em como os agentes de saúde (aqui incluídos toda a equipe) operacionalizam a corresponsabilidade junto aos usuários e famílias. O compartilhamento do cuidado, a compreensão da experiência do adoecimento e do tratamento, a identificação conjunta de estratégias e a disponibilização de informações contextualizadas são alternativas para atender o princípio da autonomia nas ações de vigilância em saúde.

A ampliação da efetividade das ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais no domicílio é potencializada na medida em que outros usuários (membros da família e cuidadores) também são contemplados. Assim, o aprendizado de certo conteúdo é melhor assimilado com a supervisão orientada da prática do cuidado e do autocuidado, de acordo com a seguinte fala:

Porque a gente pega tanto paciente quanto filho, esposa, quem toma conta, entendeu? E aí dá uma aula, assim, de quando, como limpar os dentes. Todo mundo ouve, todo mundo faz perguntas também, entendeu? E tem muitas coisas que a gente nota, que eles não sabiam: “ah, mas ele ta assim na cama, tem que limpar os dentes?”. Entendeu? Então, isso já abre um leque, um olhar melhor, pra essa prevenção, né? Eu acho que é muito bom. (E10, odontóloga)

Além da educação em saúde, e para que ela seja efetiva, é preciso que os profissionais de saúde elejam como objeto de trabalho uma pluralidade de dimensões que envolvem e repercutem na saúde, tais como religiosidade, apoio social, autonomia, escolaridade, empregabilidade, estilo de vida saudável, saúde

ocupacional, higiene pessoal e ambiental, proteção contra acidentes, exercício da cidadania e lazer. Algumas dessas dimensões já são abordadas no cotidiano das práticas em saúde, especialmente as que se inserem no arcabouço teórico biomédico (como alimentação e atividade física). Portanto, essas ações continuam voltadas para o adoecer, ainda que com a pretensão de evitar a sua progressão.

Entre os entrevistados, a maioria se reportou para as dimensões voltadas para o ambiente doméstico, especialmente no que diz respeito à higiene/limpeza e controle de vetores, demonstrando a aplicação do conhecimento epidemiológico.

A gente faz orientação em termo do ambiente, né? Em termo de higiene, de limpeza, modo de preparo dos alimentos. (E3, enfermeira)

E mais, olhar o território, a área que ele mora, sempre ta orientando contra lixo, dengue, ta entendendo? O que pode causar aquela, aquele ambiente sujo. Várias coisas que a gente trabalha, né? (E8, ACS)

Apenas um profissional cita o desenvolvimento de ações voltadas para a segurança no ambiente. Em se tratando do público alvo da AD1, usuários com restrição de locomoção até uma unidade de saúde, a segurança no ambiente doméstico é extremamente necessária para promoção da qualidade de vida e autonomia desses usuários.

A gente procura fazer as interferências que a gente veja como efetivas, né? Tipo o lixo, o uso mais racional, a mudança alimentar, alguma questão de segurança no ambiente também, tipo banheiro, tipo a cozinha. O tratamento da água que eles dão, o tratamento dos dejetos. (E12, enfermagem)

O ambiente doméstico é apontado como objeto de intervenção na Atenção Domiciliar, especialmente nos aspectos relacionados ao controle de vetores e prevenção de acidentes, o que pode colocar em cena mais uma vez a reprodução das relações de poder e de classe social entre usuários e profissionais de saúde. Assumindo o discurso de defesa da saúde, a intervenção sobre a dinâmica de organização e as condições materiais de moradia podem negligenciar os aspectos subjetivos presentes na relação dos sujeitos com o ambiente externo e as limitações de recursos pessoais e financeiros para estabelecer outra ordem de prioridades.

Por outro lado, a religiosidade é apontada por um dos entrevistados como fator de proteção na área adscrita, uma vez que estimula neste grupo o autocontrole em

relação ao uso de substâncias psicoativas e ao exercício da sexualidade entre os adolescentes. Sugere-se que a religiosidade, além de ampliar a rede social de apoio e contribuir para o bem-estar emocional dos indivíduos, pode favorecer um estilo de vida com menos riscos à saúde, especialmente para doenças cardiovasculares e gravidez na adolescência.

Aqui, onde eu trabalho, a gente vê 99% de evangélicos e pequena porção que se dizem católicos (...) o que de maneira geral leva essas pessoas a não manterem vícios. A grande maioria dessas pessoas não bebem, não fumam, o que é importante, é interessante. Acho que mantém, pelo menos aí, seja por um preceito religioso, uma condição de saúde. Talvez mantenha um risco menor pra doenças cardiovasculares. E de maneira geral, são casais. (...) A gente não tem muita gravidez na adolescência. Não é o perfil da comunidade, entendeu? (E1, médico)

Foi possível observar, durante o acompanhamento de uma visita domiciliar realizada por profissional da medicina e ACS, a abordagem voltada para estímulo da autonomia do usuário, em prol da qualidade de vida, bem como aquisição de benefício junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A maior parte dos entrevistados identifica a dimensão escolaridade e empregabilidade/renda familiar na AD, porém não desenvolve ações voltadas para este fim. Isto talvez ocorra ausência de tecnologias (saberes) entre profissionais para responder a essas necessidades, bem como pela magnitude dos problemas estruturais (econômico e social) presentes nestes aspectos que extrapolam a governabilidade dos profissionais de saúde.

Observa-se ainda menor o número de profissionais que desenvolvem uma abordagem com foco nos aspectos de religiosidade, apoio social, autonomia, proteção contra acidentes, exercício da cidadania e lazer. Conjectura-se que, apesar de reconhecer a importância desses fatores para a saúde, trata-se de uma dimensão bastante particular, privada, referente a escolhas e experiências dos usuários com seus pares. Na formação para atuar nos modelos de atenção mais prevalentes (biomédico, sanitária e vigilância à saúde) ainda há uma lacuna no desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Por outro lado, conjectura-se que o monitoramento periódico das famílias no território pelos agentes comunitários de saúde já contemplaria a identificação de fatores de proteção e as ações de promoção da saúde. Pereira e Oliveira (2013)

afirmam que um dos elementos principais do trabalho do ACS é realizar a mediação entre o saberes técnico e popular. Entretanto, os estudos analisados pelas autoras mostraram que, no cotidiano de trabalho dos ACS, prevalecem a concepção de saúde como ausência de doença e a visão da educação em saúde consiste como a transmissão de informações sobre prevenção e controle de doenças.

Por se tratar predominantemente de usuários com doenças crônicas acompanhados de maneira longitudinal na AD1 pelas equipes, a familiaridade e a apropriação do seu contexto de vida, das limitações (financeiras, educacionais e de acesso a serviços) pode gerar nos profissionais uma espécie de descrédito em relação às possibilidades de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Observa-se, portanto, que ainda há uma lacuna nas ações de promoção da saúde realizadas na AD1. Apesar de citado entre as atribuições da equipe e na definição do conceito de atenção domiciliar, não foram encontrados nos documentos orientadores um detalhamento em termos de práticas e tecnologias necessárias para a promoção da saúde. Portanto, apesar da difusão, reconhecimento e valorização do conceito, não é dado subsídios para a sua concretude na atenção aos usuários e coletivos.

Os aspectos referentes à articulação intersetorial para promoção da saúde serão abordados na unidade de análise Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1.

8.2.2 Prevenção de Agravos

As ações voltadas para a prevenção de agravos são desenvolvidas no ambiente domiciliar, de acordo com os entrevistados, predominantemente com foco na adesão ao tratamento, para estabilidade do quadro de adoecimento, sendo desenvolvida por todas as categorias – ACS, técnico de enfermagem, enfermeira e médico.

Em relação à adesão medicamentosa, o aspecto mais abordado pelos profissionais é referente ao uso da medicação conforme a prescrição médica (quantidade e horários).

Se a pessoa for hipertensa, eu vou procurar saber se ta tomando remédio direitinho, eu vou conferir o medicamento. Porque se o médico passou trinta comprimidos, eu vou fazer a pergunta a ele, “você ta tomando o remédio direitinho?”, “ta”, “então, cadê a receita?”. Conferir: “Você toma quantos por dia?”, “um por dia”, “então dá trinta comprimidos no mês”. Se ele tiver tomando certinho, você vai ver, conferir, a cartela está certinho, pode dar o medicamento. Se tiver falando a verdade, você descobre, né? (E8, ACS)

Observa-se a persistência da relação de desconfiança sobre a fala e as atitudes do usuário, as quais precisam ser validadas pela conferência (contagem) da quantidade de medicamentos. Observa-se, neste caso, uma relação de fiscalização e a reprodução da assimetria de poder por todos os profissionais – não apenas médicos –, o que pode gerar resistências e não vinculação dos usuários ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e à Estratégia de Saúde da Família.

Porém, outros fatores interferem na adesão ao tratamento medicamentoso, o que vai desde o acesso, relação com a doença, crenças sobre o medicamento, efeitos colaterais, percepção sobre a competência do profissional, dentre outros. Salienta-se, portanto, a necessidade de uma abordagem mais ampliada sobre as facilidades e dificuldades do usuário para dar continuidade ao tratamento, o que vai além da avaliação do uso do medicamento.

Eu já peguei paciente aqui com pressão de 28 por 12 e hoje ta com pressão controlada. Então assim, mais da metade hoje talvez consiga assimilar a adesão direitinho, mas a gente sempre tem paciente que é resistente, não só, né, por falta de orientação, educação, mas pela dificuldade, até pela resistência psicológica. (E5, médica)

Considerando perfil dos usuários acompanhados na AD1 – paciente com condições crônicas de adoecimento e restrição ao domicílio – o monitoramento da adesão ao tratamento é importante para evitar o agravamento do quadro. Tavares *et al* (2013) identificaram prevalência de baixa adesão maior entre os idosos com incapacidade funcional em atividades instrumentais para a vida diária. Isto reforça a importância de ações que visem prevenir ou postergar a incapacidade funcional, melhorando a autonomia do idoso na gestão do cuidado com a sua saúde e tratamento medicamentoso.

No que diz respeito ao tratamento não medicamentoso, a intervenção se dá no sentido de identificar fatores de risco relacionados à alimentação como dieta hipersódica e hipercalórica, ausência de frutas e verduras, ingesta hídrica.

Entretanto, há situações mais graves do processo de adoecimento ou de restrição de nutrientes devido ao desconhecimento ou modo de organização do cuidado pelos familiares que exigem uma intervenção mais especializada.

Fiz uma visita de uma senhora, foi uma das que estavam em internamento domiciliar, ela teve alta agora. Quem estava como cuidadora era uma neta adolescente que não estava muito afim de cuidar da avó. O cuidado que ela estava tendo basicamente era dar a essa avó acamada três mamadeiras de um mingau que a mãe deixava pronta quando saía pra trabalhar [pausa]. Aí, eu tive que fazer a parte de nutricionista. Até deixar receita de sopa, eu deixei. (E13, médico)

Buscando identificar outros fatores de risco e vulnerabilidades, os profissionais apontaram, dentro do conjunto de ações de prevenção de agravos, a importância da avaliação e orientação em relação ao banho, ao sono, tosse, febre e a prevenção de feridas.

Paciente acamado tem as orientações específicas, se tiver alguma úlcera, mudança de decúbito, a orientação de massagem de conforto, a questão da avaliação das feridas, a gente faz. Também está orientando o familiar, são essas orientações mais específicas. (E3, enfermeira)

A solicitação e realização de exames constitui a rotina para o cuidado domiciliar na AD1, devido à restrição ao domicílio, conforme as falas dos profissionais, com o objetivo de monitoramento e controle do processo de adoecimento.

Atende a demanda daquele paciente naquele momento: uma renovação de receita, ou solicitação de exame, ou alguma coisa aguda ou crônica que esse paciente tenha, que a gente esteja acompanhando, que tenha surgido no momento. (E1, médico)

Em relação à imunização, deve fazer parte da rotina de trabalho dos ACS a avaliação da situação vacinal dos usuários sob sua responsabilidade. No caso dos pacientes com restrição de locomoção e perdas das capacidades funcionais, a maioria das equipes afirma realizar o procedimento de imunização no domicílio.

Vacina é mais com os agentes, mas quando tem algum caso a gente tem que ir lá intervir, levar a vacina, a gente também faz. (E14, enfermeira)

Associado ao conceito de promoção da saúde, a PNAD e os Cadernos de Atenção Domiciliar não abordam as especificidades da prevenção de agravos aos

usuários na AD1. Nestes documentos, encontra-se maior detalhamento das ações de prevenção apenas ao se referir às atribuições do cuidador. Apesar disto, observa-se que, de modo geral, a proposta de prevenção de agravos já está presente no cotidiano das equipes, dentro da organização tecnológica de cada campo de conhecimento, o que é reproduzido na AD1.

8.2.3 Tratamento de Doenças e Reabilitação

Os pacientes acompanhados na AD1, devido à restrição de locomoção e dificuldade de acesso ao serviço de saúde, exige que a equipe da atenção básica realize o atendimento clínico no domicílio, com periodicidade estabelecida a partir das suas necessidades de saúde, o que está presente nas falas dos profissionais entrevistados.

Os pacientes acamados aqui, a visita domiciliar praticamente está estipulada pra um determinado período. Aquele paciente que tem uma condição aguda num momento ou que você precise fazer a visita, com um retorno, a gente planeja: “ah, nessa visita eu volto em quinze dias, sete dias e na próxima consulta eu retorno para avaliar se a situação já foi resolvida”. (E2, médico)

Durante uma visita médica a um paciente idoso, com longo histórico de dependência funcional e recentemente egresso de uma hospitalização, observou-se a realização de exame físico completo, a avaliação do cuidado dispensado por familiar, a organização e esclarecimento das orientações e tratamento realizado no hospital, bem como desaconselhamento de intervenção cirúrgica na próstata. O profissional avaliou os riscos e benefícios do procedimento, considerando os reais ganhos para a qualidade de vida do usuário e o familiar acolheu sua orientação.

Em outro contexto de observação, a profissional identificou que o usuário acamado apresentava considerável elevação da glicemia (após teste com glicosímetro) e solicitou à família a insulina para aplicar naquele momento. Entretanto, o procedimento não foi realizado e a profissional explicou à família o motivo – que estava relacionado com o tipo de insulina disponível no domicílio – e orientou a aplicação em outro período, regularizando o ciclo do tratamento.

Em ambos os contextos observados, identifica-se a preocupação em não causar danos, prevista na prevenção quaternária, a partir da avaliação clínica, das

necessidades de saúde do usuário e cuidadores, bem como a análise dos riscos e benefícios das intervenções. Devido à fragilidade da situação de saúde dos usuários acompanhados nos contextos observados, a prevenção quaternária apresenta-se como estratégia para evitar a medicalização excessiva, reduzindo a ansiedade dos cuidadores para atender ao imperativo do consumo de serviços e procedimentos.

Alguns participantes da pesquisa informaram fazer o encaminhamento dos usuários para a rede de referência em reabilitação, com pouco êxito devido à dificuldade de transporte para os usuários acamados, de agendamento junto aos prestadores de serviço e de continuidade dos atendimentos.

Assim, tem os credenciados né, as clínicas credenciadas, os serviços, eles tem a cota de prestação por mês. Aí, algumas clínicas a gente consegue fazer contato e eles mandam “olha, vai iniciar dia tal, tal horário”, aí a gente já passa pra os pacientes essa orientação. Aí eles vão até o prestador e lá vai pacientes de todas as unidades aqui da sede, pra esses prestadores. Então, acaba ficando muito tumultuado. Muitas vezes eles não conseguem esse atendimento. (E14, enfermeira)

Além disso, os profissionais apontam a necessidade de maior número de equipes NASF no município, de modo a qualificar e ampliar o escopo de intervenções junto aos usuários, especialmente para a reabilitação e prevenção de agravos.

Na atenção básica fala essa questão do NASF. Pra ter uma fisioterapeuta que pudesse eventualmente ir nessas casas ensinar o cuidador a fazer manobras fisioterápicas pra melhorar o paciente. Psicólogo pra poder estar abordando paralelamente os casos. Assistente social pra nos dar um suporte, né? Porque a gente acaba fazendo um pouquinho de tudo sem ter o conhecimento técnico na história. Nutricionista, né, pra poder também estar vendo (E13, médico).

Até o momento, o município conta com uma equipe NASF, em fase de implantação, a qual estava vinculada apenas a uma das equipes de Saúde da Família pesquisada. A ausência de serviços de reabilitação ou apoio matricial reduz o escopo de ações voltadas para o tratamento das patologias e sequelas na AD1. Portanto, apesar de estar previsto nos documentos orientadores da PNAD, o NASF e o apoio da rede de reabilitação ainda não é uma realidade no município pesquisado.

8.2.4 Co-gestão do Plano de Cuidados

A co-gestão do plano de cuidados entre profissionais de saúde e usuários requer uma mudança na relação estabelecida entre esses sujeitos. Exige do profissional o reconhecimento da importância do usuário no gerenciamento do cotidiano de cuidados proposto. Diferente da atitude paternalista, por um lado, e da postura de desresponsabilização, por outro, o profissional de referência assume as suas possibilidades e limites no cuidado para com o usuário e estimula neste a reflexão crítica sobre seu processo saúde-doença-autocuidado.

A corresponsabilização foi identificada nos profissionais de saúde, a partir da observação das visitas domiciliares, uma vez que foram utilizadas estratégias de motivação para a adesão ao tratamento, bem como pela descrição de situações nas quais houve maior investimento para trabalhar os aspectos do autocuidado, ofertando apoio em situações de atenção não programada. Em três equipes foi possível identificar a preocupação dos profissionais em incentivar o autocuidado entre os usuários e estabelecer atribuições e responsabilidades, em prol da qualidade de vida e autonomia.

Eu sei que ele é um paciente psiquiátrico, mas no momento que ele tomava medicação, e ficava num momento mais dele, de lucidez, eu fui conversando com ele, que ele precisava tomar essa medicação, pelo menos pra ele poder se integrar na sociedade, pra ele poder sair, pra ele poder conversar com as pessoas, se ele queria melhorar. Aí ele, “não, to doente”. E aí, fui conversando com ele, ele começou a tomar a medicação. (...) Sentei e conversei com ele, que o tratamento estava indo muito bem, por ele está aceitando. Ele Já podia tomar a medicação dele sozinho. Perguntei se a médica passar a medicação oral, se ele aceitava, e ele “eu aceito”. (E7, técnica de enfermagem)

Martins e Alvim (2012), ao destacarem o conceito de autonomia do sujeito, apontam que o mesmo deve atuar como partícipe do cuidado, uma vez que ele decide, opta e escolhe o melhor para si, de modo a reunir condições de implementar o cuidado no seu cotidiano. Assim, a aprendizagem conjunta dos elementos considerados essenciais ao cuidado permite a identificação de possibilidades para a transformação, por opção do sujeito, da realidade concreta revelada.

Entretanto, quando a atenção é dirigida a pacientes com perdas funcionais, dependentes para as atividades da vida diária, o espectro de ações que permitem o

exercício da autonomia sobre o próprio corpo e autocuidado fica mais restrito. Em muitos casos, os usuários apresentam limitações para manifestar seus interesses e exercer sua autonomia – pelo agravamento das condições crônicas (sequelas de AVC, por exemplo), por superproteção ou negligência dos cuidadores, por exemplo.

O planejamento, pactuação e avaliação conjunta dos objetivos a serem alcançados podem estar entre as ações não realizadas pelas equipes, ou não identificadas durante esta pesquisa. Apenas uma profissional cita o Projeto Terapêutico Singular como tecnologia para a atenção prestada aos usuários. Porém, informa que a equipe não consegue construí-lo conjuntamente. Assim, cada profissional estabelece suas metas.

A gente tenta fazer PTS, né? Mas, acaba que não consegue discutir em equipe. É um PTS meio isolado. (E16, médica)

Neste sentido, ainda que os profissionais entrevistados identifiquem os objetivos da AD1, não há uma sistematização das necessidades de saúde do usuário. Portanto, não há plano de cuidados. A atenção à saúde segue a lógica ambulatorial/hospitalar, de atenção não-programada ao usuário, na qual as demandas são avaliadas a cada encontro no domicílio. Não havendo plano de cuidados, também não há construção e pactuação junto ao usuário. No máximo, o que foi observado, diz respeito às ações de esclarecimento sobre o diagnóstico e o tratamento.

