



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00292

Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde

Caution in home care: effects of an educational health intervention

Cuidado en la atención domiciliar: efectos de una intervención educacional en la salud

Sofia Guerra¹ Ana Coelho de Albuquerque² Eronildo Felisberto³
Pedro Marques⁴

¹Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira,
Grupo de Estudos em Gestão
e Avaliação em Saúde, Recife,
Brasil.
sofiaguerraavila@gmail.com

²Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira,
Grupo de Estudos em Gestão
e Avaliação em Saúde, Recife,
Brasil.
anacoelhoalbuquerque@gmail.com

³Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira,
Grupo de Estudos em Gestão
e Avaliação em Saúde, Recife,
Brasil.
eronildo.felisberto@gmail.com

⁴Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira,
Grupo de Estudos em Gestão
e Avaliação em Saúde, Recife,
Brasil.
pedro.marques7@hotmail.com

Resumo

Os serviços de atenção domiciliar contribuem para a redução da sobrecarga hospitalar, desinstitucionalização, humanização e integralidade do cuidado. Portanto, o aperfeiçoamento profissional das equipes dos serviços de atenção domiciliar é extremamente relevante, uma vez que o trabalho desloca-se das instituições de saúde para a vida privada do usuário, necessitando de desprendimento das práticas tradicionais e compreensão das relações intradomiciliares. Nesse sentido, foi conduzida uma pesquisa qualitativa em Recife, Pernambuco, no período de dezembro de 2018 a abril de 2019, que objetivou compreender como diversos sujeitos (n = 14) percebem e interpretam os efeitos de um treinamento ofertado às equipes dos serviços de atenção domiciliar da cidade, utilizando elementos conceituais descritos por Abbad acerca da avaliação de treinamentos. Os achados demonstram que houve uma percepção positiva dos sujeitos sobre os efeitos do treinamento, mas também indicam que houve poucas mudanças nos serviços, principalmente devido à ausência de multiplicação dos conhecimentos adquiridos para os profissionais que não foram capacitados e à insuficiência de suporte psicossocial à aplicação prática dos conteúdos. As questões levantadas neste estudo demonstram a complexidade da atenção domiciliar no Brasil e a necessidade de formulação de estratégias educacionais e organizacionais que potencializem o cuidado dentro do domicílio.

Palavras-chave assistência domiciliar; capacitação de recursos humanos em saúde; efetividade; avaliação em saúde.



Abstract

Home care services contribute to the reduction of hospital burden, deinstitutionalization, humanization and comprehensive care. Therefore, the professional improvement of the teams of home care services is extremely relevant, since the work moves from health institutions to the private life of the user, requiring detachment from traditional practices and understanding of home relationships. In this sense, a qualitative research was conducted in Recife, Brazil, from December 2018 to April 2019, which aimed to understand how different subjects (n = 14) perceive and interpret the effects of training offered to teams from the care services home based in the city, using conceptual elements described by Abbad about training evaluation. The findings demonstrate that there was a positive perception of the subjects about the effects of training, but also indicate that there were few changes in services, mainly due to the lack of multiplication of the knowledge acquired for the professionals who were not trained and the insufficient psychosocial support to the application. practice of the contents. The issues raised in this study demonstrate the complexity of home care in Brazil and the need to formulate educational and organizational strategies that enhance care within the home.

Keywords home care; training of human resources in health; effectiveness; health assessment.

Resumen

El servicio de atención domiciliaria contribuye: a reducir la sobrecarga hospitalaria, a la desinstitutionalización y a la humanización e integralidad del cuidado. Por lo tanto, perfeccionar a los profesionales que integran los equipos de los servicios de atención domiciliaria es extremadamente relevante, ya que el trabajo se traslada de las instituciones de salud hacia la vida privada del usuario, y se hace necesario desprenderse de las prácticas tradicionales y comprender las relaciones intradomiciliarias. En ese sentido, se condujo una investigación cualitativa en Recife, Brasil, durante el período de diciembre de 2018 a abril de 2019, que tuvo como objetivo comprender como diversos sujetos (n = 14) perciben e interpretan los efectos de un curso de capacitación ofrecido a los equipos de los servicios de atención domiciliaria de la ciudad, utilizando elementos conceptuales descritos por Abbad acerca de la evaluación de dichos cursos. Los hallazgos demuestran que hubo una percepción positiva de los sujetos sobre los efectos del curso, pero también indican que hubo pocos cambios en los servicios, principalmente debido a la ausencia de multiplicación de los conocimientos adquiridos para los profesionales que no fueron capacitados y a la insuficiencia de soporte psicosocial a la aplicación práctica de los contenidos. Lo que se ha levantado en este estudio, demuestra la complejidad de la atención domiciliaria en Brasil y la necesidad de formular estrategias educativas y de organización que potencialicen el cuidado dentro del domicilio.