Diante do quadro de adoecimento agravado do usuário e da definição dos objetivos a serem alcançados, historicamente, passaram por critérios técnicos, conclui-se que o profissional médico continua sendo o principal agente de saúde, mesmo na AD1. Pactuar com o usuário os objetivos pode ser entendido pelos profissionais como perda do controle sobre o processo de cuidado, uma vez que pode ser posta como prioridade outras necessidades apresentadas pelo usuário que ignoram os riscos da história natural das doenças ou que não são suficientes para alcançar níveis clínicos (biomédicos) satisfatórios, no tempo necessário.

8.2.5 Grau de Implantação da Atenção ao Usuário na AD1

A análise do conjunto de entrevistas por equipe de Saúde da Família que participou da pesquisa indica que, na unidade de análise Promoção à Saúde, as estratégias de educação em saúde estão presentes na AD1 realizada por todas as equipes, principalmente na adequação da linguagem ao nível socioeconômico-cultural das famílias para as orientações referentes ao processo saúde-doença, sobre adesão ao tratamento, encaminhamentos e prescrições. Entretanto, ainda há uma lacuna na identificação de fatores de proteção, o que se agrava ainda mais quando se avalia o estímulo à preservação ou desenvolvimento de tais fatores, resultando na baixa pontuação das equipes nessas variáveis.

Portanto, o paradigma da promoção da saúde – presente e valorizado nos modelos de atenção às condições crônicas, bem como no movimento da Atenção Primária à Saúde – ainda não está completamente inserido no processo de trabalho das equipes de AD1 pesquisadas. Ou seja, ainda não é vislumbrada como finalidade a ser alcançada. Considerando-se as características de adoecimento crônico agravado nos casos acompanhados em AD1, possivelmente as equipes tenham maior dificuldade para identificar e estabelecer estratégias de promoção da saúde. Inevitavelmente, tais estratégias ficam restritas a grupos populacionais saudáveis (sem diagnóstico biomédico).

Nas unidades de análise Prevenção de Agravos e Tratamento e Reabilitação, a maioria das equipes apresenta excelente desempenho. Vale ressaltar que muitas ações de prevenção de agravos já fazem parte das atribuições dos ACS, porém os profissionais de nível superior também relataram desenvolvimento dessas ações como parte da rotina na AD1. Considerando a condição de saúde dos usuários restritos ao domicílio, a avaliação clínica e intervenção sobre agravos e sequelas é uma das principais características e demandas para as equipes. Tais práticas tornam-se prioritárias ao constatar-se que comumente a AD1 é o principal acesso, quando não é o único, ao serviço de saúde por esses usuários.

Em contrapartida, as equipes apresentam menor desempenho na unidade de análise Co-gestão do Plano de Cuidados. Observa-se nas falas dos profissionais das equipes pouca referência à corresponsabilização, bem como ao planejamento, pactuação e avaliação dos objetivos a serem alcançados junto aos usuários.

O modelo de relações verticalizadas entre profissionais de saúde e usuário ainda é bastante presente, tanto devido à hegemonia do modelo biomédico na prática dos profissionais, quanto na organização dos serviços. Especialmente na AD1, este modelo de relação entre os atores pode ser acentuado pelo grau de dependência dos usuários em relação a este serviço, aumentando a assimetria de poder da equipe.

Considerando que na AD1 serão acompanhados os indivíduos que, possivelmente, representam o fracasso de intervenções profissionais anteriores, as relações podem ser permeadas pela culpabilização dos usuários sobre o resultado de agravamento do quadro clínico, desconsiderando os limites do Sistema de Saúde que não consegue dar respostas efetivas às necessidades dos seus usuários e dos profissionais que nele atuam.

Ao final, três equipes (EqSF 2, EqSF 4, EqSF 5) apresentaram grau de implantação avançado para a Atenção ao Usuário, na AD1. Uma equipe alcançou o grau intermediário (EqSF 1) e uma equipe (EqSF 3) foi classificada com grau incipiente na implantação deste componente. Aponta-se para a necessidade de investimento nos aspectos relativos à promoção da saúde e à co-gestão do plano de cuidados para a mudança do modelo de atenção à saúde reproduzido pelas equipes na AD1.

8.3 Atenção à Família e Cuidadores

8.3.1 Abordagem Integral às famílias

O processo de territorialização, a definição de um número de usuários acompanhados, e o foco na comunidade/domicílio e na família proposta pela perspectiva da Atenção Primária à Saúde permitem, além do fortalecimento do vínculo, a compreensão sobre os modos de andar a vida de determinado grupo populacional, especialmente do contexto familiar.

Eu acho de extrema importância (a atenção domiciliar), porque também conhece não só o paciente, mas toda a família. E o agente de saúde da família trabalha com família, né? Então, a gente sabe como é que mora,

aonde dorme, como são assim as condições, né, assim da casa. Eu acho bastante interessante. (E10, odontóloga)

Assim, identificar e orientar sobre as necessidades de saúde dos membros da família, é tornar a atenção domiciliar ampliada e mais resolutive. Os profissionais de saúde entrevistados apontam para o acolhimento e atendimento do cuidador no domicílio, reconhecendo que as funções por ele desempenhadas junto ao familiar dependente gera redução do autocuidado.

Na visita também a gente faz o atendimento do cuidador, muitas vezes é o filho, alguém que ta ali cuidado, muitas vezes não tem como vim aqui na Unidade pra ta cuidando da própria saúde, então a gente faz o atendimento dos pacientes no domicílio. (E1, médico)

A literatura aponta que a responsabilidade dos cuidados domiciliares frequentemente recai sobre um único indivíduo da família, o que gera sobrecarga e abandono no autocuidado. Associado a isto, a relação entre as atividades inerentes ao ato de cuidar e o nível de dependência dos enfermos expõe os cuidadores a múltiplos fatores que levam ao desgaste físico, mental e emocional, causando um ônus importante ao seu cotidiano (Baptista, 2012), provocando ou agrando processos de adoecimento.

Entretanto, na AD1, como o principal objeto de trabalho é o usuário com restrição física de locomoção até a unidade de saúde, na maioria das vezes os outros membros da família ficam como objeto de trabalho apenas do ACS. Com exceção das ações educativas, não foram citadas ações de atenção à saúde dos outros moradores do domicílio pelos profissionais de nível superior, além do usuário com restrição de locomoção e do cuidador. Neste caso, perde-se a oportunidade de investir na integralidade e na ampliação do cuidado domiciliar, reforçando o modelo biomédico, centrado na doença, e a fragmentação do trabalho em saúde.

Todavia, os profissionais reconhecem que o atendimento às necessidades de saúde do usuário passa pela dimensão familiar – seja pela existência de recursos financeiros para prover as condições mínimas de saúde (alimentação, moradia, eletricidade, materiais de higiene pessoal e ambiental), pela disponibilidade de recursos humanos para prover o cuidado nas condições de vulnerabilidade, bem como reconhecimento das necessidades de saúde de seus membros.

A priori, também a gente não deixa de notar a questão social que muitas vezes estão inseridos, você vê idosos morando sozinhos, você vê pessoas com deficiência morando sozinhas, você vê baixa renda, né? Às vezes você chega numa casa e percebe que a pessoa nem tomou café, dez horas da manhã, porque não tem o que comer. Então, existem outras situações que você acaba observando, então não é só a questão de “ah, o paciente tá tomando a medicação correta? A receita tá atualizada, tem algum curativo pra fazer, tem alguma escara, se anda, se não anda”. (E15, enfermeira)

Neste sentido, o modo de organização da casa traz informações sobre as condições de vida, geralmente relacionados com a renda familiar, mas também sobre os hábitos de higiene e organização das tarefas domésticas (o conhecimento sobre os processos saúde-doença e a valorização/cuidado com o ambiente) e sobre as relações estabelecidas entre seus membros (acolhimento ou isolamento, por exemplo), conforme citados nas falas abaixo:

Porque a gente ainda tem uma população de característica rural, a gente atende domicílios que não tem rede de esgoto, que não tem nada, que eles fazem as necessidades no chão. (...) A maioria não sabe ler. (E5, médica)

Não olhamos só o paciente, nós olhamos a família do paciente, olhamos tudo, olhamos a higiene, olhamos tudo do paciente. O que está acontecendo na família dele, porque a falta de higiene, porque eles não estão querendo arrumar a casa, porque não tão querendo tomar banho, porque que estão se envolvendo com a bebida, entendeu, com o álcool. (E7, técnica de enfermagem)

Então, eu gosto de estar observando tudo que tá acontecendo, né, nas casas. A gente tem paciente que realmente é isolado da família, que às vezes ele tá ali na casa principal, mas ele mora num quatinho, no fundo. Então, tem todo um contexto que a gente gosta de estar observando. (E15, enfermeira)

O profissional de saúde na atenção domiciliar que se depara com situações de extrema pobreza ou de negligência do cuidado, na maioria das vezes, mobiliza-se afetivamente, demonstrando incômodo, indignação e preocupação com o bem-estar do usuário. De acordo com os sujeitos entrevistados, são situações do cotidiano, imprevisíveis e não evitáveis. Como estratégia para lidar com esta situação, foi apontada a identificação do motivo que levou a família àquela atitude, a orientação, a eleição de outro cuidador disponível, o apontamento da responsabilidade jurídica da família ou ainda o encaminhamento para outros órgãos.

Às vezes é desatenção, às vezes é despreparo. Às vezes as pessoas não sabem ler, não sabem escrever, ou não vêem, são desatentas. Às vezes é

que um cuidador, era cuidador enquanto estava desempregado, aí foi trabalhar e ficou sem ninguém pra cuidar. Está tomando medicação errada, tomando tudo de uma vez. São situações do dia-a-dia né, que a gente se pega na vivência e não tem como evitar. (E12, enfermagem)

Quando a gente percebe isso, a gente procura cutucar, falar sobre o Estatuto do Idoso, falar em certas questões que são jurídicas né, que são sociais e que a família precisa estar mais presente. Lógico que não é num tom ameaçador porque a gente sabe que isso pode prejudicar até o próprio paciente, mas a gente tenta fazer com que as pessoas se conscientizem do papel de cada uma. (E15, enfermeira)

E aí, a gente depara com aquela situação de fome, são poucas, né, mas isso acontece. A gente encaminha eles pra Secretaria de Saúde, no qual tem uma assistente social que vai ver o que pode se fazer. (E6, ACS)

O modo de condução das estratégias adotadas pode variar entre o acolhimento das demandas e a culpabilização da família, entre a orientação sobre direitos/ deveres e a imposição e fiscalização sobre o cuidado familiar, bem como entre responsabilidade compartilhada com outros órgãos e a desresponsabilização da equipe em relação ao caso. Quem faz essa escolha sobre o modo de conduzir o cuidado são os profissionais. Qualquer política e programa de saúde não tem gerência sobre a postura ética-técnica-política dos profissionais no seu cotidiano de trabalho.

Outras situações de violência familiar não foram citadas pelos profissionais. Para um dos entrevistados, o não enfrentamento dessas situações na Atenção Domiciliar se dá devido ao contexto de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Nesta, a presença do ACS funcionaria como um filtro na seleção das famílias a serem visitadas.

Porque é diferente, por exemplo, de quem faz a domicílio SAMU da vida, que chega em situação de crise. Aí é mais complicado. Mas aqui é uma visita programada, de gente que já se conhece, que sabe quem é, que tem um vizinho que vai visitar junto, que é o agente comunitário. Então, isso tudo é facilitador na verdade dessa situação. (E13, médico)

De certo modo, os agentes comunitários, ao identificarem os casos a serem incluídos na AD, podem não indicar famílias com conflitos interpessoais mais graves. Considerando que eles moram no território, o envolvimento com essas situações podem trazer riscos pessoais (relativos à segurança). O agendamento da visita também pode funcionar como um filtro. Reconhecidamente, famílias que vivenciam situações de abuso físico, por exemplo, tendem ao isolamento social e,

provavelmente, recusariam a entrada de um estranho na dinâmica familiar, mesmo que seja um profissional de saúde.

No caso de óbito no domicílio, profissionais médicos informam que, quando se trata de usuários acompanhados na atenção domiciliar, com diagnóstico conhecido e tratamento estabelecido pela equipe, monitorados periodicamente e conhecendo a dinâmica familiar, atestam o óbito e fazem orientações e apoio à família.

Aqui eu já forneci atestado de óbito de paciente que, fora do nosso horário normal de trabalho, tipo à noite, foi a óbito em casa e aí a família nos procurou, isso já é rotina. Paciente acompanhado, sabe o histórico, a gente acaba fazendo a declaração de óbito. (E13, médico)

Já teve paciente com doença terminal, que a gente tem que visitar toda semana. Eu deixo o número do meu celular com a família pra qualquer coisa. E se o paciente falecer, eu emito o atestado de óbito. (E17, médica)

Destaca-se que, ao lidar com as famílias, os profissionais colocam em cena a sua percepção e vivência de família. Isto se reflete na abordagem adotada e, especialmente, na estratégia de problematização do cuidado familiar. Para além dos aspectos jurídicos, aponta-se para a reciprocidade e retribuição do cuidado e afeto recebidos em outros momentos da fase do ciclo de vida. Uma profissional entrevistada apresentada a idealização e generalização das relações e dinâmicas familiares para avaliação e intervenção nas situações encontradas na AD1.

A gente tem pai e mãe, a gente tem um ente querido que um dia cuidou da gente e que agora necessita do nosso cuidado, né? Então, a gente tem que saber agradecer pelo que fizeram conosco. Está na hora da recíproca ser verdadeira. (E15, enfermeira)

Os instrumentos de trabalho com famílias não são utilizados pelas equipes pesquisadas. Uma das hipóteses possível está no processo de formação dos profissionais de saúde. A família, enquanto objeto de trabalho, ainda está restrito às áreas de interface com as ciências humanas, tais como Psicologia e Serviço Social. Por isso, as tecnologias ainda são desconhecidas da maioria dos profissionais de saúde. Por sua vez, aqueles que conhecem instrumentos de trabalho com famílias, podem não ter se apropriado de como torná-los úteis ao seu fazer em saúde.

Outros estudos corroboram os resultados encontrados e afirmam que os instrumentos de abordagem familiar são pouco aplicados no processo de trabalho

das equipes de Saúde da Família, restringindo-se ao uso acadêmico, por exigirem 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 (PEREIRA *et al*, 2009; MOIMAZ *et al*, 2011).

A proposta de Saúde da Família coloca em foco o papel desta instituição (família) na produção de fatores de risco/vulnerabilidade e de proteção para os sujeitos nela inseridos – o que vai desde os fatores genéticos, o aprendizado de hábitos e comportamentos, o compartilhamento das condições de moradia, alimentação e lazer, até a providência de informações, afeto e cuidado. Neste sentido, olhar a família como unidade a ser cuidada requer reconhecê-la como um sistema, no qual os sujeitos que compartilham o mesmo ambiente doméstico não estão isolados, imunes à dinâmica estabelecida entre si, mas influência/afeta e são influenciados/afetados pelos modos de se relacionar neste contexto.

Os instrumentos de trabalho com famílias contribuem para avaliação e diagnóstico das dinâmicas familiares, da repetição dos padrões de comportamento e adoecimento, e dos desafios encontrados em cada fase do ciclo de vida familiar, o que permite o cuidado ampliado à família. Nos Cadernos de Atenção Domiciliar (Brasil, 2012b) são apresentados alguns instrumentos de trabalho com famílias, na medida em que as mesmas são considerando como sistemas complexos e dinâmicos.

8.3.2 Consentimento e Pactuação com a Família

Considerando o quadro de dependência funcional dos usuários acompanhados em AD1, as orientações sobre o seu processo saúde-doença-cuidado precisa envolver os familiares de maior convivência. Isto porque, em alguns momentos, é fundamental a priorização, dentro da família, das demandas do usuário para a continuidade do tratamento e para garantia da qualidade de vida, como o monitoramento e/ou administração correta dos medicamentos, modo de preparo dos alimentos, sinais de alerta sobre o agravamento do quadro, dentre outros. Em

alguns casos, o profissional precisa intervir sobre a dinâmica familiar para interromper situações onde o cuidado está prejudicado e pactuar a melhor forma de conduzir.

Recado, mandei, deixei bilhete pra essa filha que sai cedo pra trabalhar vir aqui pra poder conversar. Ou seja, uma situação também desarmônica, complicada. Essa idosa num quarto que só cabia a cama, sem janela, suada e sem um ventilador, que só apareceu quando eu solicitei porque eu não estava aguentando lá dentro pra ela ser examinada. E aí se conversa com a filha, a filha joga a culpa para as outras irmãs que não moram, que não ficam, porque ela assume tudo sozinha. “Então tá, já que você assume tudo sozinha tem que assumir direito”. Ela não gostou muito das orientações, saiu meio se batendo. (E13, médico)

As limitações do cuidado familiar devido à redução de pessoas disponíveis para o compartilhamento desta função – seja pela incapacidade (física, de escolaridade ou de aprendizado de técnicas), pela priorização de outras dimensões do cotidiano, ou mesmo pela redução do tamanho das famílias – geram outras limitações para o cuidado profissional. A intervenção sobre os fatores adversos presentes no cuidado familiar pode gerar tensões e mal-estar, dificultando as pactuações e a corresponsabilidade.

Em alguns casos, os profissionais identificam a necessidade de envolver mais de um membro da família no planejamento e pactuação das ações de cuidado ao usuário que demanda atenção domiciliar, especialmente nos cuidados paliativos e em saúde mental, referente ao risco de autoagressão.

Se a gente tem um paciente portador de algum retardo, que a gente está com toda família, a gente procura fazer uma orientação do cuidado de uma forma geral pra todo mundo. Um paciente com problema psicológico, como a gente tem, esquizofrênico, depressivo, pacientes que já tentaram suicídio, então eu envolvo toda a família, peço pra chamar pai, irmão, mãe, marido, entendeu? E conversar de uma forma geral orientando a família como um todo, não só o paciente. (E5, médica)

Apesar disto, a pactuação e avaliação conjunta do plano de cuidados ainda não estão plenamente inseridas no processo de trabalho da AD1. Observa-se que a comunicação sobre a proposta de cuidados se restringe às orientações sobre o diagnóstico e tratamento prescrito pelos profissionais.

Diante da assimetria de poder, Lacerda (2010) destaca que na relação profissional-usuário se constrói a possibilidade de autonomia ou a sujeição e dependência dos indivíduos e familiares aos cuidados em saúde. Geralmente, os usuários têm dificuldades em julgar suas reais necessidades e direitos. Além disso, os mesmos apresentam temor em expor contrariedades diante da situação de dependência, porque acredita numa retaliação dos profissionais.

Assim, a avaliação do cuidado familiar constitui-se como rotina na AD1, especialmente em situações de dependência funcional dos usuários. Porém, este processo é unidirecional. Compartilhar a produção e avaliação do plano de cuidados exige considerar as percepções dos usuários e famílias sobre as possibilidades cotidianas de colocar em prática o que está programado, as suas prioridades e conclusões. Isto possibilitaria maior efetividade do cuidado, mas também colocaria em pauta a avaliação dos profissionais e equipe, retirando-os da zona de conforto.

Em relação à utilização do termo de consentimento informado, os entrevistados referiram desconhecimento e não fazer uso de documentação por não considerar necessário. Há o entendimento de que o consentimento está explícito na medida em que o familiar ou usuário solicita a visita, ou mesmo por aceitá-la quando o ACS agenda. Por outro lado, consideram que para o bom andamento da AD é necessária a existência de cuidador durante a visita, bem como a disposição de documentos (como resultados de exames, relatórios de outros profissionais que o acompanham, receitas médicas, medicações em uso, etc.).

E: E a família, assina algum termo de permissão para o atendimento domiciliar?

E13: Não, geralmente é solicitado, apenas. Já é paciente da área, é solicitado, a gente vai. Combina geralmente o horário, pra ter gente em casa. Que às vezes o cuidador, às vezes é uma pessoa contratada. Às vezes é uma pessoa que não entende muito, tipo, a filha dá a medicação de manhã e deixa com o cuidador e vai trabalhar. Esse cuidador às vezes é analfabeto, não sabe onde tá a receita, não sabe explicar as medicações. Aí, nesse dia, precisa que alguém fique ou pelo menos deixe toda a documentação pra que a gente possa fazer visita. (E13, medico)

Todavia, diante do atual contexto de judicialização da saúde, aponta-se para a importância do termo de consentimento, especialmente quando há conflitos de orientações e condutas técnicas entre profissionais (por vezes, a família opta por

fazer o acompanhamento em serviço particular) ou nos casos de administração de medicamentos no domicílio e monitoramento dos cuidados paliativos. Nos casos em que o paciente não pode verbalizar seu consentimento e seu interesse na AD1, pode haver contestações de outros membros da família que discordam dos modos de cuidado no domicílio, especialmente em casos que envolvem a terminalidade da vida.

8.3.3 Orientação e Atenção ao Cuidador

As bases do trabalho no domicílio são o paciente, a família, o contexto domiciliar e os cuidadores. É preciso que num primeiro momento a família seja instrumentalizada a cuidar, bem como verificar as condições do indivíduo e sua família em assumir este cuidado. Identificar quem cuida – se o faz por livre escolha, idade, escolaridade, tempo de cuidado –, e definir e orientar junto ao cuidador as suas funções é possibilitar a capacidade de autogoverno (LACERDA, 2010).

As orientações sobre as atribuições do cuidador, de acordo com os entrevistados, perpassam pelo projeto terapêutico de controle da doença e outros agravos, o que abrange a administração correta de medicamentos, curativos, higiene e alimentação dos usuários domiciliados.

Por exemplo, uma pessoa vai usar insulina no domicílio. A gente tem que treinar o usuário e o cuidador. Quando do uso da dose supervisionada, no caso da tuberculose, o cuidador pode ser o responsável pela dose supervisionada. A gente vai treinar a pessoa também. Então, são algumas situações que a gente lança mão das pessoas que estão nesse ambiente domiciliar pra estar dando sequência às nossas ações. Acontece isso. (E12, enfermagem)

Observa-se que o cuidador é compreendido como aquele que vai dar seguimento às condutas prescritas pelo profissional de saúde. De certo modo, ele integra a equipe de cuidado e será cobrado no desempenho de suas funções. Porém, na maioria das vezes, são cuidadores informais, sem preparo técnico, e não há um esclarecimento das suas atribuições e sistematização das orientações dadas pela equipe. Alguns profissionais apontam a expectativa de realizar treinamento coletivo para os cuidadores (em formato de curso), de modo a melhor capacitá-los para o cuidado.

A gente ainda não conseguiu estabelecer ainda essa linha aqui, mas a gente tem essa vontade, tanto minha quanto da enfermeira, a gente já conversou sobre isso. Tanto curso básico pra ferida, quanto pra higiene do paciente que ele tá cuidando. (E1, médico)

A gente dá uma orientação quando o cuidador pede. (E17, médica)

Constata-se que as orientações ao cuidador, na maioria das vezes, são realizadas a partir da situação encontrada durante a visita. Ou seja, não é feita de modo sistemático, e preventivo. Além disso, tem como foco o controle da doença. Outras orientações voltadas para o estímulo da autonomia do usuário dependente e da saúde mental e relacional do mesmo não foram citadas. Neste caso, a reprodução do modelo biomédico de cuidado continua presente na AD1, perpassando o modelo de atenção da equipe e do cuidado familiar.

Outras informações importantes transmitidas pelos profissionais de saúde entrevistados aos cuidadores dizem respeito à organização do serviço e às possibilidades da equipe e do setor saúde para atender às demandas dos usuários.

Ele orienta também, ver como é que eles estão fazendo, se está certinho, reorienta se identificar alguma coisa, né? Orienta o que é que tem, que pode vir na unidade, o que pode solicitar, o que pode conseguir com a gente. (E3, enfermeira)

Vale ressaltar a importância das orientações ofertadas pelas equipes sobre o agravamento do quadro clínico e sobre os recursos disponíveis no setor saúde, diante das limitações das unidades básicas de saúde (desde o horário de funcionamento, até a existência de insumos/equipamentos para dar maior resolutividade ao problema apresentado). Há o reconhecimento da importância dessas orientações na medida em que estimulam os cuidadores e familiares sobre as ações emergenciais.

Graça a Deus, aí sempre também tem orientação, né? Do SAMU, tem sempre. As pessoas tão orientadas, se houver qualquer problema, entrar em contato com a SAMU, se não, se não for caso de chamar a SAMU, e a pessoa tiver como se locomover até uma UPA, a gente tem que fazer. Porque a gente também não tem que tá fazendo 24 horas, né? No final de semana, que eu não trabalho, vai ter as férias, eu vou tirar, a licença, que to aguardando. (E6, ACS)

Alguns profissionais observam impactos positivos a partir da realização da atenção domiciliar e orientação aos cuidadores. Em alguns casos, nota-se a valorização da atenção básica pelos usuários que têm a sua demanda ou a de um familiar acompanhado em domicílio. Além disso, muitas vezes, observa-se que a AD1 é interpretada como uma fiscalização do cuidado prestado pela família, responsabilizando-a pelos resultados, o que provoca maior implicação dos cuidadores sobre o tratamento.

A partir do momento que a gente passou a fazer as visitas eles viram como uma forma da unidade estar fiscalizando também o trabalho dos cuidadores. Então, a gente já encontrou melhora, de encontrar paciente que tem problema de incontinência urinária em condições de higiene precárias, e a gente sinalizar, da outra vez já ter trocado o colchão, ter trocado as coisas, tá tendo mais cuidado em relação a isso. (E14, enfermeira)

Observa-se que a noção de fiscalização das equipes sobre a família e o cuidado prestado no domicílio pode perpassar diversas práticas presentes na AD1 – desde as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, até a pactuação e abordagem familiar. Interessante notar que isso pode não conotar a negatividade da assimetria das relações entre profissional de saúde-usuários. Ao contrário, pode ser um mecanismo de ação em defesa dos interesses dos indivíduos mais vulneráveis, aplicado aos casos que não respondem à lógica da dialogicidade das relações.

Por outro lado, muitos profissionais entrevistados identificam a sobrecarga do cuidador como fator restritivo do autocuidado, com repercussões sobre o heterocuidado, e buscam prover a sua assistência no domicílio. A proposta de grupos de cuidadores presente nos Cadernos de Atenção Domiciliar pode ser frustrada diante da ausência de voluntários (familiares ou não) para o revezamento do cuidado, ou ao menos assumi-lo no momento que o cuidador vai ao grupo.

Algumas vezes, a gente chegou a tentar programar, convidamos para o grupo de cuidadores, mas até pela dificuldade de sair, porque estão cuidando, não vinham. Então, algumas vezes, o que a gente faz é permitir a consulta do cuidador na mesma visita do acamado. Exatamente porque sendo aquela pessoa o único disponível, às vezes na família, para estar cuidando daquela pessoa, não tem como se ausentar um turno pra vir à consulta. Então, a gente acaba fazendo o atendimento dessa pessoa também a domicílio pra também facilitar que tenha assistência. (E13, médico)

O monitoramento do cuidado familiar gera outras demandas para equipe que está atenta à sobrecarga do cuidador. Isto porque alguns profissionais reconhecem que a condição de saúde e o estresse, resultados do desempenho desta função, têm impactos na qualidade de vida e de cuidado do usuário dependente. Todavia, o cuidador também é um usuário do serviço que está domiciliado (não por suas condições físicas, mas pela função que exerce) e que precisa ser foco de atenção das equipes.

Uma das estratégias para auxiliar o cuidador a lidar com a sobrecarga é a escuta. A partir dela é possível fortalecer os vínculos com a equipe, promover a ressignificação deste lugar ocupado na família, desenvolver estratégias alternativas para solucionar conflitos e ampliar a rede de apoio social. Neste sentido, algumas equipes se colocam como componentes da rede de apoio.

Alguns casos, o pessoal já começa abrir mais os olhos, perceber onde tá errando, né? Aí, quando a gente percebe que dá pra conversar mais, chama pra unidade. De repente tá estressado, tá estafado porque está tudo nas costas da pessoa, porque é ela que resolve tudo. Então, de repente essa pessoa, esse cuidador tá precisando também ser cuidado né, de atendimento psicológico. Então, a gente vai tentando fazer a estratégia da melhor forma possível. Dentro dessa área, a gente aprende a ser médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, ser nutricionista. Bombril, né? Mil e uma utilidades. Na hora do aperto, a gente tem que se virar [risos]. (E15, enfermeira)

Diante da escassez de recursos humanos e equipamentos estatais no setor saúde que atendem à diversidade e complexidade das necessidades de saúde dos usuários atendidos na AD1, pode haver um afrouxamento das divisões tradicionais do trabalho e dos núcleos de saber. Neste sentido, os profissionais da AD1 desenvolvem ações para além do seu saber específico, o que aponta para uma versatilidade e implicação com o processo de trabalho e com os sujeitos envolvidos. Porém, sem apoio matricial de outros especialistas, estas ações podem gerar sobrecarga da equipe, frustração e baixa resolutividade.

Apesar da maioria dos profissionais identificar a sobrecarga do cuidador, muitos não apontam ações que buscam evitar ou reduzi-la. Na maioria das vezes, a única ação desenvolvida é o atendimento do cuidador no domicílio, o que não gera impactos na sobrecarga.

Observa-se que as atividades coletivas (grupos), familiares (revezamento) e comunitárias (acesso à rede de solidariedade – vizinhos, grupos religiosos, amigos)

quase não foram citadas. Conjectura-se que isto ocorra devido à ausência de instrumentos de trabalho (aqui entendidos como conhecimentos e competências) para intervir sobre essa situação, ou ainda devido à sobrecarga dos próprios profissionais de saúde em relação à demanda assistencial (domiciliar e ambulatorial), bem como à ausência de alternativas no contexto em que as famílias vivem (redução das famílias, escassez de membros disponíveis e interessados em assumir a função de cuidador, etc.) e de articulação no contexto comunitário e intersetorial.

8.3.4 Grau de Implantação da Atenção às Famílias e Cuidadores

Na unidade de análise Abordagem Integral à Família, a única variável sem pontuação por todas as equipes refere-se ao uso de instrumentos específicos para trabalhar com as famílias. Neste quesito, nenhuma equipe adota instrumentos para avaliação, diagnóstico e intervenção na unidade familiar. Em seguida, aponta-se que a avaliação das equipes ficou prejudicada na variável referente à atenção à saúde de outros membros da família no domicílio, uma vez que apenas o cuidador recebe atenção. Foi possível observar profissionais de apenas duas equipes (2 e 4) fazerem intervenções sobre a saúde e bem-estar de outros moradores do domicílio.

Aponta-se para a reprodução do modelo biomédico, na medida em que há o foco na doença e na pessoa adoecida. A abordagem familiar é prejudicada tanto na intervenção sobre a saúde individual de seus membros, como na atenção à dinâmica familiar.

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, mesmo com restrições financeiras; apoio à família, especialmente nas situações de terminalidade da vida.

Em relação à unidade de análise Consentimento e Pactuação com a Família, apesar das equipes fazerem esclarecimentos e orientações à família aponta-se que há baixa adesão à proposta de planejamento e avaliação das ações em conjunto com as famílias. Por sua vez isto fica explícito na ausência de pactuações do plano

de cuidado e na completa ausência do uso do termo de consentimento informado. Tudo isso corrobora a hipótese da permanência da verticalização da relação.

Por fim, na unidade de análise Orientação e Atenção ao cuidador, as equipes identificam a sobrecarga do cuidador, porém há certa dificuldade para desenvolver ações que evitem ou reduzam este processo, o que repercute em baixa pontuação na matriz de análise. Aponta-se que as equipes fazem orientações sobre atribuições do cuidador e sinais de agravamento, porém ainda não há uma sistematização deste processo. É preciso 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 estabelecido pela família.

A avaliação do conjunto das três unidades de análise indica que quatro equipes (EqSF 1, EqSF 2, EqSF 4, EqSF 5) apresentam grau intermediário de implantação da Atenção às Famílias e Cuidadores. Uma equipe (EqSF 3) apresenta grau insuficiente de implantação deste componente.

8.4 Gestão da Atenção Domiciliar

8.4.1 Planejamento e Gestão da AD1

A gestão da atenção domiciliar exige a organização de espaços, a definição de atribuições e a articulação entre os diversos trabalhadores e momentos do processo de trabalho. Isto inclui a definição de fluxos, critérios de elegibilidade e planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Na maioria das vezes, segundo os entrevistados, a demanda de atenção domiciliar é trazida pelos agentes comunitários no turno destinado às reuniões da equipe. Nesta, os casos são apresentados e discutidos na equipe. Porém, observa-se que este momento de planejamento da AD pode ocorrer antes da reunião (entre o profissional demandado e o ACS) ou mesmo em espaços informais (corredores, consultórios), fora do turno da reunião de equipe.

Basicamente, tem um momento anterior ao início da reunião, que eu chamo de reunião de visita, que é a reunião com os agentes comunitários, pra saber a demanda da área, naquele momento, pra gente está fazendo um escalonamento de, como eu vou dizer, de prioridade, pra a fazer a visita. E aí,

a visita é feita. Como é um turno só, normalmente são quatro vistas no turno. (E1, médico)

É assim: o paciente doente, que precisa uma visita domiciliar, ele pede pra o agente comunitário e o agente comunitário avisa, entendeu? Nesse caso, os agentes comunitários, aqueles que estão na comunidade pesquisando e priorizando os pacientes que precisam a visita, então eles fazem a programação e passam pra mim. Essas informações são passadas hoje, na reunião de hoje. Amanhã é visita, já conheço os pacientes que vou visitar. É agendado sempre no dia anterior, ou seja, os agentes comunitários me falam “ó doutora, amanhã temos três visitas, temos quatro visitas, os pacientes são esse, esse aqui, tem isso, isso aquilo”. (E2, médica)

Observa-se que são os agentes comunitários que selecionam e organizam o fluxo dos usuários que serão assistidos no domicílio. Em unidades onde há pouca demanda para AD1, os profissionais conseguem acompanhar periodicamente todos os usuários. Entretanto, diante de um alto quantitativo de usuários na AD1, o desconhecimento de todos os casos acompanhados por cada ACS pode gerar vieses de seleção (serão visitados usuários moradores do território onde há agentes mais implicados), desassistência (uma vez que os ACS não têm domínio técnico para avaliar e classificar por critérios de risco) ou descontinuidade da Atenção Domiciliar (devido registro do período de retorno a ser realizado de forma improvisada em cadernos ou celulares).

Em consonância, o estudo de Cunha e Sá (2013) indica que o ACS define seus próprios critérios para organizar as visitas, levando a produção de diferenças no acesso da população no mesmo território. As autoras constataram que alguns estabelecem prioridades em relação aos problemas mais relevantes, outros desconsideram os grupos de risco, buscando apenas facilitar seu processo de trabalho. Assim, o desenvolvimento do trabalho se dá de forma isolada, sem haver uma coordenação geral, necessária para que as iniquidades sejam evitadas.

Alguns profissionais das equipes pesquisadas reconhecem a necessidade de melhor organizar o fluxo da AD1, favorecendo o monitoramento longitudinal dos usuários e famílias.

Então assim, eu acredito que falta ainda a gente conseguir isso, essa sistematização, né, da atenção domiciliar. A gente ter o controle de quem está sendo visitado, quem precisa mais. No papel, o que a gente faz, né? Empiricamente (entre aspas) no que vai sendo solicitando. Mas assim, nada organizado no papel, no protocolo. (E3, enfermeira)

Apesar dos ACS fazerem o monitoramento periódico das famílias sob sua responsabilidade, a (re)organização do processo de trabalho (seja por mudança de micro-área, seja pela necessidade de atualização dos dados), por vezes, exige a priorização de alguns aspectos, como a busca ativa de usuários restritos ao domicílio no território e a sistematização das informações.

Nesse início de ano, eu lancei como proposta pra o pessoal fazer um levantamento (...) e eu acho que a gente vai acabar descobrindo mais pessoas que precisam. (E14, enfermagem)

Algumas equipes estão mais avançadas neste processo, contando com a relação de todos os usuários da AD1, a partir da qual os profissionais (médicos, enfermeiras e odontóloga) fazem o monitoramento das suas visitas e do retorno programado, definindo a periodicidade da AD1, não dependendo dos registros do ACS. Outra estratégia apresentada é a utilização de uma agenda mensal para registro das visitas de retorno.

Existe uma lista de pacientes de visita e cada paciente desse deve receber uma visita a cada três meses de um de nós aqui da unidade, então o controle é feito por aí. Tanto da nossa parte como da parte do agente comunitário, o que não impede uma visita esporádica caso haja necessidade. (E12, enfermagem)

Eu digo que daqui há 3 meses eu volto para esse paciente e o agente vem aqui e coloca na agenda daquele mês. (E17, médica)

O processo de documentação dos dados dos usuários acompanhados em AD1 ainda não é priorizado pela maioria dos profissionais. Aponta-se para a persistência de atividades não programadas pela equipe. Ficam sob responsabilidade dos ACS a seleção dos usuários (a partir de critérios biomédicos, ainda que sem domínio técnico), o agendamento e a organização das visitas de retorno. Observa-se que, geralmente, isto ocorre a partir da agudização dos sintomas, após sinalização da família, não priorizando as ações de proteção e promoção da saúde, bem como a prevenção de agravos. Em todos os aspectos há uma reprodução do modelo biomédico, com perdas significativas para longitudinalidade do cuidado.

Considerando que parte das equipes avaliadas convive com um número de ACS insuficientes para a demanda (seja porque houve grande aumento da população residente no bairro, ou porque houve mudança na territorialização, ou ainda mudança de área do ACS, sem reposição) este processo fica ainda mais

prejudicado. Nesses casos, as equipes precisam contar com a decisão pessoal de cada ACS para monitorar famílias além do número previsto, ou para acompanhar a equipe nas visitas em áreas não cobertas.

Eles (ACS) fazem o rodízio (nas áreas descobertas). Porque por exemplo, na minha área, numa microárea minha, ela tá descoberta. Mas, tenho dois agentes de saúde que, vamos dizer, eles também já conhecem a região, então a gente vai alternando. (E15, enfermeira)

Aponta-se para a descaracterização da Atenção Primária à Saúde, o que tem impactos no grau de resolutividade da assistência e das ações de vigilância a saúde. Apesar de demonstrar compromisso com a situação de saúde da população e com o trabalho em equipe, a disposição pessoal dos ACS para atuar além do seu território e população vinculada não resolve a problemática da carência de profissionais. Esta atitude não pode ser solicitada e esperada para todos os agentes comunitários porque vai além de suas atribuições, não alcança as ações de monitoramento regular da situação de saúde da população de território não coberta por ACS, estando restrito às situações clínicas mais graves, e, portanto, tem resolutividade pontual e flutuante.

A rigidez e burocracia do aparato estatal, bem como a morosidade na tomada de decisões e organização das práticas e da rede de serviços não acompanham a dinamicidade do território e da vida das pessoas. Torna-se uma miragem, quase inalcançável, a delimitação territorial e a adscrição de clientela, especialmente nos grandes centros urbanos. Somado às dificuldades de contratação e fixação de recursos humanos (de nível técnico e superior), a Estratégia de Saúde da Família enfrenta grandes desafios para garantir a universalidade de acesso, a continuidade e qualidade do cuidado.

Considerando essa dinamicidade, outro modo de atender a demanda de AD1 é por meio do acolhimento dos próprios usuários que conhecem e valorizam o trabalho desenvolvido pelas equipes no domicílio. Nas áreas sem ACS, geralmente, essa é a única forma da equipe ter informações sobre essas demandas.