Palabras clave asistencia domiciliaria; capacitación de recursos humanos en la salud; efectividad; evaluación en la salud.

Introdução

A organização da atenção à saúde vem sendo considerada indispensável para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela necessidade de qualificar o cuidado e ampliar a integralidade por meio da diversificação de tecnologias em saúde ou de adotar modos mais eficientes de utilização dos recursos (Feuerwerker e Merhy, 2008). Nesse sentido, os gestores têm centrado seus esforços na racionalização dos custos e na reorganização do trabalho, com a promoção de políticas de focalização na perspectiva do modelo médico hegemônico de atenção centrado no processo saúde-doença (Cunha e Moraes, 2007; Feuerwerker e Merhy, 2008). Entretanto, esse modelo não vem se mostrando capaz de responder às reais necessidades de saúde, decorrentes da tripla carga de doença e do envelhecimento populacional, que demandam a ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, atendendo concomitantemente às condições agudas (Mendes, 2010).

Entende-se que superar esses desafios implica inovar o processo de organização, redirecionando suas ações e serviços. É nesse contexto que se insere a atenção domiciliar (AD), definida como um

conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, instituído pelo Programa Melhor em Casa (Brasil, 2014, 2017). A implantação dessa estratégia tem como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar, a abreviação do período de internação e a desinstitucionalização, bem como a preocupação com a qualidade de vida e do cuidado prestado em domicílio, visando à humanização e integralidade da atenção, à ampliação da autonomia dos usuários e a uma reestruturação produtiva do cuidado (Braga et al., 2016; Feuerwerker e Merhy, 2008; Lacerda, 2006).

O serviço é ofertado em três modalidades: na AD1 se encaixam usuários que requeiram cuidados com menor frequência e menor necessidade de intervenções multiprofissionais, encontrando-se estáveis e sob atenção satisfatória dos cuidadores, normalmente de responsabilidade das equipes da atenção básica dos municípios; a AD2 tem por finalidade abreviar ou evitar a hospitalização, sendo indicada para usuários que apresentem afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados; e a AD3 se destina a pacientes em AD2 à medida que necessitem de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou procedimentos mais complexos, como ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral, entre outros, demandando mais tempo em acompanhamento domiciliar. As modalidades AD2 e AD3 são normalmente prestadas pelos serviços de atenção domiciliar (SADs), que operam de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, funcionando como um dispositivo de reorganização produtiva do cuidado, uma vez que a atuação das equipes perpassa os diversos níveis de atenção à saúde (Brasil, 2014, 2017; Lopes, Villasbôas e Castellanos, 2017).

Apesar de apresentar um perfil, predominantemente, de usuários idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas, há uma grande diversidade de demandas passíveis de serem atendidas no domicílio, como usuários com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC); em risco de abandono do tratamento de tuberculose; portadores de HIV; jovens e crianças com deficiência múltipla; crianças nascidas prematuras e de baixo peso; gestantes e puérperas; indivíduos com agravos de natureza psicossocial, entre outros (Braga et al., 2016). Diante dessa diversidade de perfis, o cuidado dentro do domicílio tem uma especificidade que é fruto do próprio processo de trabalho, havendo necessidade da formação de profissionais preparados para atuar nos elementos clínicos mais prevalentes na AD e na articulação das relações intradomiciliares (Braga et al., 2016; Savassi, 2016).

Um estudo conduzido em 12 municípios de Minas Gerais contemplou aspectos referentes à formação e atuação dos profissionais dos SADs, evidenciando a necessidade de uma formação específica para o trabalho na AD. A formação e o perfil do profissional mostraram-se relevantes para a organização dos serviços, em que o trabalho desloca-se do âmbito público das instituições de saúde para a vida privada do usuário, sendo necessários o desprendimento de práticas tradicionais, a compreensão da individualidade dos usuários e suas relações familiares e o desenvolvimento de estratégias para aprimorar o conhecimento sobre os cuidados domiciliares (Castro et al., 2018). Evidências demonstram que a falta de qualificação dos profissionais é mais uma barreira para uma atenção domiciliar humanizada e integral, implicando a necessidade de incorporar conhecimento de diferentes áreas do saber e de inovar na formação desses profissionais (Andrade, 2017; Castro et al., 2018; Pires et al., 2013; Queiroz et al., 2013; Savassi, 2016).

Embora o Brasil esteja avançando na realização de pesquisas no âmbito da AD, o mesmo não acontece no campo da avaliação desse serviço, especialmente no tocante à avaliação de treinamentos. A avaliação de treinamentos permite fornecer informações sobre a percepção dos participantes, lacunas na aprendizagem, o desempenho dos instrutores e a aplicabilidade dos conteúdos, assim como identificar as condições necessárias para que um evento de treinamento gere os efeitos esperados, apontando as alterações que precisam ser efetuadas para a promoção de melhores resultados (Meneses, Zerbini e Abbad, 2010).

Na perspectiva de colaborar com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), o qual permite que hospitais filantrópicos de excelência, em termos de qualidade da assistência, desenvolvam projetos em áreas estratégicas para o SUS, mediante incentivo fiscal (Brasil, 2011). Por meio do Proadi-SUS tem sido desenvolvido o projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar (CCAD), visando à capacitação das equipes dos SADs em todo o Brasil. Nos anos de 2016 e 2017 essas capacitações foram realizadas com profissionais do SAD do município de Recife, Pernambuco.¹

Assim, a pesquisa que originou este artigo objetivou compreender como os diversos sujeitos envolvidos no projeto CCAD percebem e interpretam os efeitos do treinamento ofertado às equipes dos SADs da capital pernambucana.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, conduzida na cidade do Recife, estado de Pernambuco, no intuito de compreender os efeitos da capacitação realizada no âmbito do projeto CCAD, utilizando elementos conceituais descritos por Abbad (1999) acerca da avaliação de treinamentos, adaptados ao contexto deste estudo.

O treinamento aconteceu na modalidade presencial e foi desenvolvido por um hospital de excelência do município de São Paulo, tendo como objetivo capacitar profissionais das equipes multiprofissionais em AD (EMADs) para o desenvolvimento de habilidades e atitudes que possibilitem a incorporação de tecnologias leve-duras e duras no cuidado domiciliar. O conteúdo programático contou com os seguintes itens: princípios e panorama atual do Melhor em Casa; segurança do paciente em AD; paracentese; terapia nutricional enteral e parenteral; hipodermóclise; hemotransfusão; anticoagulação; ventilação mecânica não invasiva (VMNI); aspiração e traqueostomia; prevenção e tratamento de lesões; cuidados paliativos; reabilitação pós-AVC; suporte básico de vida; biópsia óssea; osteomielite; e manejo de crises convulsivas no domicílio. As estratégias pedagógicas utilizadas foram aulas expositivas, incluindo discussão com especialistas e práticas no Centro de Simulação Realística do hospital de excelência executor do projeto.

O estudo foi conduzido em três etapas: construção do modelo lógico preliminar; validação do modelo lógico inicialmente proposto, por meio de consulta a especialistas; e realização de entrevistas semiestruturadas individuais. Para a construção do modelo, realizou-se um levantamento inicial de informações do projeto CCAD, mediante análise documental. Posteriormente, ele foi validado por meio de consulta aos atores-chaves envolvidos no planejamento e execução da capacitação, sendo três profissionais da equipe executora do projeto do hospital de excelência e um profissional da equipe demandante do projeto no MS. Devido à especificidade das informações buscadas, selecionaram-se os sujeitos de forma intencional, pela sua relação de proximidade com as atividades de planejamento e execução do treinamento.

O modelo inicialmente proposto foi enviado por meio de correio eletrônico para que seu conteúdo fosse analisado individualmente pelos especialistas, que opinaram sobre a completude e a relação causal de seus elementos, apresentando suas alterações. As alterações foram retornadas aos pesquisadores e consolidadas, preservando o anonimato dos envolvidos. Posteriormente, o modelo com as novas informações foi reenviado aos profissionais para uma segunda rodada de consenso. Na segunda rodada, o modelo foi considerado validado por todos os profissionais e, sem mais correções, consolidado em sua versão final (Quadro 1).

Quadro 1 – Modelo lógico do Projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar, 2018