A principal identificação vem por meio das agentes, porque elas são bastantes presentes, né? Então elas são bastantes presentes. Mas, também, já aconteceu, paciente voltar de um internamento hospitalar, e por algum motivo a agente não viu, a família pode vim aqui também, sinalizar que tem um paciente precisando e aí a gente coloca na programação da visita. Então,

por agenda ou por demanda espontânea mesmo, por sinalização da própria comunidade. (E5, médica)

Outro fator importante, sinalizado pelos profissionais na organização do processo de trabalho e gestão dos casos é a aplicação de critérios de risco para estabelecer prioridades, quando há uma demanda alta por AD1 ou quando emergem situações de agravamento do quadro clínico. Dentre os critérios aplicados está, prioritariamente, a situação clínica do usuário e a possibilidade de intervir no menor tempo possível para evitar progressão ou agravamento do quadro.

Também foram citados como importantes para estabelecer as prioridades da AD1 o acesso à rede assistencial, a qualidade do cuidado familiar, a fase do ciclo de vida, e a realização dos exames solicitados na última visita. Os momentos de reunião, discussão de casos e planejamento das visitas constitui-se, segundo alguns entrevistados, como etapa fundamental para avaliar e estabelecer prioridades de visita.

Então, na hora que a gente fazia a reunião aqui, a gente decidia os pacientes que seriam visitados. A gente pegava a lista dos que já existiam e procurava seguir uma ordem, mas se um paciente, como Emerson com uma infecção ativa, fazendo febre, com algum sinal de alarme que de alguma forma precisava ser examinado mais precocemente, a gente agendava ou pegava dois dos que estavam agendados e botava ele como terceiro, entendeu? (E5, médica)

Durante esse ano, a gente não conseguiu fazer visitas a todos ainda. Ainda tem alguns. Só que esses aqui são mais sadios, são pessoas que são acompanhadas pelo neurologista, por outras pessoas, aí eu não estou levando a visita da médica. Não por não querer, é porque a gente tem pouco tempo, são 4 horas de relógio, a gente bota três pacientes toda tarde, três pacientes pra gente fazer o deslocamento, ouvir melhor o paciente. (E6, ACS)

A aplicação de critérios para inclusão na AD1 está relacionada com a capacidade funcional dos usuários e possibilidade de deslocamento até a unidade, conforme previsto na política, porém não está restrito à dimensão física nas equipes pesquisadas. Por sua vez, o desligamento e alta estão relacionados com a recuperação da saúde (como é o caso de pacientes acompanhados em domicílio após a alta hospitalar ou acidentes), mudança para uma área descoberta por ACS, ou quando o usuário chega ao óbito, conforme sinalizado por alguns entrevistados. Entretanto, não há uma sistematização destes critérios.

Em todas as equipes pesquisadas no município, as atividades voltadas para a AD1 eram desenvolvidas conforme cronograma estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica, a partir da disponibilidade de um automóvel, uma vez por semana, por Unidade de Saúde da Família.

O fluxo da AD1, portanto, além da necessidade de saúde do usuário, precisa considerar a presença do ACS, o turno e a disponibilidade do veículo. Este fato foi apontado por alguns profissionais como justificativa para a priorização do profissional médico nas visitas de atendimento domiciliar. Diante da escassez de turnos e automóvel para realizar as visitas, foi considerado que o arsenal tecnológico da categoria médica é mais amplo e atende a maior parte das demandas dos usuários.

Assim, geralmente a solicitação de visita domiciliar aqui, a maioria das vezes, é com o médico, entendeu? Tem a questão das receitas médicas, a gente não passa medicação, né? Paciente acamado com necessidade da visita do enfermeiro é pouco mesmo, tá? E tem gente que tem uma úlcera, que tem alguma outra necessidade, o médico ele dá preferência. Mas, ele consegue abarcar além dessa orientação, a questão das receitas médicas, dos exames. (E3, enfermeira)

Mais uma vez, assiste-se à reprodução do modelo biomédico, no qual o médico é identificado como o principal agente do setor saúde, tendo prioridade para as ações assistenciais em domicílio, ainda que sejam poucas as demandas e que outros profissionais tenham contribuições a dar no processo de cuidado.

Outro profissional bastante requisitado pelas famílias e ACS para as visitas de AD1 é o técnico de enfermagem. Algumas vezes, ele acompanha o médico, outras vezes, realiza a visita sozinho. Em ambos os casos, o técnico tem como função o monitoramento e orientação sobre o tratamento, banho e mudança de decúbito, ou a realização de procedimentos como higiene e curativo das feridas, medicação intramuscular, dentre outros.

Ela faz basicamente mais visitas que precisa mais de curativo, de medicação intramuscular. Aí ela tem que fazer essas visitas. Paciente que tem feridas crônicas, que muitas vezes, por estar acamado, tem escaras, aí tem que ir fazer. Faz também medição de pressão, faz medição de glicemia. (E13, médico)

Algumas equipes sinalizam a realização de ações multidisciplinares em alguns casos, especialmente diante da existência de estagiários na unidade, o que exige a presença de profissional para supervisão.

Ela (a enfermeira) está tendo uma demanda importante e eu também, se for próximo a gente faz (a visita) juntas, né? A gente chegou a fazer visita multidisciplinar. Aqui tem estagiário de enfermagem, então a gente leva um estagiário, a enfermeira ia, eu ia, e uma técnica pra que nós precisássemos fazer um curativo mais elaborado, pra fazer alguma medicação. (E5, médica)

Observou-se que as enfermeiras, diante da sobrecarga de atividades gerenciais e/ou de organização do processo de trabalho na unidade (supervisão dos ACS, dos técnicos de enfermagem, produção de relatórios, monitoramento dos insumos, organização dos fluxos de atendimento e agendas), priorizam outras atividades de AD, especialmente: busca ativa de faltosos (gestantes, crianças), atenção ao puerpério, monitoramento dos casos de vigilância epidemiológica (em especial, Hanseníase e tuberculose).

Muitas vezes eu precisei fazer a visita domiciliar através do agente de saúde pra trazer gestantes pra unidade, entendeu? Pra trazer alguma mãe faltosa de criança. (E3, enfermeira)

Hoje eu faço as visitas, sou eu, um técnico e um agente comunitário de saúde, certo? Eu sinto falta do acompanhamento da enfermeira também, mas às vezes ficava subutilizada, não tinha muito atividade pra enfermeira, ela achava que não era uma coisa tão produtiva, então aí a gente desvinculou as visitas, agora ela atende as visitas de puerpério (E1, médico)

O paciente tá de tuberculose, tá fazendo uso de dose supervisionada. A gente vai levar essa dose supervisionada (E12, enfermeiro).

Está implícita a reprodução da divisão social do trabalho na AD1. Por um lado, assiste-se a organização do processo de trabalho para evitar duplicidade de atos de cuidado, buscando atender às diversas atribuições e demandas previstas como responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Por outro lado, corre-se o risco da desresponsabilização de alguns profissionais sobre a AD1 ou sobre os aspectos gerenciais e administrativos da gestão do trabalho em saúde.

Por estarem no contexto de vida dos usuários, os profissionais podem ser demandados por familiares/cuidadores diante de situações não previstas, exigindo a

necessidade de acolhimento e de flexibilidade dos protocolos para garantir a continuidade do cuidado, o vínculo, a resolutividade das situações não previstas.

Eu tenho uma paciente (...) é uma pessoa que é diabética, ela é idosa, ela tem uma seqüela de ACV, entendeu, então a visita dela eu faço frequente. Mas, ontem (...) as duas filhas trataram de acordar ela e elas não conseguiam. A senhora estava que não respondia nada. Então, a filha veio aqui no posto desesperada porque não sabia o que fazer, porque a mãe estava desse jeito. A visita estava planejada pra outro dia, mas nesse caso eu parei minha consulta e fui para sua casa. (...) O remédio, dentre as reações adversas dava isso aí, dava sonolência, dava suor, não sei o quê e ela aparentemente fez uma reação adversa a essa medicação. Eu fiz tudo, eu falei para ela suspender aquele remédio, dei as orientações médicas e amanhã essa paciente está programada para ser visitada novamente. (E2. médica)

Os profissionais afirmam estarem receptivos a acolher a demanda espontânea (não programada) trazida pelos usuários. Entretanto, a brevidade para dar resolutividade aos casos depende da programação das visitas e da proximidade com o turno destinado a estas. Além disso, a distância geográfica, a disponibilidade de ACS e a atividade programada no momento (reunião, ambulatório, por exemplo) são aspectos importantes para realizar ou não a visita não programada. Nos casos mais graves, não havendo possibilidade de realizar a AD, o usuário é orientado a buscar a rede urgência/emergência.

Então, às vezes, quando ocorre uma situação dessa (demanda de visita não programada) e eu estou tranquila na unidade, eu vou andando com o técnico de enfermagem ou até o próprio agente de saúde, eu vou lá tentar resolver. Mas, a priori, a gente tenta sensibilizar o pessoal pra que a gente consiga fazer as visitas no dia estabelecido. (E15, enfermagem)

Outra barreira no acesso à AD1 está nos modos de produzir o cuidado pelos profissionais. Neste caso, a definição de quais são os objetos de trabalho (necessidades de saúde), quais são as prioridades e quais tecnologias devem ser utilizadas pode gerar a exclusão de algumas demandas que estão elencadas como beneficiárias da AD1. Isto pode ocorrer pela ausência de monitoramento da gestão, do controle social, ou pelo modelo de atenção à saúde adotada pelo profissional.

Logo que eu cheguei aqui, eu tinha uma demanda muito grande, porque o médico anterior daqui, ele fazia visita se fosse assim caso de extrema urgência, né? Mas essa demanda, por exemplo, a gente tem muito acamado, que é um dos pré-requisitos até pra você receber esse programa do governo.

Tem muito paciente com retardo, que usa fralda. Eles precisavam das visitas pra emitir os relatórios (médico para aquisição) de fralda, pra ver medicação, até pra dar uma atenção. Como a gente tem uma característica rural, eles têm uma dificuldade de chegar até a unidade. (E5, médica)

Observa-se que, independente da proposta de Atenção Primária à Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar, o grau de autonomia dos operadores do cuidado, o modelo de atenção à saúde adotado por estes e a sua postura diante dos projetos político-assistenciais têm grande peso na implementação das políticas de saúde. A dependência das singularidades de cada trabalhador somada às condições de trabalho pode definir o (in)sucesso das políticas.

Dentre os recursos necessários para o trabalho na Atenção Básica está a integração das redes. Na maioria das vezes, mesmo em situações mais graves, a AD1 é o único serviço de saúde ao qual o usuário tem acesso.

Um paciente aqui que eu fazia o atendimento dele domiciliar e que ele precisava transfundir, era um paciente que tinha níveis de hemoglobina muito baixos, era um paciente que tinha um câncer. Eram cuidados paliativos e a gente nunca conseguia fazer esse link com o Hospital Geral. (...) A gente sempre mandava, encaminhava, fazia ficha de encaminhamento, com ficha de referência, contra-referência. (...) A gente ficou nesse impasse, o paciente foi a óbito (...). A gente não tinha muita coisa pra fazer pelo paciente. (E1, médico)

Constata-se que, apesar de ampliar a acessibilidade a serviços e profissionais de saúde dos usuários restritos ao domicílio a partir da AD1, ainda não se alcança a integralidade – a garantia de atenção ao usuário conforme suas necessidades de saúde –, principalmente quando há a necessidade de acesso aos outros pontos da rede de atenção à saúde. Mesmo tendo critérios de inclusão nos outros níveis de atenção e apresentado documento de referência, não há respaldo para as ações de cuidado desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. Além da ausência de efetividade nos mecanismos de comunicação, há outros desafios a serem enfrentados nos outros serviços.

8.4.2 Operacionalização do Cuidado no Domicílio

A operacionalização da atenção domiciliar, segundo os entrevistados, inicia-se com a definição dos casos a serem acompanhados, os quais são apresentados em reunião da equipe, ou em outros momentos de encontro entre os profissionais – após os atendimentos ambulatoriais, no caminho até a residência do usuário, por exemplo. Em todas as equipes pesquisadas, na maioria das vezes, a visita é agendada com antecedência pelos ACS, exceto nas situações de emergenciais.

E a gente procura chegar na casa da pessoa com uma visita já pré-agendada, geralmente quem agenda é o agente comunitário de saúde, anuncia nossa chegada com uma brevidade, pra não ser surpresa para as pessoas. (E12, enfermagem)

Para a realização das visitas, as equipes destinam um turno semanal, conforme disponibilidade de transporte. Muitos profissionais apontam como fatores limitantes para a AD1 o extravio do automóvel para outras atividades e a não flexibilidade do turno estabelecido para visita. Destacam que, conseqüentemente, a não realização das visitas agendadas pelos ACS tem um impacto negativo junto aos usuários e famílias que se programam para receber a equipe, gerando descrédito e frustração.

Porque, muitas vezes, a gente tem o carro, tem um carro com motorista específico, está tudo certo no papel, lindo, mas (...) é deslocado pra fazer outras coisas. Então, às vezes, a gente passa mais de quinze dias, mais de vinte dias sem fazer visitas. Dois, três, quatro meses, já chegamos a passar sem fazer visitas, exatamente porque o carro estava fazendo uma outra atividade. (E1, médico)

(...) a questão do carro e o turno, é um turno fixo. Tipo assim, é deles, o cronograma deles (Departamento de Atenção Básica). Então assim, nem sempre, naquele dia, dá pra fazer uma visita domiciliar, de manhã. Pode não ser um dia bom pra equipe fazer, entendeu? Então assim, a gente tem que tentar seguir. Então assim, não é muito flexível essa questão. E às vezes que é marcado o carro não vem. A gente não vai, fica muito chato pra equipe, né? Perde a credibilidade. Mas, ultimamente até que está melhor isso aí. (E3, enfermeira)

A necessidade de transporte para a realização das visitas se dá por diversos motivos, conforme apresentado pelos profissionais entrevistados: distância geográfica entre a unidade de saúde e a residência do usuário; transporte de

instrumentos de trabalho (bens públicos); maior segurança em contextos de violência urbana; e garantia de institucionalização da visita domiciliar como componente do processo de trabalho, respaldando a equipe em situações que configuram acidente de trabalho.

A gente não sai sem o carro. A gente não sai, porque a gente leva o material. A gente vai andando? E a gente sabe que qualquer problema que tiver no meio do caminho é acidente de trabalho no processo, né? Tem áreas que são mais violentas, tem áreas que são perigosas, entendeu? (E3, enfermeira)

Apesar de reconhecer a necessidade de veículo para a realização da AD1, buscando garantir a assistência e continuidade do cuidado, bem como dar resolutividade aos casos, alguns profissionais optam utilizar recursos próprios. Observa-se que quando os aspectos geográficos e sociais permitem o deslocamento sem o veículo, alguns profissionais assim o fazem. Em uma das equipes pesquisadas, alguns membros da equipe fazem a atenção domiciliar em turnos distintos do previsto no cronograma de disponibilidade de carro e interpretam a destinação do carro como exclusividade da categoria médica.

Há um tempo o carro estava tendo alguns problemas, falta de gasolina, por ausência de carro, enfim, problema que eu não sei o quê, o carro chegou a não vim. Inicialmente, eu peguei meu carro inúmeras vezes pra fazer as visitas quando o carro faltava. (E5, médica)

(...) Na maioria das vezes, eu vou com meu carro, né? Ou vou andando com os ACS. Eles (Departamento de Atenção Básica) disponibilizam (carro) assim, pros médicos. (E7, técnica de enfermagem)

Para a operacionalização da atenção domiciliar, os profissionais de nível superior destacaram o uso, ou necessidade, dos seguintes instrumentos de trabalho: 1) documentos orientadores para registro, solicitações de exames, relatórios, encaminhamentos e prescrição medicamentosa (protocolos, prontuário da família, receituário, livro de registro das visitas); 2) equipamentos (tensiômetro, estetoscópio, glicosímetro, balança, fita métrica, termômetro, lanterna); 3) insumos (luva, máscara, material para curativo, espátula de madeira, pasta, escova de dente, medicação).

É o básico do dia-a-dia né, estetoscópio, tensiômetro, glicosímetro, fita métrica, balança. No mais, o básico é isso. A gente às vezes vai levar o receituário. Vai levar uma solicitação de exames pra gente completar nossa solicitação de exames com nosso exame físico lá no momento. Mas,

basicamente é isso. Ou às vezes uma medicação, por exemplo, o paciente tá de tuberculose, tá fazendo uso de dose supervisionada. A gente vai levar essa dose supervisionada. (E12, enfermagem)

Eu só levo prontuário, né, do paciente, e uma maletinha que eu tenho ali, que vai luva, as espátula de madeira, levo pasta, escova de dente, eu ensino como é que escova, luva, máscara, só isso praticamente. (E10, odontóloga)

Em relação aos instrumentos de trabalho, alguns profissionais sinalizaram a descontinuidade da distribuição dos insumos na unidade, a quantidade reduzida de equipamentos ou a não manutenção/recuperação dos existentes e a ausência de protocolos ou o não cumprimento destes pela equipe.

Esse é o primeiro instrumento que eu sinto falta, um protocolo e outros instrumentos assim, a gente tem uma certa deficiência, sabe? Uma lanterna boa, né? Sinceramente, nunca recebi do município. Tinha uma lanterna melhorzinha, ela quebrou e sem ganhar uma outra, estou com uma lanterninha. Se precisar, eu levo a lanterninha, porque alguns casos que o paciente está no quarto, nem sempre a gente tem uma incidência de luz natural perfeita, e a gente trabalha com campo escuro. (E9, odontóloga)

O grande problema às vezes é você ter o recurso de maneira não constante, de vez em quando nós temos problemas sérios. E eventualmente temos problemas técnicos referentes a outros profissionais da equipe, que nem sempre seguem os manuais, os padrões, e a gente acaba de vez em quando tendo algum conflito nessa situação. Porque é um trabalho que exige trabalho de equipe e se você não afinar com a equipe muitas vezes você acaba ficando sobrecarregado. (E13, médico)

Assim, normalmente o que a gente precisa mais, a demanda seria: curativo, então a gente tem um déficit com isso, não temos curativos especiais; tensiômetro, a gente tem tranquilo; glicosímetro, a gente tem uma dificuldade, só tem um glicosímetro pra unidade e para as duas equipes, então ou fica na unidade ou vai pra visita, né? Então a gente tem essa dificuldade, mas a gente tenta organizar. Às vezes, o usuário já tem o aparelho, isso então facilita. (E16, médica)

Alguns profissionais apontam que desconhecem a existência de protocolo de atenção domiciliar, de fluxo pactuado entre os três níveis de atenção (AD1, AD2, AD3), mas fazem uso das orientações técnicas e diretrizes clínicas publicadas pelo Ministério da Saúde.

Vai mais pelo conhecimento, tudo adquirido no dia-a-dia, mas de protocolo... A gente costuma usar assim, paciente hipertenso, a gente se baseia no Ministério, de hipertensão, né? Diabetes, a gente vai voltar pra isso.

Solicitação de exames, cuidado. Agora de visita domiciliar, de assistência domiciliar, nunca foi discutido na equipe. (E14, enfermeira)

A distribuição e manutenção de equipamentos e insumos utilizados na AD1, bem como a educação permanente dos profissionais e o monitoramento de suas ações é de responsabilidade da gestão municipal, o que repercute na operacionalização do cuidado no domicílio.

Todos os profissionais informaram registrar a realização das visitas, os dados dos pacientes e os encaminhamentos no próprio prontuário da família. Neste, os registros são realizados nos moldes do atendimento ambulatorial, com sinalização de ser realizado em contexto domiciliar.

As visitas a gente está registrando no prontuário, né? Então, eu levo o prontuário, quando eu volto, eu ponho 'visita domiciliar', 'paciente encontrado no domicílio de tal forma, apresentando tais e tais sinais', e aí coloco, agora registrando tudo no prontuário. Tem alguns lugares que tem as fichas de visitas domiciliares, mas aqui a gente tá colocando no prontuário. (E5, médica)

As informações registradas no prontuário são eminentemente dos aspectos biomédicos, dos procedimentos terapêuticos e encaminhamentos. Não foram observados registros dos aspectos relacionados ao ambiente e à dinâmica familiar, ou sobre a promoção da saúde e ações de prevenção de agravos. Isto representa os aspectos mais relevantes, na ótica dos profissionais, do fazer em saúde na AD1.

8.4.3 Avaliação e Monitoramento da AD1

Em relação à avaliação e monitoramento na AD1, alguns profissionais relataram fazer o registro na ficha referente ao Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), outros apontam que o município faz o monitoramento apenas das visitas realizadas pelo ACS, o que corroborado na fala do apoio institucional.

Fica mais assim nas reuniões, nas capacitações, a gente bate na tecla que é um dos pontos que é prioritário, que é essencial pra unidade de saúde, as equipes acabam né, vendo. Mas o município em si não tem nenhum instrumento. Tem a questão do controle da visita dos ACS, mas dessas da equipe como um todo, não tem esse controle não. (E14, enfermeira)

Eu tenho o BPA individual, que eu coloco, e tem a BPA consolidado, que é aquele que a gente manda, é feito assim. E eu também tenho aqui minha agenda, né, que eu boto tudo direitinho, a área, a família qual é, pra depois eu ter um feedback também disso, que eu cobro do agente comunitário, “vá lá pra ver como é que ta, se ta sentindo dor ainda, se ta escovando direito, se ta com sangramento gengival, essas coisas. (E10, odontóloga)

O único monitoramento que a gente faz é através da produção quando eles mandam pra gente o BPA, o SSA 2, que a gente vê o quantitativo de visita. (Apoio Institucional)

Muitos profissionais desconhecem a produção de relatórios na unidade com estas informações. O desconhecimento dos mecanismos de monitoramento e avaliação da AD1 por parte dos profissionais aponta também para o desconhecimento dos Sistemas de Informação em Saúde, para a ausência do papel dos apoiadores institucionais na problematização do processo de trabalho e no encaminhamento das demandas das equipes para os outros níveis de gestão, de modo a buscar a resolutividade dos problemas apontados e qualificar o trabalho na AD1. Segundo a apoiadora institucional entrevistada, os profissionais que ocupam essa função possuem na verdade o papel de supervisores das equipes e de manutenção das unidades.

O apoio institucional, em Camaçari, não é exatamente o que é pensado na palavra apoio. A gente pensa em apoio pra estar junto com as equipes trabalhando o processo de trabalho. Desde que foi implantado o apoio institucional, pra gestão, (...) é que a gente não fosse apoiador institucional e sim supervisor. A gente vive apagando incêndio. Então se falta papel ofício, o apoiador que tem que correr. Se falta água, o apoiador que tem que correr. Se tem um equipamento, alguma coisa na estrutura física que precisa da manutenção, a gente aciona o setor de manutenção ou o setor de almoxarifado ou de patrimônio (...). E atuar pra ver a questão do processo de trabalho em relação à agenda, em relação a modificar mesmo pra melhorar a assistência da população, a gente não tem feito isso. A gente vive mais como supervisor e como apagador de incêndio. (Apoiador institucional)

Salienta-se que o monitoramento sobre a AD1 pelo apoio institucional ocorre no aspecto quantitativo (número de visitas realizadas por equipe), baseado numa estimativa de 4 acamados para um grupo populacional de 4.500 pessoas. Salienta-se que a gestão municipal não tem informações sobre quem são os usuários da AD1 – condições e necessidades de saúde, quem recebe ou não a atenção domiciliar, quem está em área coberta por ACS.

Então, às vezes tem equipe que você vai receber os dados da produção, não teve uma visita domiciliar. Não tem paciente que precisa ser visitado? Provavelmente sim. E por que não foi feito? Então a gente não tem um controle de monitoramento, pelo menos as equipes com certeza tem, né, mas aqui, a gestão não sabe, não. Não tem esse acompanhamento. (Apoio Institucional)

A gente começou, em 2014, a pensar em fazer tipo uma formação pro trabalhador, pensando um pouco no antigo formato do introdutório. E aí, a gente tá começando a falar sobre a territorialização porque existe um grande problema que as equipes não conhecem nem o seu próprio território. Então, a gente trabalha com territorialização, a gente trabalha com agenda, mas até pra trabalhar com agenda né, de programação de visitas, ele tem que ter o número. E eles (equipe) não trabalham com número fidedigno, eles trabalham com estimativa. Então, se minha equipe tem 4.500 eu tenho a expectativa de ter quatro acamados, por exemplo. Então eles só trabalham com estimativa, eles não tem isso nominado. (Apoio Institucional)

Lacerda (2010) destaca que geralmente a organização do serviço está centrada quantitativo, desconsiderando a qualidade da ação e quem a realizou. Nesta perspectiva, o número de vezes que determinado paciente, familiares e seu domicílio receberem visitas ou atendimentos são considerados, sem a necessária avaliação da pertinência do cuidado que foi ou não prestado, ou compartilhado com os indivíduos.

Observa-se que dentre os pontos abordados na formação continuada das equipes estão a territorialização e a construção da agenda, a partir dos quais são trabalhadas as questões relativas à visita domiciliar, especialmente as responsabilidades dos membros da equipe. Há, portanto, um investimento da gestão, a partir do apoio institucional, na qualificação do processo de trabalho.

No Plano Municipal de Saúde (PMS 2014-2017), após revisão de suas três linhas de ação – Saúde ao Alcance de Todos, Saúde com Qualidade e Saúde para Viver Mais –, não foi encontrada referência sobre a Política Nacional de Atenção Domiciliar ou sobre os serviços referentes à AD1, AD2 e AD3. No PMS, destacam-se como metas a ampliação da cobertura de Atenção Básica para 85% e a articulação desta com as demais Redes de Atenção à Saúde.

A média de visitas domiciliares realizadas pelos ACS por número de famílias cadastradas é um dos indicadores de avaliação da Linha de Ação 2: Saúde com Qualidade. Assim, para o ano de 2013, a meta programada foi de 1 visita por família por mês. Porém, ao final deste ano, a média alcançada foi de 0,83 visita/família/mês, segundo Relatório Anual de Gestão (RAG – 2013).

Outras informações sobre as ações realizadas em domicílio são de natureza de vigilância epidemiológica e dizem respeito ao compromisso 3.2 – Fortalecer a capacidade de respostas as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS. Portanto, não há dados referentes a Atenção Domiciliar Tipo 1, no RAG 2013.

A avaliação da satisfação dos usuários e famílias é realizada de maneira empírica, no contato dos profissionais com os mesmos. Não há processos avaliativos (instrumentos, rotinas) promovidos pela gestão, conforme previsto nos Cadernos de Atenção Domiciliar.

Uma festa, eles gostam muito, eles são bem acolhedores, eles levam, eles dão muita importância sabe, a esse contato, a se abrir, a conversar. (E14, enfermeira)

Conclui-se, portanto, que apesar de existir alguns instrumentos de monitoramento da Atenção Domiciliar, há um foco nas ações do ACS e na avaliação quantitativa. A gestão não tem controle sobre a quantidade de usuários acamados/restritos ao domicílio, muito menos do impacto da AD1 sobre as de internação e mortalidade prematura, ou sobre a satisfação dos usuários com o serviço. Ademais, o apoio institucional não exerce sua função, portanto, a mudança e a qualidade do processo de trabalho na Saúde da Família e na AD1 ainda não é o foco da gestão municipal.

8.4.4 Articulação Intra e Intersetorial

Observa-se que alguns profissionais identificam a existência de fluxo de encaminhamentos dos casos que extrapolam a capacidade de resolução das equipes de Saúde da Família, o qual é estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica do município, especialmente no que diz respeito ao setor de Assistência Social.

A gente tem um fluxo, né, de atendimento. E aí, o próprio Departamento, ele vincula esses fluxos. Departamento de atenção básica. Quando a gente tem algum problema, por exemplo, no nível de assistência social, então a gente encaminha pra unidade de referência, a assistente social, sinaliza lá pra poder fazer uma visita. Além de lá, a gente tem um CRAS que também pode estar sinalizando pra elas pra poder estar fazendo a visita na residência. Conselho tutelar é outro que a gente sinaliza pra eles poderem ir e

fazerem a visita. Então existe uma rede com telefones de contato e a gente manda a cartinha, né, quando a pessoa pode ir lá, a referência e a contrarreferência, pra estar encaminhando esses pacientes. (E15, enfermeira)

Porém, aponta-se como dificuldade o estabelecimento da comunicação (referência e contrarreferência) e a pactuação com outros níveis de atenção à saúde, outros pontos da rede. As mudanças organizacionais na marcação de consultas com especialistas ou realização de exames – antes a própria equipe da USF fazia essa marcação, agora os usuários precisam se dirigir até o prestador – têm gerado dificuldades para a continuidade da assistência.

Às vezes, os encaminhamentos a gente não tem resposta. A maioria das vezes não consegue marcar, né? A gente tinha regulação que a marcação acontecia dentro da unidade, acabou com isso. Por mais que a gente não tinha autonomia pra estar marcando na unidade, mas o que o usuário diz é que dificultou bastante. Então, se antes ele acordava cinco horas da manhã, agora ele tem acordado três horas da manhã pra ir lá pro centro. Imagine pra um paciente sem condições. Que é de visita domiciliar. Aí, é mais difícil ainda. Às vezes, a gente consegue, né? Liga quando vê que é uma situação mais grave, a gente liga pra o apoiador, tenta resolver de outra forma, adiantar. (E16, médica)

Aqui na cidade a gente conta com o CEO, que é o Centro de Especialidades Odontológicas, então a gente faz uma ficha de referência encaminhando esse paciente pra lá. Bem, pra algumas especialidades a gente ver mais resolutividade, ver assim um atendimento mais de pronto, mas outras você já vê que há uma demanda, possivelmente por uma demanda muito grande, então você não vê resultado, né? Especialmente em ortodontia, canal. A intercomunicação da rede também deixa um pouco a desejar, mas é dessa forma que funciona com referência. (E9, odontóloga)

Observa-se que há uma interrupção do fluxo de cuidado e assistência da AD1 diante das barreiras de acesso aos outros pontos da rede. Isto é ainda mais grave ao serem consideradas as condições financeiras e de apoio social dos principais cuidadores. A mediação dos profissionais com o prestador de serviços mostra a corresponsabilidade pelo processo saúde-doença-cuidado, mas também pode representar a perpetuação da informalidade das redes de atenção, correndo-se o risco de reforçar a lógica clientelista entre profissionais-usuários e entre prestador-profissionais. Outra alternativa encontrada é a mediação junto ao apoiador institucional, o que pode colocar em cheque o seu poder de barganha e de resolutividade das demandas da equipe caso não haja respaldo institucional para as suas ações. Em ambos os casos, a efetividade é pontual, ou seja, para alguns

casos, pois ainda não se alcança a reestruturação do fluxo e do acesso aos serviços.

Diante da complexidade dos casos e da restrição do número de ACS, os profissionais desenvolvem parcerias (com a associação de moradores, comércio local e laboratórios, por exemplo), para trazer/levar o serviço até o usuário, com o objetivo de promover a continuidade da assistência, a garantia de direitos e a AD1.

A gente faz atendimento uma vez por mês lá (na área sem cobertura de ACS). Atendimento de médico, enfermagem. A gente atende ali na associação de moradores. (E11, enfermeira)

Existem outras questões que a gente acaba percebendo e aí, a gente tenta da melhor forma possível, passar pra os órgãos que são de direito, né. Pra assistência social, no caso de crianças abandonadas, conselho tutelar, às vezes acontece. (E15, enfermeira)

Então, eu identifiquei uns pacientes que tinham uma necessidade de fazer coleta domiciliar, e eu mesma entrei em contato com o laboratório, cheguei a pedir liberação, e eles falaram que não tinha nenhum problema. Então, a gente chegou até a fazer essa coleta domiciliar, mas eles pedem sempre que seja depois da coleta da unidade. (E5, médica)

Tudo tem um agendamento, e a gente encaminha tudo. Se precisar de ambulância, pega, se precisar de ir fazer exame, pega, quando é exame de sangue, vai colher na casa, é assim, não tem dificuldade, porque os técnicos daqui os que vem fazer a colheita de sangue, coleta de sangue, eles quando é acamado eles vai na casa buscar. (E8, ACS)

Entretanto, parte dessas articulações é pontual, para resolver ou dar encaminhamento a situações específicas, informal ou apresenta desequilíbrio nas relações estabelecidas (onde apenas um tem suas demandas atendidas). A descontinuidade das pactuações com outros setores gera frustração e descrédito. As EqSF sentem-se isoladas no território, sobrecarregadas com a quantidade e complexidade das demandas. Uma das alternativas apontadas para facilitar a articulação intra e intersetorial, bem como dar maior resolutividade às ações desenvolvidas na Atenção Básica seria o acesso à equipe multidisciplinar do NASF.

Assim, a assistência de saúde mental é uma coisa meio surrealista aqui. Eles vieram fazer reunião com a equipe. “Ah, que vamos fazer um trabalho junto”. Tá certo. E quando a gente precisar das consultas? “Ah, não tá abrindo agenda”. Ué, como é que a gente vai fazer um trabalho junto e não vai ter como nossos pacientes serem atendidos? Vocês têm que devolver os pacientes que estão compensados para as suas comunidades. Com relatório,

com medicação, e se é um paciente que não está em crise, está apenas com a medicação, ele pode voltar pra atenção básica. Nunca mais deram notícia, vai fazer um ano. Não teve mais trabalho junto com ninguém. Então, não tenho muito como contar, né? E assistente social, tem uma aqui no CRAS, que vem uma vez por semana. O muito que às vezes a gente consegue com ela é uma cesta básica. É o recurso que ela consegue eventualmente pra um paciente ou outro é uma cesta básica. Faltaria o quê? Camaçari já precisava ter o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Inclusive com assistente social pra fazer essas visitas, pra dar apoio, pra colocar também relatórios pra gente. Que já é um passo adiante que nós ainda não temos. (E13, médico)

As unidades mais distantes do centro urbano, contam com uma ambulância para transportar usuários com restrição de locomoção e/ou para encaminhar demandas de urgência/emergência. Este fato é apontado com um mecanismo facilitador do acesso aos serviços de saúde, quando o usuário já conseguiu o seu agendamento.

Nós aqui temos uma ambulância. Essa ambulância tem uma maca e esse paciente precisando fazer fisioterapia, nós temos vários pacientes aqui que precisam fazer fisioterapia. Então essa ambulância vai, pega essa pessoa no domicílio e leva até lá. Quando terminar ela vem até aqui e a gente deixa em casa de novo. Por exemplo, um exame, uma reabilitação, fisioterapia. Pode ser pra uma tomografia, pode ser pra um ultrassom, pode ser pra o que for. Desde que ele tenha necessidade, o dever do governo, do Estado é fazer essa necessidade ser atendida, né? Devido a nós estarmos a doze quilômetros do próximo, da próxima unidade de saúde, que é o Hospital Geral de Camaçari, é o ponto mais próximo que nós temos que se tratando de uma comunidade, tratando-se de uma comunidade carente isso é necessário (ter ambulância disponível). (E12, enfermagem)

Constata-se a importância da presença do transporte sanitário para garantir o acesso dos usuários acompanhados pela AD1 aos serviços de apoio diagnóstico e de média complexidade. Entretanto, este recurso está disponível apenas para as unidades mais distantes do centro urbano. Nos outros casos, os usuários e famílias precisam fazer uso de recursos pessoais, muitas vezes escassos, para o transporte a estes serviços. Exceto os casos acompanhados pelas equipes de AD2 e AD3, não há uma rede de profissionais (de especialidades distintas da EqSF) e serviços disponíveis para a atenção no domicílio dos usuários em AD1. Portanto, há um déficit em termos de ações de prevenção terciária junto a este grupo populacional, o que pode impactar na qualidade de vida e nas taxas de hospitalização.

Ademais, conjectura-se que, ao comparar a assistência prestada pelas equipes hospitalares e da Atenção Básica, pode haver maior grau de resolutividade das

demandas dos usuários, reforçando a primazia do primeiro em detrimento do segundo.

Em relação aos Serviços de Atenção Domiciliar Tipo 2 e 3, a maioria dos profissionais entrevistados conhecem a proposta e sua vinculação ao Hospital Geral do município, e reconhecem a importância dessas equipes para a atenção aos quadros clínicos mais graves.

Acho que um ponto positivo do Município é que o Hospital Geral também tem um programa de atendimento domiciliar, pacientes que são atendidos por ele, por emergência, ou pacientes que acabam sendo internados no Hospital Geral, quando eles saem, há a necessidade de um atendimento domiciliar, ele é feito pelos profissionais do Hospital Geral também. Não deixam de ser atendidos pela gente, mas eles são atendidos em domicílio também pelo Hospital Geral. Então, eu acho que isso é um ponto positivo na rede de Camaçari em relação ao atendimento domiciliar. (E1, médico)

Porém, observa-se que o fluxo de acesso a este serviço é unidirecional – apenas para pacientes que estão em processo de desospitalização. Ou seja, para ter acesso a este serviço é preciso que o usuário seja hospitalizado e eleito por esta equipe para assistência no domicílio. Não há o fluxo partindo das equipes de Saúde da Família – ao constatar piora da situação clínica dos usuários em AD1.

Além disso, nas áreas onde os usuários estão sendo atendidos pelo SAD, a equipes são informadas sobre a AD2 e 3 pelo ACS que monitora a família. Ou seja, não há uma comunicação das equipes do SAD com as equipes de Saúde da Família. Identifica-se, inclusive, em algumas situações, que a dupla vinculação (ao SAD e à EqSF) pode gerar duplicidade de ações e encaminhamentos, orientações distintas e sobreposição de condutas terapêuticas. Assim, fica a critério do usuário definir quais orientações seguir, correndo-se o risco inclusive de superdosagem de medicamentos.

Não tenho contato com a equipe. É um serviço que é oferecido pela Secretaria Estadual, vinculada ao Hospital Geral de Camaçari, geralmente de pacientes que se encontram internados no hospital, que pra agilizar a sua alta, passa a ter internamento domiciliar. Pra ele não ficar muito tempo no hospital, aí dá alta do hospital pra acompanhamento com a equipe no domicílio. Eles têm rotina de deixar relatório padronizado. Com o paciente, fica a prescrição, receita, fica relatório quando ele toma alta. Aí, o relatório geralmente eu peço pra tirar uma Xerox pra anexar ao prontuário. Pra ficar tudo documentado. Com essa questão de documentação eu sou muito exigente. Eu acho que tudo que a gente faz tem que estar escrito. (E13, médico)

Salienta-se a importância do registro das equipes da AD2 e AD3 das intervenções realizadas no domicílio, como mecanismo de comunicação com as famílias e equipes de Saúde da Família, para monitoramento, esclarecimento de dúvidas e organização dos dados dos usuários no prontuário da USF.

8.4.5 Grau de implantação da Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1

No que diz respeito à unidade de análise Planejamento e Gestão da AD, as equipes obtiveram a ótima pontuação, salientando-se a necessidade de investimento na definição de critérios de alta e desligamento da AD1 em todas elas. Aponta-se também para importância do levantamento da relação dos usuários acamados ou restritos ao domicílio por parte das equipes 1 e 3.

As equipes pesquisadas apresentam bom desempenho no que diz respeito ao acolhimento das demandas não programadas, no estabelecimento de prioridades por classificação de critérios de risco, na definição de atribuições entre os membros da equipe e no uso das reuniões de equipe para gerir os casos. Entretanto, falta a sistematização e alimentação das informações produzidas na AD1 para garantia do continuidade do cuidado.

Em relação às tecnologias para operacionalização do cuidado no domicílio, todas as equipes registram as ações desenvolvidas na AD1 no prontuário da família e possuem uma rotina já estabelecida (de dias e horários) para a Atenção Domiciliar. Porém, aponta-se para a disponibilidade de recursos materiais e equipamentos em quantidade e qualidade, bem como a divulgação e aplicação de protocolos na AD1, como nós críticos da gestão municipal.

Ainda em relação às competências desta esfera do sistema de saúde, as ações de avaliação e monitoramento das equipes precisam 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 desconhecem os fluxos, ou conhecem parcialmente, todas as equipes obtiveram pontuações parciais.

Isto também se aplica ao monitoramento dos usuários acompanhados pela AD2 e AD3. A pontuação ficou prejudicada devido a ausência de comunicação com essas equipes.

Porém, quando diz respeito ao protagonismo das equipes para a articulação de parceria intersetorial e comunitária, duas equipes não registraram o desenvolvimento dessas ações, duas o fazem quando requisitados pela própria comunidade ou para atender demandas que não dizem respeito à AD1. Apenas profissionais de uma equipe apresenta na sua fala diversas articulações em prol da atenção integral dos usuários acompanhados em AD1.

Ao avaliar o conjunto das entrevistas por equipe de Saúde da Família, constatou-se que todas as equipes apresentam grau intermediário de implantação da Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1. Salienta-se que parte da pontuação não obtida pelas equipes diz respeito às competências do nível central da gestão municipal.

8.5 Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho na AD1

De modo geral, a partir das entrevistas foram identificados como aspectos facilitadores e dificultadores do cuidado na Atenção Domiciliar Tipo 1 três dimensões: a organização do processo de trabalho, a relação profissional de saúde-equipe-trabalho, e a relação equipe-usuários-comunidade. Cada uma dessas dimensões serão abordadas a seguir.

8.5.1 Organização do Processo de Trabalho

Na primeira dimensão, alguns profissionais citaram a importância dos momentos de reunião da equipe, discussões e planejamento das ações para operacionalizar o cuidado, na medida em que favorece a troca de conhecimentos sobre a situação de saúde-doença-(auto)cuidado do usuário/família, a identificação de alternativas para resolução de problemas, bem como para organizar o próprio processo de trabalho (definir prioridades, estabelecer prazos de retorno e fazer outros encaminhamentos).

(...) quando a gente não tem um momento, que não sente a enfermeira, a coordenadora, o médico, os agentes, que a gente não veja os pontos, né, que precise discutir essa abordagem, eu acho que isso possa dificultar. Porque se a gente for ficar só em consultório a gente não para um minuto. Então, se a gente realmente não reservar um momento pra ter uma reunião, pra fazer a organização, o planejamento, não acontece mesmo. Eu acho que isso facilita. (E5, médica)

Por outro lado, nos momentos de observação nas unidades de saúde, foi possível identificar que os profissionais também utilizam esses espaços para resolver outras pendências – atualizar os prontuários; atualizar receitas; atender demandas não-programadas; organizar o registro de produtividade; dentre outros. Assim, mesmo reconhecendo a importância das reuniões de equipe, observa-se que, por vezes, as mesmas são esvaziadas ou tornam-se momentos para articulação e encaminhamento de outras ações.

Outro momento constitutivo do processo de trabalho na atenção domiciliar, apontado como importante para o bom resultado da AD1, diz respeito ao contato prévio dos agentes comunitários com as famílias/usuários para o agendamento da visita. Assim, estes têm preservado o direito de recusar a ida dos profissionais até seu domicílio ou aceitar, e preparar-se para recebê-los.

Porque é um agendamento já, né? É uma coisa já programada, já é programado, então torna fácil, né? (E8, ACS)

Neste sentido, a quantidade insuficiente de agentes comunitários de saúde para monitorar todas as microáreas e famílias, bem como a dificuldade de supervisionar o trabalho desses profissionais, ou ainda as suas condições de saúde interferem no tipo de trabalho realizado na AD1.

Tem falha na questão do mapeamento e da quantidade de agentes comunitários necessários. Aqui a gente tem a necessidade de pelo menos cinco, temos quatro. Dos quatro, uma tem dificuldade de locomoção e é a que está trabalhando na área geograficamente maior e com mais acidentes geográficos pelo caminho. Ela tem dificuldade de andar, tem uma deficiência na perna e é uma das mais velhas. Então, muita coisa a gente acaba não fazendo por conta de ter essa deficiência. (E13, médico)

A definição de prioridades e a restrição da AD1 à pacientes com perdas funcionais e restritos ao domicílio foram consideradas aspectos limitantes do impacto que a atenção domiciliar pode gerar na saúde da população. Uma das

profissionais critica a priorização aos pacientes acamados. Na sua perspectiva, todos os profissionais deveriam desenvolver ações de vigilância no domicílio, de modo a prevenir processos de adoecimento.

E eu acho assim, a visita domiciliar é muito importante para evitar muita coisa, deveria ser mais generalizada. (...) tem que ser para todo mundo. Planejada assim para toda a população, não somente para aquela que tá doente. Deveria ser para todo mundo, mas é feito, é priorizado assim: a visita é mais para o acamado, hipertenso, diabético, se prioriza. Mas, eu acho assim, deveria ser mais extensa, mais estendida, na minha opinião. (E2, médica)

Nesta dimensão, foi apontada ainda a importância da disponibilidade de instrumentos, equipamentos e insumos pelo município, mas também a facilidade de realização das visitas uma vez que as mesmas exigem poucos recursos.

A gente tem os instrumentos de trabalho, né? Consegue esses instrumentos de trabalho, que ajuda a gente durante a visita. A gente tem o tensiômetro, o glicosímetro, a gente tem, tem os aparelhos, né, os aparatos, os instrumentos que a gente pode levar, que apesar de que (riso)... são poucos, mas a gente dá um jeito e leva, não falta. (E3, enfermeira)

Assim, pra fazer a visita domiciliar não precisa muita coisa. (E13, médico)

Por outro lado, para garantir a adesão ao tratamento e melhor resolutividade dos casos, é necessário garantir o acesso do usuário a medicamentos, material de higiene pessoal e outros recursos. Alguns profissionais sentem-se constrangidos em indicar o uso de alguns insumos que não estão disponíveis na rede pública diante das condições financeiras da família.

Normalmente, a gente se depara com pessoas com dificuldades motoras, uns mais graves, que nem mais consegue fazer uma escovação, ou na verdade, às vezes, são desdentados totais. A gente precisaria o que? Nesse caso, precisaria de um antisséptico, tá? Que um ótimo, que normalmente a gente gosta de trabalhar (...) a gente está assim há um bocado de tempo sem ter. Às vezes, é complicado você fazer uma prescrição, eu posso fazer, “olha o ideal aqui pra higienização, a paciente tal, dona fulana, começou a usar esse aqui”, mas eu sei que também tem muita dificuldade de comprar, sabe? Então, eu acho constrangedor, eu não vou oferecer um insumo, não sei a que ponto, sabe, tem uma valia. (E9, odontóloga)

A prefeitura não tem a responsabilidade de fornecimento, eu não sei se existe alguma lei, em relação à fralda. Mas, a gente sabe que há uma necessidade muito grande, principalmente acamados que tem incontinência, né? Existem

alguns insumos que a gente tem déficit e que a gente precisava pra poder estar melhorando as visitas, né? (E15, enfermeira)

A disponibilidade de carro foi apontada tanto como facilitador (pois há uma organização e a equipe conta com este recurso), como um dificultador (pela restrição de um turno por semana ou extravio para outras atividade). Para as unidades mais distantes do centro da cidade, a existência de uma ambulância disponível na unidade também favorece o cuidado na atenção domiciliar, especialmente no acolhimento e resolutividade das demandas não-programadas.

Antes, não tinha carro. Hoje, tem. Mas, o carro não está disponível só pra gente. Traz funcionários da prefeitura para outros lugares. Se um funcionário atrasa, o carro atrasa. É uma visita a menos que eu faço. (E17, médica)

Ao mesmo tempo que é facilitador é um ponto que dificulta, a gente tem um carro uma vez por semana, né? A gente tem o carro disponível pra fazer essas visitas. E muitas vezes é insuficiente esse transporte uma vez por semana. Mas, a gente também tem uma ambulância que fica aqui 24 horas na unidade e que se for um caso urgente ou um caso extremo a gente pode estar utilizando essa ambulância. Não é o ideal, não é o correto, porque a ambulância é pra regulação de SAMU e para as coisas que chegam aqui. Mas, se for o caso, a gente vai ver o caso com uma certa urgência. Como já teve uma gestante com surto psicótico, era puérpera já, na gravidez ela ficou compensada, mas quando ela teve neném ela descompensou. (E11, enfermeira)

Por sua vez, o território adscrito à unidade pode oferecer barreiras geográficas. O fato do município pesquisado constituir-se num espaço físico eminentemente plano, estando a maioria das unidades dentro da área urbana, foi apontado como um facilitador para a AD1. Outro aspecto positivo referente ao território, para algumas equipes, é a proximidade entre a unidade de saúde e os domicílios da população adscrita. Neste caso, a visita pode ser realizada independente do automóvel.

Na unidade, a questão de não ter tanta distância. Eu não tenho assim, uma fazenda pra visitar. Não tenho estrada de terra pra passar, entendeu, não tenho atoleiros, não tenho tanta barreira geográfica. No máximo ladeiras. Então, isso já facilita. E assim, pra fazer a visita domiciliar não precisa muita coisa. (E13, médico)

Aqui é a comunidade, assim territorialmente, tem áreas que são mais longe realmente, mas de qualquer forma a gente faz muita visita a pé. Antes, quando contava com o carro, pra logística era mais complicado (...) A gente anda, vai a pé mesmo pras visitas, eu acho que otimiza muito, sabe? Otimiza muito. (E9, odontologa)

Em contrapartida, as equipes que estão vinculadas a territórios mais afastados da unidade, ou que contam com uma dispersão territorial maior, o veículo para o transporte é indispensável para a operacionalização do cuidado domiciliar.

A minha área é muito grande. Tem dias que eu só consigo fazer uma visita porque o tempo que a gente gasta até chegar a casa do paciente, atender e depois voltar, não dá pra fazer mais de uma. A distância é muito grande. (E17, médica)

Outra barreira de acesso dos profissionais ao domicílio dos usuários é a violência urbana, muitas vezes produzida pelo tráfico de substâncias psicoativas ilegais e que determinam a dinâmica social e o fluxo de pessoas no território. Os profissionais apontam que, apesar de reconhecer a existência dos conflitos e dos territórios com maior índice de violência, ainda não houve interrupção das visitas domiciliares por este motivo.

(...) o carro chegou a não vim. Inicialmente, eu peguei meu carro inúmeras vezes pra fazer as visitas quando o carro faltava. Só que a gente está tendo um índice de violência muito grande na comunidade. Pra mim, isso é novo porque quando eu recebi a referência de vim pra cá, eu sempre soube que aqui era um lugar muito tranquilo, né? (...) Então, por conta desses problemas sociais, estou evitando fazer as visitas com meu carro. Realmente, não era uma coisa que me incomodava, porque eu acho relativamente perto e pra mim a gente está ajudando, né, uma pessoa que está esperando pela visita. Mas, assim, tem um índice de drogas altíssimo, de tráfico, inclusive. Então, preferi assim. Quando nada, você está com o carro identificado, com outras pessoas. Eles respeitam a parte da saúde, então, enfim. (E5, médica)

Essa semana eu saí pra visitar, só consegui cadastrar duas famílias, porque na visita, a gente vai no portão. Ninguém abre a porta. (...) Portões fechados, todos, aqueles até o teto, muro imenso por medo de assalto, as drogas, aí né? Está muito difícil de se trabalhar. (E4, ACS).

Por fim, a dificuldade de comunicação com as equipes de AD2 e AD3, bem como as barreiras de acesso à rede de média e alta complexidade interferem na continuidade do cuidado dos usuários pertencentes ao território adscrito à USF.

Paciente é acompanhado também por ID. Internamento domiciliar. A gente tem uma dificuldade de diálogo. Enfim, aí às vezes ia fazer uma coisa e mudava a conduta, então porque não tem um diálogo né, então acho que isso é uma coisa que atrapalha um pouco. (E16, médica)

Que eles também reclamam muito da marcação de exames, que a marcação de exames é agora lá no centro, “oxe, eu saí daqui pego o primeiro ônibus 5 horas da manhã, e não consegui”. Quer dizer, seu trabalho é cortado assim, não foi adiante, entendeu? (E7, técnica de enfermagem)

Portanto, do ponto de vista dos profissionais entrevistados, para favorecer o aprimoramento da Atenção Domiciliar Tipo 1, é necessário garantir os seguintes aspectos: turno de reunião de equipe para discussão dos casos; número suficiente de Agentes Comunitários de Saúde para o território adscrito; disponibilidade de instrumentos e insumos; garantia de veículo para a AD1 em territórios de difícil acesso, de acordo com dias/turnos definidos em conjunto com as equipes; revisão dos critérios de inclusão na AD1; melhor comunicação com as equipes de AD2 e AD3.

Deste modo, os profissionais apontam como principais facilitadores e dificultadores da organização do processo de trabalho na AD1, fatores que extrapolam a sua governabilidade (exceto a reunião de equipe), sob responsabilidade do nível central de gestão. Outros aspectos referentes ao desenvolvimento de novas competências e habilidades para atuar na AD1 e para gerir o processo de trabalho não foram pontuados pelos entrevistados.

8.5.2 Relação Profissional – Equipe – Trabalho

Em relação à segunda dimensão, a relação profissional-equipe-trabalho, a constituição das equipes com profissionais com vínculos empregatícios mais seguros (estatutário) também foi apontado como facilitador, pois promove a continuidade das ações e projetos desenvolvidos, além de permitir melhor integração entre os profissionais.

Partindo do princípio, um dos mais importantes é o vínculo do servidor. Nós aqui temos, a maior parte dos nossos servidores são servidores efetivos. Então essa relação, com essa tendência de se prolongar, facilita muito o nosso mecanismo. Porque a gente vai treinando as pessoas, elas vão se adaptando e a gente vai caminhando com mais facilidade por qualquer projeto novo que vier a aparecer. (E12, enfermagem)

O perfil do profissional também foi apontado como um facilitador da organização e operacionalização da AD1. Neste sentido, foram apontados, e até

confundidos entre si, os aspectos pessoais apresentados pelos profissionais (dedicação, interesse, consciência sobre seu papel social, proatividade) e relação por eles estabelecidas com o trabalho (conhecimento e aceitação da proposta de trabalho na atenção básica, reconhecimento das funções de cada membro da equipe, responsabilidade e envolvimento com as atividades e com os casos atendidos).

(...) todo mundo sabe da sua responsabilidade. Sabe dos seus deveres, sabe que dentro da saúde da família a gente precisa e é uma das fundamentais ferramentas dentro do programa é a visita domiciliar. (...) e graças a Deus a gente não tem problemas quanto a agente de saúde. (E15, enfermeira)

Minha equipe, ela tem um perfil de se dedicar mesmo. As agentes comunitárias se empenham, tem um interesse, se responsabilizam em querer resolver o problema do paciente. Então, a equipe facilita vários pontos. Responsabilização, né. Acho que responsabilização tá entre as principais coisas. (E16, médica)

O perfil do nosso servidor graças a Deus é muito participativo, são pessoas que são bem ativas e que não tem essa questão tanto de aqui, de autoridade, a gente não tem essa questão aqui. Então tudo isso facilita muito a nossa vivência aqui. (E12, enfermagem)

A relação positiva entre os profissionais de saúde, o respeito e a valorização à complementaridade dos saberes e das ações a serem desenvolvidas em domicílio foi destacado como um facilitador que se reflete no acolhimento das demandas, na orientação e esclarecimento de dúvidas, na continuidade do trabalho, no compartilhamento de novas informações e no empoderamento dos sujeitos envolvidos no cuidado profissional.

O enfermeiro e o médico eles valorizam meu trabalho, né? No momento que eu chego, que eu digo, “olhe, eu fui pra uma visita hoje, eu preciso passar uma informações pra vocês”. Eles valorizam isso. Ele, “pode vim, pode vim passar pra mim”, entendeu? E valorizar, “realmente ta precisando de uma visita”. Eles dão um respaldo pra isso. Eles vão depois nas casas das pessoas, e quando ele chega na visita, que eu acho melhor ainda, ele “fiz a visita, encontrei isso, isso, isso”. (...) Se eu tiver dúvida também, eu tiro dúvidas com eles, eles esclarecem essas dúvidas comigo. (E7, técnica de enfermagem)

A equipe, não tenho o que reclamar [risos]. Às vezes tem visitas que eu falo até pra o agente comunitário “pra quê vir pra essa visita? Você já fez tudo que tinha que ser feito” [risos]. (E16, médica)

Porém, muitas vezes, devido ao perfil do profissional proativo, ao envolvimento dele com a equipe e à busca pela efetividade de suas ações, ele faz uso de recursos financeiros e materiais pessoais. A resolução das situações-problemas, portanto, não é institucional e de longo prazo.

Por exemplo, a gente está com a unidade agora dois meses sem um telefone. (...) a gente que trabalha na ponta vai muito da boa vontade do profissional, né? Então, eu pegava o meu telefone pra confirmar carro, a enfermeira já fez isso inúmeras vezes. (E5, médica)

Era melhor quando tinha o carro da visita. Mas, (a visita) nunca falhou não. Eles vão no carro deles mesmo, não tão preocupados não, e quando não pode, vai de pé mesmo. (E8, ACS)

Em consonância, Lima *et al* (2014) identificaram que a satisfação no trabalho na Estratégia de Saúde da Família é fortemente influenciada pelos seguintes fatores: realizar um trabalho com o qual se tem afinidade; percepção sobre resolubilidade da assistência, o que tem forte relação com a satisfação dos usuários; o trabalho em equipe, especialmente o estabelecimento de vínculo entre os membros da própria equipe.

Observa-se o entrelaçamento entre as dimensões pessoais e profissionais, o que pode favorecer ou dificultar a vinculação e a comunicação entre os sujeitos membros das equipes, e conseqüentemente a operacionalização da AD1, a resolução de situações-problema. Trata-se, portanto, da necessidade de valorizar a dimensão subjetiva presente nas relações de trabalho.

8.5.3 Relação entre Equipe – Usuários – Comunidade

No que diz respeito à terceira dimensão, a relação entre equipe-usuários-comunidade, apontou-se para a receptividade dos usuários/famílias no momento da AD1. Isto se repercute na vinculação entre equipes e usuários, bem como na efetividade do cuidado realizado no domicílio.

Eh, o acolhimento dos usuários, nunca tive um mau acolhimento, sempre muito raramente, muito, mas nem entra na contabilidade. Eu acho que isso é um ponto muito positivo, a recepção do usuário, é bom. (E9, odontóloga)

Outro ponto positivo é o resultado trabalho. O resultado do trabalho quando você olha assim, “poxa, eles estão aderindo o tratamento, eles estão

melhorando”, entendeu? Quando eles vem aqui me dar uma satisfação, “olha, eu to tomando medicação”, entendeu? A família também me procura, ela não me procura só pra me dizer as coisas ruins, elas me procuram pra me dizer as melhoras, entendeu? Aí fica aquela ligação do posto com a família, isso também é um ponto positivo. (E7, técnica de enfermagem)

A relação com a comunidade local, especialmente com a sociedade civil organizada e o controle social também foi considerada importante para a atuação da equipe no território. Em alguns casos, esta vinculação favorece o cuidado nas áreas sem ACS, na conquista dos equipamentos e instrumentos, e na inserção em espaços que contém conflito social.

Além disso, a gente também tem uma relação muito boa com a comunidade. Tanto com essa associação dos moradores do bairro quanto com o Conselho Local de Saúde. A associação dos moradores do bairro, né. A gente tem eles participando bem efetivamente aqui e também no Conselho Local de Saúde. Essas são situações que a gente traz toda a necessidade, a sensibilidade da comunidade pra dentro da unidade, isso facilita. (E12, enfermagem)

Entretanto, a vinculação à comunidade e aos usuários traz novas demandas aos profissionais de saúde, para além do setor saúde. A complexidade dessas demandas e as limitações presentes no processo de trabalho pode gerar frustração por parte da comunidade, e sobrecarga nos profissionais.

Assim, como a gente está muito perto e muito próximo do dia-a-dia da comunidade é uma vantagem, também estar muito perto, muito próximo do dia-a-dia da comunidade também pode parecer, pode ser um desconforto. (...) porque a gente se envolve com problemas que não são tanto da saúde, são de outras ordens, talvez esse seja uma das barreiras que a gente encontra. (...) Pode causar frustração na comunidade, porque eles veem a gente de uma maneira assim né, e às vezes a gente não é tanto quanto eles esperavam. E de repente esse elo muito firme pode cair vez por outra nisso aí e causar uma certa frustração. (E12, enfermagem)

A complexidade dos casos acompanhados em domicílio, que envolve além de múltiplas morbidades, aspectos socioeconômicos e familiares, foi apontada como dificultadora do cuidado na AD1. Muitas vezes, os contextos de maior vulnerabilidade respondem menos às intervenções dos profissionais, gerando frustração, sensação de não resolutividade e impotência.

No território, tem uma casa que tem dois idosos acamados e os dois tem internamento domiciliar. Só é uma cuidadora que também tem várias

questões dela. Na verdade, eles eram três pessoas doentes na casa: uma de saúde mental e esses dois idosos. Então, essa família, ela consumia minha tarde inteira. E aí, e assim, eu não me sentia resolutiva. Eu não sei se é porque a situação deles também é grave e às vezes demanda um especialista ou às vezes não tem solução porque já é grave mesmo, já é idoso. E às vezes a gente quer ver todo mundo melhor, bem, e não vai estar, não vai ficar bom. E acabou que esse paciente de saúde mental faleceu e só ficou os dois idosos. Então, esse é um caso difícil, eu acho que a questão da cuidadora ter que cuidar dos dois, então acaba que não cuida muito bem dos dois porque são dois. Aí, a gente tem que fazer exame, não conseguia. Tinha que encaminhar pra um especialista também não levava, nem tentava. Ou ela deixava o idoso sozinho ou levava. Muito difícil. (E16, médica)

Acho que um caso dificultado é uma senhora, que ela mora numa casinha de fundos. É só um quarto, a casinha de só um quarto. Mora ela e o filho, uma cama paralela à outra. Não tem geladeira, não tem fogão, o fogão é à lenha do lado de fora. Esse filho é etilista. A cuidadora na verdade é uma sobrinha que mora na casa da frente e que tem distúrbio psíquico, mas é quem vai lá de manhã dar um remédio, é quem faz uma comida e leva, é quem dá alguma assistência, é essa sobrinha dela. (...). Porque esse filho que é etilista, é o procurador pra pegar a pensão, então é claro que essa pensão não rende. Então, fica uma situação familiar bem desarmônica. E nunca tá em casa no horário que eu vou fazer a visita. Então, é aquela coisa meio complicada. Como sabe que vai fazer a visita, que a visita é marcada, ele já não aparece. (E13, médico)

Constata-se que o cuidado na AD1 depende de fatores extrínsecos à equipe, mas que exigem a atuação política dos profissionais e a articulação com a comunidade. Entretanto, o maior envolvimento dos profissionais com a população adscrita e o grau de corresponsabilidade dos mesmos sobre a saúde dos usuários pode levar à expectativas e frustrações de ambos os lados, bem como à sobrecarga emocional e de trabalho.

8.6 Grau de Implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1

Ao avaliar o resultado alcançado pelas equipes de Saúde da Família participantes desta pesquisa, constatou-se que uma equipe apresenta grau incipiente de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 (EqSF 3); uma equipe alcançou grau intermediário (EqSF 1); e três equipes obtiveram pontuação suficiente para ser classificada como grau avançado de implantação da AD1 (EqSF 2, EqSF 4, EqSF 5).

Considerando a relação de escores pré-estabelecida para avaliação municipal, e que 60% das equipes de Saúde da Família pesquisadas alcançaram o grau

máximo de implantação desta modalidade de atenção, é possível afirmar que o município de Camaçari apresenta grau intermediário de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1.

Aponta-se para a relevância deste resultado diante dos desafios identificados ao longo deste trabalho, especialmente no que diz respeito ao investimento da gestão municipal para garantia da longitudinalidade assistência na Estratégia de Saúde da Família ao priorizar vínculos estatutários para contratação de servidores, bem como disponibilizar recursos para a realização da AD1.

Ainda apresenta-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 conseqüentemente na AD1, a ampliação e efetividade dos processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família, a garantia da continuidade e qualidade dos recursos, e a articulação intra e intersetorial de modo a favorecer a integralidade do cuidado.

8.7 O Processo de Trabalho na Atenção Domiciliar Tipo 1

Ao analisar o processo de trabalho em saúde, Nogueira (1997) afirma ser necessário considerar três aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, ele é um exemplo do processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns – finalidade, direcionalidade técnica, instrumentos e força de trabalho – passível de uma análise macroeconômica geral. Segundo, o trabalho em saúde é um serviço. Ou seja, o usuário paga pelo efeito útil presumido na medida em que sela um pacto de cientificidade com a medicina moderna e seus prestadores. Além disso, deve-se pagar por todas essas mercadorias – medicamentos, materiais diversos, equipamentos etc. –, núcleo dos distintos processos de trabalho envolvidos no diagnóstico e na terapia.

Esse serviço não se realiza sobre coisas, sobre objetos, como acontece em outros casos, dá-se, ao contrário, sobre pessoas e, sobretudo, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo. Este é o terceiro aspecto: o trabalho em saúde é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa entre quem consome o serviço e quem o

presta. O usuário é um fornecedor de valores substantivos de uso, de tal modo que ele é co-partícipe do processo de trabalho e co-responsável pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica (NOGUEIRA, 1997).

Em relação ao primeiro aspecto apresentado pelo autor, é possível identificar quem são os trabalhadores, objetos, finalidades e instrumentos de trabalho necessários para operacionalizar a AD1 nas referências e na PNAD. Entretanto, esses elementos ainda não se expressam conforme previsto, uma vez que não se trata apenas de conceituação e eleição dos mesmos no processo de trabalho. O reconhecimento de quem são os sujeitos (consumidores de atos de saúde), quais necessidades podem ser satisfeitas e quais os meios serão priorizados constituem-se dentro de um campo de disputa ideológica e de poder que organizam práticas, serviços, programas e políticas de saúde, configuradas a partir de certos modelos de atenção à saúde.

Constatou-se deste modo que, apesar de mudar o espaço físico e territorial de atuação (do hospital/consultório para o domicílio), o modelo biomédico é hegemônico nas práticas de saúde da AD1. Desde a centralidade ocupada pelo profissional médico (no uso do veículo; nas visitas domiciliares), passando pela definição das prioridades na assistência ao usuário (foco na dimensão biológica), até o modo de operar a atenção à saúde (relação estabelecida na lógica queixa-conduta).

Neste contexto, a doença ocupa lugar privilegiado como objeto de trabalho na AD1. Conseqüentemente, as ações de prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (especialmente as intervenções sobre o corpo biológico) foram as variáveis com melhor pontuação pelas equipes. Poucas são as intervenções sobre outras necessidades de saúde – previstas na promoção da saúde e na atenção à família, fundamentais para o cuidado às condições crônicas de saúde/adoecimento.

Posto isto, as proposições de ampliação da clínica no intuito gerar intervenções sobre o contexto e estilo de vida dos usuários podem, seguindo o modelo biomédico, promover a ampliação dos processos de medicalização e a reprodução das relações assimétricas de poder e classe social. Isto porque as intervenções sobre os modos de vida podem ocorrer através de ações educativas verticalizadas, embasadas no saber científico, epidemiológico, descontextualizado.

Por sua vez, os instrumentos citados pelos profissionais como necessários para operacionalizar a AD1 correspondem a equipamentos e recursos que respondem às demandas biomédicas, passando pelo fazer de todos os profissionais. Observa-se o desconhecimento dos instrumentos da abordagem familiar e de promoção da saúde. Tais tecnologias são produzidas por outros campos do saber, não agregam valor econômico, não apresentam imediatividade de respostas e resultados e exigem a corresponsabilidade entre os atores. Talvez por isso estes conhecimentos e instrumentos não alcancem grande difusão, aceitação e utilização no campo da saúde.

A proposta de produção, gestão e avaliação coletiva (profissionais-usuários-família) do plano de cuidados também apresenta fragilidades. Isto porque exigiria mudanças nas relações sociais estabelecidas entre esses sujeitos – relações dialógicas, distintas da produzida pelo modelo biomédico –, com repercussões para a autonomia dos profissionais sobre os objetivos a serem alcançados diante da descentralização do poder de decisão sobre os mesmos. Portanto, ainda há um longo percurso para atender às proposições do Modelo de Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas, da OMS.

Em relação aos trabalhadores da AD1, observa-se que a polivalência exigida dos profissionais da Atenção Básica para dar conta da complexidade dos casos, sem apoio matricial e institucional, com uma rede de apoio diagnóstico e de reabilitação fragilizada e de difícil acesso, pode gerar sobrecarga de trabalho, frustração e baixa resolutividade.

Ademais, aponta-se que o imperativo do trabalho em equipe e da integralidade da assistência pode conter tanto a proposta da humanização, coordenação e complementaridade dos atos de saúde, como a lógica administrativa de redução de custos, referentes a trabalhadores, uma vez que os mesmos precisam assumir diversas funções (gerenciais, técnicas, controle social), muitas vezes gerando burocracias e barreiras de acesso.

Diante das características do setor terciário e as peculiaridades do objeto de trabalho – as necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos/agentes do trabalho – tem-se um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade. Como

trabalho reflexivo, o trabalho no setor saúde é dotado de incertezas e descontinuidade, impossibilitando sua completa normatização, o que gera constantes embates entre a autonomia profissional e os modelos organizacionais tradicionais (PEDUZZI, 2002).

Somado a isto, aponta-se para a divisão social do trabalho entre quem propõe a política, quem planeja e avalia os serviços de saúde e quem executa as inúmeras ações em saúde. Na maioria das vezes, trata-se de agentes distintos, com interesses e contextos de trabalho diversos. Conseqüentemente, também é possível observar na AD1 a fragmentação e alienação dos trabalhadores sobre as finalidades e a totalidade dos resultados.

Conclui-se, portanto, que a articulação almejada e necessária para a integralidade das ações de saúde não decorre da simples reestruturação dos objetos, instrumentos, finalidades e disposição espacial dos trabalhadores em saúde – mudanças, muitas vezes, produzidas por agentes externos a este processo. Segundo Peduzzi (2002), essa articulação pressupõe a atuação consciente de sujeitos dispostos à integração, o que não ocorre automaticamente na sucessão de atividades e intervenções produzidas pelos vários profissionais. Para isto, são necessárias conexões percebidas e introduzidas ativa e conscientemente pelos sujeitos do trabalho.

Aponta-se ainda para a multiplicidade de organizações tecnológicas da Atenção Básica, na qual se insere a AD1. Neste contexto, sobrepõe-se distintas lógicas de operacionalização do trabalho, atendendo aos diversos modelos de atenção à saúde – a clínica biomédica; a existência de campanhas e programas especiais por ciclo de vida e comorbidades (modelo sanitário); e ações de monitoramento da situação de saúde da população (Vigilância em Saúde).

Deste modo, observa-se semelhança em relação às situações clássicas abordadas por Marx, tanto no trabalhador (diante da ausência de direcionalidade técnica do trabalho em saúde) quanto no consumidor, que deve percorrer um labirinto de serviços, ignorando a finalidade e o sentido das intervenções (NOGUEIRA, 1997).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Domiciliar Tipo 1 indicou que o município apresenta o grau intermediário de implantação desta modalidade de atenção em saúde, segundo a amostra pesquisada. Neste processo, foram apontados alguns avanços e desafios para a organização das práticas, para a gestão, avaliação e monitoramento da AD1.

Constata-se que as equipes com maior quantidade de profissionais entrevistados, com maior investimento em formação na área de Saúde Pública/Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade, e com as quais foram observadas as situações de atenção domiciliar apresentaram melhores resultados, segundo a matriz de aferição do grau de implantação. Por um lado, conjectura-se que a quantidade de informantes e distintos mecanismos de coleta de dados tenha favorecido a identificação das diversas variáveis analisadas. Por outro lado, salienta-se que a maior disponibilidade para a participação da pesquisa e a formação de equipes com profissionais que buscam maior aprimoramento para atuação em Saúde da Família favoreceu o melhor desempenho.

Vale destacar que a matriz de aferição do grau de implantação da AD1 mostrou-se adequada aos objetivos deste trabalho. Porém, não foi objeto desta pesquisa a avaliação da veracidade das informações prestadas pelos sujeitos entrevistados ou a qualidade e efetividade das práticas de AD1.

Observa-se como limites desta pesquisa e da avaliação do grau de implantação a inexistência ou pouca produção de ações no território, especialmente no domicílio, pelas equipes das Unidades Básicas sem Saúde da Família. Neste caso, não há implantação da AD1.

Além disso, as limitações de tempo para coleta e análise dos dados, bem como os vieses na seleção de usuários a serem entrevistados, inviabilizaram a expansão da amostra. Assim, possivelmente, outras equipes de Saúde da Família não participantes da pesquisa podem vivenciar maiores dificuldades e facilidades para alcançar graus elevados de implantação da AD1.

Apesar da Política Nacional de Atenção Domiciliar apresentar avanços na estruturação da atenção à saúde a usuários com condições crônicas de

saúde/adoecimento, com perdas funcionais e dependência para atividades da vida diária, é importante a ampliação dos critérios de acesso à AD1. Ao longo da pesquisa, foi possível identificar outras barreiras de acesso aos serviços de saúde que exigem a efetivação da responsabilidade sanitária das equipes na Atenção Básica a Saúde.

Salienta-se que a PNAD, e os documentos orientadores, ainda não geraram as mudanças previstas no processo de trabalho da AD1. Ainda apresentam-se como desafios a institucionalização e apropriação dos paradigmas de promoção da saúde e co-gestão do cuidado, o desenvolvimento de habilidades e ampliação das tecnologias para intervenção sobre coletivos (especialmente, sobre o contexto e a dinâmica familiar), bem como a articulação comunitária pelos diversos agentes de saúde.

Ademais, para fortalecer as características do primeiro nível de atenção à saúde, os novos modelos assistenciais – Vigilância a Saúde e Em Defesa da Vida/Clínica Ampliada –, e o cuidado às pessoas com condições crônicas é imprescindível a articulação entre políticas e programas de saúde, voltadas para os diversos grupos populacionais, bem como as tecnologias e sistemas de avaliação/monitoramento. Em relação à Política Nacional de Atenção Domiciliar aponta-se para necessidade de incorporar as ações domiciliares já previstas nos Cadernos de Atenção Básica, de modo a reduzir a fragmentação dos atos de cuidado e a divisão social do trabalho.

Este trabalho apresenta contribuições para o campo da saúde coletiva, a partir do qual são identificadas outras lacunas na produção de conhecimentos. Deste modo, a compreensão sobre a experiência de adoecimento e itinerário terapêutico dos usuários acompanhados pela AD1, e por outros níveis de Atenção Domiciliar, bem como as percepções dos mesmos e de seus cuidadores sobre a AD podem trazer grandes colaborações na organização das práticas e dos serviços de saúde.

10 REFERÊNCIAS

AYRES, JR de CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol.13, no.3, Sept./Dec. 2004.

ALMEIDA-FILHO, N de; PAIM, JS. Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro. Medbook, 2014, P 13-28.

Barata, R B. **Necessidades sociais de saúde e organização tecnológica no controle da malária. Abordagem teórica e metodológica**. Universidad del Zulia Venezuela Espacio Abierto, vol. 8, núm. 2, maio-agosto, 1999, pp. 313 – 343.

BARATA, R. B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J.de C. e CARVALHO, A. de I. (orgs). **Políticas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, P 167-214.

BAPTISTA, BO; BEUTER, M; GIRARDON-PERLINI, NMO; BRONDANI, CM; BUDÓ, MLD; SANTOS, NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 33(1):147-56, mar 2012.

BRASIL, 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, 30 jan. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e

o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 de dezembro de 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília – DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília – DF, 2012b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. **Diário Oficial da União**, 13 de junho de 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretariade Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 de maio de 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Ministério da Saúde – DATASUS. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 26 fev de 2015.

CAMAÇARI. Secretaria de Saúde. Departamento de Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Camaçari-BA, 2013.

_____. Secretaria de Saúde. Departamento de Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Camaçari-BA, 2014.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro R, Mattos, RA (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

CHAMPAGNE, F.; Brousselle, A.; Contandrioupoulos, A.P.; Hartz, Z. A análise de implantação. In: Brousselle, A.; Champagne, F; Contandrioupoulos, A.P.; Hartz, Z.M.A. **Avaliação, conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011, p. 217-239.

COELHO, IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos, GW de S; Guerrero, AVP. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. Editora Hucitec, São Paulo, 2008, p 96-131.

CUNHA, MS da; SÁ, MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface(Botucatu)**, vol.17, n.44, Botucatu, Jan./Mar., 2013.

GUTIERREZ DMD, MINAYO MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010.

DENIS, J.L.; Champagne, François. Análise de implantação. In: Hartz, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p 49-88.

De BRUYNE, P., HERMAN, J. & SCHOUETTE, M. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. Cap. 7 e 8., pp.201-51.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM; 2002. p. 11-24.

FILHO, AP; BUSS, PM; ESPERIDIAO, MA. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro. Medbook, 2014, p 305-326.

FIGUEIREDO, MD; FURLAN, PG. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos, GW de S; Guerrero, AVP. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. Editora Hucitec, São Paulo, 2008, p. 154-178.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, 9(18):489–506, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M., MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 24(3):180–8, 2008.

FREITAS, M.C. de, MENDES, M.M.R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 15(4), julho-agosto, 2007.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Eds.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008, Cap3 pp.64-89.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. de. Atenção Primária à Saúde. Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. de V.C.; Noronha, J.C. de; Carvalho, A.I. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008, p 575-626.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades em Marx**. Barcelona: Península; 1986.

JAMOULLE, M.; GUSSO, G. Prevenção Quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso, G., Lopes, JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre. Artmed, 2012, p 205-2011.

LACERDA, MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2621-2626, 2010.

LACERDA, MR; Giacomozzi,CM; Oliniski, SR; Truppel, TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e sociedade**. Vol.15, no.2, São Paulo, May/Aug. 2006.

LIMA, L DE , PIRES, DEP de , FORTE, ECN, MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**. vol.18, no.1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2014.

MAERSCHNER, RL; BASTOS, EVE; GOMES, AMA; JORGE, MSB; DINIZ, SAN. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface (Botucatu)**, vol.18, suppl.1 Botucatu, Dec. 2014.

MARSIGLIA, R.M.G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In Acosta, A.R. e Vitale, M.A. (orgs). **Família. Redes, Laços e Políticas Públicas**. 4º ed. São Paulo. Cortez, 2008.

MARTINS, PA de F; ALVIM, NAT. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**. Vol.65, no.2. Brasília Mar./Apr. 2012.

MASCARENHAS, NB; MELO, CMM DE; FAGUNDES, NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, Vol.65, no.6., Nov./Dec. 2012.

MARX, K. **O Capital – crítica da economia política**. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1996. pp. 165-170 e 297-304.

MEDINA, M.G.; Silva, GAP; Aquino, R.; Hartz, Z.M.A. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: Hartz, Z.M.A. e Vieira-da-Silva, L.M. (orgs). **Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador, EDUFBA; Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005, p 41-64.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2297-2305, 2010.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos). Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>. Acessado em novembro e dezembro de 2013.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica**. Brasília, OPS, 1988. 68p. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, No. 6).

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo. Editora Hucitec. 2008.

MOIMAZ, SAS; FADEL, CB; YARID, SD; DINIZ, DG. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, suppl.1, Rio de Janeiro Jan. 2011.

NOGUEIRA, R.P. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A., MOREIRA, M.C.G.B.(orgs). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. P. 71-6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003. Disponível

em:http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDI_COES_CRONICAS.pdf. Acesso em 20.06.13.

PAIM, JS. Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. In: Rouquayrol, MZ, Almeida-Filho, N de. **Epidemiologia e Saúde**. MEDSI, 6 ed., Rio de Janeiro, 2003, p 567-586.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. de V.C.; Noronha, J.C. de; Carvalho, A.I. (organizadores). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008, p 547-574.

PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N de. Análise de situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro. Medbook, 2014, p 29-40.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1):75-91, 2002.

PEREIRA, AP de S; TEIXEIRA; GM; BRESSAN, C de AB; MARTINI, J. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem.**, vol.62, no.3, Brasília, May/June, 2009.

PEREIRA, IC; OLIVEIRA, MA de C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista brasileira de enfermagem**. Vol.66, no.3, Brasília May/June 2013.

PINTO, IC de M; VIEIRA-DA-SILVA, LG; BAPTISTA, TV de F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro. Medbook, 2014, p 69-82.

REHEM, T.C.M.S.B.; Trad, LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(sup)Ç 231-242, 2005.

ROUQUAYROL, MZ; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: Rouquayrol, MZ, Almeida-Filho, N de. **Epidemiologia e Saúde**. MEDSI, 6 ed., Rio de Janeiro, 2003, p 17-36.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1(Supl): 245-253, 2005.

SCARPARO, AF, LAUS, AM, AZEVEDO, AL DE CS, FREITAS, MRI DE, GABRIEL, CS, CHAVES, LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene.**; 13(1):242-51; 2012.

SCHRAMM, J.M. de A.; OLIVEIRA, A.F. de; LEITE, I. da C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(4): 897-908, Dec, 2004.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de; SEIXAS, C.T.; FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública.** 44(1):166-76, 2010.

SILVA, GAP da; TEIXEIRA, MG; COSTA, M da CN. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos: campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro. Medbook, 2014, p 391-400.

TAVARES, NUL, BERTOLDI, AD, THUMÉ, E, FACCHINI, LA, FRANÇA, GVA de, MENGUE, SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública.** Vol.47, no.6, São Paulo, Dec. 2013.

TEIXEIRA, CF; JESUS, WLA de; SOUZA, MKB de; ROCHA, MND. Produção científica sobre a política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: uma visão panorâmica. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro. Medbook, 2014, p. 585-594.

TEIXEIRA, C.F; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro. Medbook, 2014, p. 287-302.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, 43(3): 548-54, 2009.

APÊNDICE A – RESULTADO FINAL DA ANÁLISE DA VARIÁVEIS DE INTERESSE
POR MUNICÍPIO COM MAIS DE 100 MIL HABITANTES NA BAHIA.

Tabela 01: Variáveis analisadas por município baiano com mais de 100 mil habitantes

Variáveis	Dados por Município									
	Alagoinhas	Camaçari	Eunápolis	Feira de Santana	Jequié	Juazeiro	Lauro de Freitas	Paulo Afonso	Porto Seguro	Teixeira de Freitas
2. Município	290070	290570	291072	291080	291800	291840	291920	292400	292530	293135
1. IBGE	290070	290570	291072	291080	291800	291840	291920	292400	292530	293135
3. Cob. ESF*	60,12	55,45	67,23	52,23	56,6	92,46	66,9	75,14	91,73	82,03
4. Int. sens. AB*	22,9	20,5	42,09	25,21	27,93	27,93	21,85	33,85	27,18	23,35
5. Vacina*	25	75	62,5	62,5	87,5	12,5	87,5	100	62,5	25
6. Mort. Infantil*	14,43	14,90	22,32	14,64	19,97	15,10	11,35	21,61	14,98	12,88
7. Mort. Prem. DCNT*	322,25	282,59	377,04	302,32	253,09	245,11	320,49	328,19	253,80	313,34
8. Adesão PMAQ	61,1	18,8	70,3	14,2	31,7	75	79,1	37,5	40,5	89,2
9. Realiza VD	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10. Protocolo Prior.	64	33	84	24	31	24	53	33	47	3
10.1. Comprova	45,45	16,67	68,42	17,65	15,38	17,78	42,11	16,67	35,29	3,03
11 Period.	81,82	83,33	100,00	100,00	100,00	95,56	89,47	100,00	88,24	90,91
12. VD ACS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	88,89	84,21	100,00	100,00	75,76
13. Mapeam.	72,73	83,33	89,47	64,71	84,62	35,56	73,68	91,67	88,24	42,42
13.1. Comprova	36,36	83,33	73,68	47,06	61,54	20,00	68,42	66,67	76,47	27,27
14. Atend. Dom.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
14.1. Comprova	54,55	100,00	100,00	76,47	53,85	82,22	94,74	100,00	100,00	78,79
15.Registro acam.	36,36	83,33	78,95	94,12	92,31	35,56	68,42	100,00	82,35	39,39
15.1. Comprova	36,36	83,33	68,42	82,35	61,54	20,00	52,63	83,33	76,47	33,33
16. Registro da VD	100,00	100,00	100,00	94,12	100,00	95,56	100,00	100,00	100,00	96,97
17. Pontuação Final	29	41	36	33	35	30	38	41	41	30

* Variáveis com peso 2

Fonte: DATASUS, 2014; Banco de dados do PMAQ-AB/BA

Descrição das Variáveis:
1. Código do município no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
2. Nome do município correspondente ao código do IBGE
3. População coberta com Estratégia de Saúde da Família (2013).
4. Porcentagem de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica segundo município (2012).
5. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas (2012).
6. Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 habitantes (2012).
7. Coeficiente de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis por 100.000 habitantes (2012).
8. Porcentagem entre as Equipes de Saúde da Família censeadas no município e as eSF que aderiram e responderam à pesquisa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2012.
9. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa e afirmaram realizar visita domiciliar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2012.
10. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e afirmaram possuir protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar, em 2012.
10.1 Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e comprovaram existência de documento ou protocolo com definição de situações prioritárias para visita domiciliar, em 2012.
11. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e afirmaram realizar visitas às famílias da área de abrangência com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade, em 2012.
12. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e afirmaram que os agentes comunitários de saúde têm a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe, em 2012.
13. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e afirmaram possuir levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio, em 2012.
13.1. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e apresentaram documento comprovando possuir levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio, em 2012.
14. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e afirmaram realizar consulta/atendimento clínico (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado), em 2012.
14.1. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e apresentaram documento comprovando realizar consulta/atendimento clínico (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado), em 2012.
15. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e afirmaram possuir registro do número de acamados/domiciliados do território, em 2012.
15.1. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e apresentaram documento comprovando possuir registro do número de acamados/domiciliados do território, em 2012.
16. Porcentagem de eSF que participaram da pesquisa PMAQ e afirmaram registrar as consultas ou atendimentos realizados no domicílio, em 2012.
17. Pontuação Final calculada a partir dos seguintes critérios e pontos estabelecidos.

APÊNDICE B – CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS A PARTIR DA ESTRATIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

Quadro 04: Critérios de pontuação dos municípios nas variáveis de interesse do PMAQ-AB, cobertura de Estratégia de Saúde da Família e Proporção de Vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas

Cobertura de ESF*	Cores	Pontuação
até 50%		0
entre 51 e 70%		1
entre 71 e 90%		2
entre 91 e 100%		3

Quadro 05: Critérios de pontuação dos municípios por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica*, em 2012.

Internações por condições sensíveis à AB	Cores	Pontuação
acima de 41%		0
entre 26 e 40%		1
entre 11 e 25%		2
0 a 10%		3

Quadro 06: Critérios de pontuação dos municípios por Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 habitantes*, em 2012.

Coeficiente de mortalidade infantil	Cores	Pontuação
acima de 25		0
Entre 18 a 24		1
Entre 9 a 17,9		2
0 a 9		3

Quadro 07: Critérios de pontuação dos municípios por Coeficiente de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis/100 mil habitantes*, em 2012.

Coeficiente de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis	Cores	Pontuação
acima de 300		0
200 a 300		1
100 a 200		2
0 a 100		3

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS

Data:

Horário de Início: _____

Término: _____

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1 N° da Entrevista: _____

1.2 UBS/Equipe _____

1.3 Idade: _____

1.4 Sexo/gênero: _____

1.5 Formação: _____

1.6 Tempo de Trabalho na APS: _____

1.7 Data da última Visita para Atenção Domiciliar: _____

2- TÓPICOS NORTEADORES

1. Trajetória profissional.
2. Atuação profissional na APS.
3. Atenção Domiciliar.
 - 3.1 Objetivos;
 - 3.2 Público Alvo;
 - 3.3 Instrumentos;
 - 3.4 Atenção ao Usuário, família e cuidadores
 - 3.5 Gestão da AD1
 - 3.6 Pontos facilitadores e limitantes;
 - 3.7 Estratégias de fortalecimento dos pontos facilitadores e de superação dos pontos limitantes.
 - 3.8 Caso exemplar.
4. Trabalho em equipe na APS e na AD1.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA COM USUÁRIOS/CUIDADORES

Data:

Horário de Início: _____

Término: _____

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1 N° da Entrevista: _____

1.2 UBS/Equipe _____

1.3 Idade: _____

1.4 Sexo/gênero: _____

1.5 Escolaridade: _____

1.6 Tempo que recebe AD1: _____

1.7 Data da última Visita para Atenção Domiciliar: _____

2- TÓPICOS NORTEADORES

1. Relato sobre o processo de adoecimento.
2. Como e porque você foi inserido na Atenção Domiciliar?
3. O que ocorre na visita?
4. O que você acha de receber os profissionais de saúde na sua casa?
5. Se pudesse, faria alguma mudança no trabalho realizado pela equipe?

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA COM GESTORES

Data:

Horários de início: _____

Término: _____

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nº da Entrevista: _____

1.2 Idade: _____

1.3 Sexo/gênero: _____

1.4 Formação: _____

1.5 Tempo no cargo: _____

2- TÓPICOS NORTEADORES

- Processo de implantação da Atenção Domiciliar no município.
- Organização das Redes de Atenção à Saúde no município.
- Avaliação e Monitoramento da Atenção Domiciliar.
- Pontos facilitadores e limitantes da Atenção Domiciliar.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada(o),

Vimos convidá-la(o) a participar da pesquisa **Atenção Domiciliar e o cuidado à pessoa com condição crônica na APS**, que tem por objetivos compreender o processo de trabalho desenvolvido na Atenção Domiciliar e avaliar o grau de sua implantação no município. Para tanto, serão realizadas entrevistas com usuários, profissionais e gestores de serviços e sistema de saúde, assim como através de análises de documentos institucionais.

As informações e opiniões emitidas pelos participantes da pesquisa serão tratadas anonimamente, ou seja, a sua identidade será omitida na apresentação dos resultados de pesquisa. Esses resultados serão utilizados para fins acadêmicos e publicações em eventos (congresso, simpósio, seminário) em livros, revistas, periódicos, artigos e afins. Sua participação nesta pesquisa não envolverá risco, dano ou custos à sua pessoa.

Esclarecemos que, em qualquer momento da realização da pesquisa, você poderá se negar ou desistir de participar, não havendo prejuízo de qualquer natureza ao seu envolvimento nas atividades da instituição à qual está vinculado.

Aceitando participar da pesquisa e sentindo-se esclarecido sobre a mesma, solicitamos a sua autorização para analisar e fazer uso das informações prestadas.

Eu _____, aceito participar da pesquisa **Atenção Domiciliar e o cuidado à pessoa com condição crônica na APS** e estou ciente que as entrevistas serão gravadas, bem como será garantido o anonimato das minhas informações e a minha liberdade de desistir de participar sem prejuízos.

Desde já, agradecemos a sua participação e nos colocamos a disposição para qualquer informação.

Assinatura do Participante

Gisele Lopes
Pesquisadora / Tel: (71) 8894-7650

_____, _____ de _____ de 2014.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

APÊNDICE G – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

O(A) Município de Camaçari-Ba está de acordo com a execução do projeto **Atenção Domiciliar e o cuidado à pessoa crônica na Atenção Primária à Saúde**, desenvolvido pela pesquisadora Gisele Lopes, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Camaçari-Ba, 15 de outubro de 2014

Alexsandra Borges Silva
Nome do responsável institucional ou setorial
Cargo do Responsável pelo consentimento

Lucio A. S. Guimarães
Coordenador da Educação Permanente em Saúde de Camaçari-Ba
Cad. 612788

APÊNDICE H – MATRIZ DE AFERIÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO 1

Componente	Unidade de Análise	Variáveis	Pontuação máxima	EqSF 1	EqSF 2	EqSF 3	EqSF 4	EqSF 5	Grau de Implantação
Atenção ao usuário	Promoção à saúde*	A equipe utiliza estratégias de Educação em Saúde (linguagem clara e adequada ao nível socio-econômico-cultural, recursos e dinâmicas para ampliar a compreensão do usuário sobre o processo saúde-doença; diálogo entre o conhecimento científico e popular; etc.).	3	2	3	2	3	3	Grau de Implantação do Componente - Atenção ao Usuário: Insatisfatório: até 10 pontos
		A equipe identifica fatores de proteção da saúde (religiosidade, apoio social, autonomia, escolaridade, empregabilidade, estilo de vida saudável, saúde ocupacional, higiene pessoal e ambiental, proteção contra acidentes, exercício da cidadania, lazer, etc.).	2	1	1	0	2	2	
		A equipe estimula a preservação ou desenvolvimento de fatores de proteção à saúde.(religiosidade, apoio social, autonomia, escolaridade,	3	0	1	0	1	1	

	empregabilidade, estilo de vida saudável, saúde ocupacional, higiene pessoal e ambiental, proteção contra acidentes, exercício da cidadania, lazer, etc.)							
Total – Ações de Promoção à Saúde:		8 pontos	3	5	2	6	6	Incipiente: até 20 pontos Intermediário: até 30 pontos Avançado: a partir de 31 pontos
Prevenção de agravos	A equipe faz orientações, realiza e solicita exames e procedimentos de rastreamento.	3	2	3	2	3	3	
	A equipe identifica fatores de risco e vulnerabilidades e intervém.	3	2	3	2	3	3	
	Faz orientações, avalia situação de imunização e realiza procedimento de imunização no domicílio.	3	2	3	2	3	3	
	Avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento medicamentoso.	3	3	3	2	3	3	
	Avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento não medicamentoso.	3	3	3	2	3	3	
Total – Ações de Prevenção de Agravos		15 pontos	12	15	10	15	15	
Tratamento de doenças e reabilitação	Realiza atendimento clínico com periodicidade estabelecida a partir das demandas do usuário.	5	4	4	4	5	5	
	Identifica e intervém sobre	4	3	4	3	4	4	

		agravos e sequelas (faz prescrição de medicamentos, encaminhamentos, solicita apoio matricial da equipe do NASF ou parceria com a rede especializada de reabilitação).							
		Avalia riscos, benefícios e viabilidade das intervenções e procedimentos em prol da qualidade de vida do usuário.	3	2	3	2	3	3	
Total – Tratamento e Reabilitação:			12 pontos	9	12	7	12	12	
Co-gestão do plano de cuidados		Planeja, pactua e avalia junto ao usuário os objetivos a serem alcançados.	3	1	2	0	2	2	
		Corresponsabiliza o usuário pelo autocuidado;	2	0	1	0	1	1	
Total – Co-gestão do Plano de Cuidados:			05 pontos	1	3	0	3	3	
TOTAL – ATENÇÃO AO USUÁRIO:			40 pontos	25	35	18	36	36	
Atenção à Família e Cuidadores	Abordagem Integral à Família	Avalia o contexto socioeconômico e cultural no qual a família se insere.	2	2	2	2	2	2	Grau de Implantação do Componente - Atenção à Família e Cuidadores:
		Faz adaptações às orientações e condutas, de acordo com o contexto socioeconômico e cultural da família.	2	2	2	2	2	2	
		Avalia as condições e infraestrutura física do domicílio, e sugere adaptações quando	2	1	2	1	2	2	

	necessário;							
	Faz uso de instrumentos específicos para conhecer e trabalhar com a família (ex: genograma, ecomapa, etc)	2	0	0	0	0	0	Insatisfatório: até 08 pontos
	Avalia as necessidades de saúde dos membros da família e faz orientações.	2	1	2	1	1	2	Incipiente: até 15 pontos
	Desenvolve ações específicas de apoio à família (nos casos de dinâmica familiar conflituosa, cuidados paliativos e óbito no domicílio, por exemplo).	2	1	2	1	2	2	Intermediário: até 23 pontos
	Total– Abordagem Integral às Famílias:	12 pontos	7	10	7	9	10	Avançado: a partir de 24 pontos
Consentimento e pactuação com a família	Faz esclarecimentos e orientações à família sobre o processo de saúde-doença do usuário.	2	2	2	2	2	2	
	Solicita assinatura do termo de consentimento informado pela família;	2	0	0	0	0	0	
	Pactua o plano de cuidados com a família.	2	1	2	0	2	2	
	Realiza reuniões com a família para planejamento das ações, avaliações e replanejamentos;	2	0	1	0	1	2	
	Total – Consentimento e Pactuação com a Família:	08 pontos	4	3	2	5	6	

	Orientação e Atenção ao Cuidador	Define e orienta as atribuições do cuidador.	3	2	2	0	2	2	
		Orienta cuidadores sobre sinais de agravamento e condutas a serem adotadas.	3	2	3	1	2	2	
		Identifica sobrecarga do cuidador.	2	2	2	1	2	2	
		Desenvolve ações para evitar ou reduzir sobrecarga do cuidador.	2	0	1	0	1	1	
	Total – Orientação e Atenção ao Cuidador: 10 pontos		6	8	2	7	7		
TOTAL – ATENÇÃO À FAMÍLIA E CUIDADORES: 30 pontos			17	21	11	21	23		
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	2	2	1	2	2	Grau de Implantação do Componente -Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1:
		Há definição de atribuições entre os membros da equipe.	2	2	2	2	2	2	
		Existe levantamento de usuários acamados ou restritos ao domicílio no território.	2	1	2	2	2	2	
		Há mecanismos de acolhimento das demandas não programadas.	2	2	2	1	2	2	
		Faz busca ativa de pacientes elegíveis para AD no território adscrito;	2	2	2	2	2	2	
		Classifica a complexidade	2	2	2	2	2	2	

	dos casos por critérios de risco e estabelece prioridades;							
	Estabelece e aplica critérios de inclusão, desligamento e alta da AD1;	2	1	1	1	1	1	
Total – Gestão do Cuidado:		14 pontos	12	13	11	13	13	
Operacionalização do Cuidado no Domicílio	Existência e aplicação de protocolos (manual de procedimentos, protocolos clínicos) na AD.	2	0	1	0	1	1	Insatisfatório: até 08 pontos Incipiente: até 15 pontos Intermediário: até 23 pontos Avançado: a partir de 24 pontos
	Existência de prontuário familiar e registro das ações desenvolvidas no domicílio;	1	1	1	1	1	1	
	Existência de rotina estabelecida para Atenção Domiciliar (dias, horários, agendamento, etc);	1	1	1	1	1	1	
	Disponibilidade de recursos materiais e equipamentos para AD (tensiometro, estetoscópio, glicosímetro, balança, etc).	2	1	1	1	1	1	
Total – Tecnologias para a Operacionalização do Cuidado no Domicílio:		6 pontos	3	4	3	4	4	
Avaliação e monitoramento da AD1	Existe indicadores para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no domicílio.	2	1	1	1	1	1	
	Avalia a satisfação dos usuários, famílias e cuidadores.	2	0	0	0	0	0	

Total – Avaliação e Monitoramento:		4 pontos	1	1	1	1	1	
Articulação intra e intersetorial	Existe fluxos de assistência e protocolos com a Rede de Atenção à Saúde.	2	1	1	1	1	1	
	Monitora os usuários acompanhados pelas equipes de AD2 e AD3 e mantém comunicação com as mesmas.	2	1	1	1	1	1	
	Desenvolve ações em parceria intersetorial e comunitária para garantir atenção integral à saúde dos usuários/famílias/cuidadores.	2	0	2	0	1	1	
Total – Ações Intra e Intersetorial:		6 pontos	2	4	2	3	3	Grau de Implantação da AD1
TOTAL – ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO:		30 pontos	18	22	17	21	21	
TOTAL – GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO:		100 PONTOS	60	78	46	78	80	Insatisfatório: até 25 pontos Incipiente: até 50 pontos Intermediário: até 75 pontos Avançado: a partir de 76 pontos

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

APÊNDICE I – Currículo lattes dos pesquisadores

Pesquisador(a)	Link para o Currículo Lattes
Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes	http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4559247U6
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos	http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4768323P4