Insumos	Produtos	Efeitos em curto prazo		Efeitos Intermediários		Impacto
		Individuais		Organizacionais		
Recursos humanos: - Instrutores; - Equipe (coordenação e administração) do curso. Recursos físicos: - Sala de aula; - Centro de Simulação Realística. Recursos materiais: - Equipamentos, instrumentos; - Material didático; - Material instrucional. Recursos financeiros para: - Hora-aula; - Passagens e hospedagens; - Alimentação de alunos e instrutores; - Transporte de alunos e instrutores; - Materiais didáticos e instrucionais.	N. de profissionais treinados satisfeitos com: - Programação do treinamento; - Instalações e material didático; - Desempenho do instrutor; - Estratégias didáticas; - Ambiente de aprendizado; - Conhecimentos e habilidades adquiridos; - Aplicabilidade e unidade do treinamento. N. de profissionais capacitados para a incorporação de tecnologias leve-duras e duras no cuidado domiciliar aos pacientes em AD2 e AD3.	Aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para: - Realizar busca ativa para a captação de pacientes; - Garantir a segurança do paciente em atendimento domiciliar; - Realizar com segurança os procedimentos de: paracentese, nutrição enteral e parenteral, hipodermoclise, hemotransfusão, anticoagulação, VMNI, aspiração e traqueostomia, prevenção e tratamento de lesões, cuidados paliativos, reabilitação pós-AVC, suporte básico de vida, biópsia óssea, osteomielite, segurança do paciente, manejo de crises convulsivas no domicílio.	- Capacitar demais profissionais das EMADs; - Ampliar a busca ativa de casos; - Aumentar a realização com qualidade dos procedimentos de: paracentese, nutrição enteral e parenteral, hipodermoclise, hemotransfusão, anticoagulação, VMNI, aspiração e traqueostomia, prevenção e tratamento de lesões, cuidados paliativos, reabilitação pós-AVC, suporte básico de vida, biópsia óssea, osteomielite, segurança do paciente, manejo de crises convulsivas no domicílio.	- Aprimorar as habilidades e atitudes das equipes na adequação e manutenção das tecnologias duras, de acordo com complexidade e necessidades individualizadas no cuidado domiciliar; - Subsidiar a adoção de práticas seguras aos profissionais na realização do cuidado domiciliar em situações de maior complexidade.	- Aumento do número de profissionais das EMADs utilizando tecnologias duras e leve-duras; - Aumento no número de realizações de procedimentos complexos; - Aumento do número de admissões de pacientes complexos; - Aumento do número de cuidadores treinados.	

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota: EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; VMNI: Ventilação Mecânica Não Invasiva; AD: Atenção Domiciliar; AVC: Acidente Vascular Cerebral.

Para as entrevistas, os sujeitos também foram selecionados de forma intencional, totalizando 14 informantes: três profissionais da equipe executora do projeto no hospital de excelência; um profissional da equipe demandante do projeto no MS; seis coordenadores do SAD no município; e quatro profissionais do SAD do município que participaram do treinamento. A equipe de pesquisa realizou contato telefônico com os serviços para agendamento prévio. As entrevistas com os profissionais do hospital de excelência e da equipe demandante do projeto no MS foram realizadas por telefone; as demais entrevistas, presencialmente e individualmente, no próprio local de serviço do profissional. No dia e no horário agendados, a equipe visitou os serviços, fornecendo esclarecimentos sobre a pesquisa

e convidando os profissionais a participar. Não houve recusas. Após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as entrevistas foram conduzidas em salas de reunião cedidas pelos próprios serviços.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado, o qual abordou aspectos acerca da reação dos participantes ao treinamento, da aprendizagem, da transferência dos conhecimentos para a prática nos serviços e ainda sobre o suporte psicossocial recebido após o treinamento. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos e foram gravadas, permitindo a transcrição na íntegra das falas. No momento da pesquisa, o município de Recife contava com três SADs, ofertados por três instituições hospitalares privadas sem fins lucrativos contratadas, cada um com quatro equipes, totalizando 12 equipes (Recife, 2018). Os entrevistados foram classificados em categorias posteriormente codificadas de acordo com o Quadro 2:

Quadro 2 – Categoria dos entrevistados e codificação utilizada

Categoria do entrevistado	Codificação
Profissionais da equipe executora do projeto no hospital de excelência e da equipe demandante no Ministério da Saúde	Gestor do projeto (GP)
Coordenadores do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Recife	Coordenador do serviço (CS)
Profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Recife que participaram do treinamento	Profissional capacitado (PC)

Fonte: elaborado pelos autores.

Após a transcrição das entrevistas, o material textual passou pela técnica de análise de conteúdo temática, contemplando uma pré-análise dos dados, a exploração minuciosa e exaustiva do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação das falas (Minayo, 2014). As categorias de análise foram elencadas tomando por base os conceitos de Abbad (1999): características do treinamento, que envolve, entre outros aspectos, os conhecimentos abordados, os principais objetivos do treinamento, a duração e a origem institucional dele; reação ao treinamento, como a percepção dos sujeitos acerca de programação, aplicabilidade, utilidade do treinamento e desempenho dos instrutores; suporte psicossocial, por meio do qual verifica-se a percepção sobre o apoio oferecido pelas chefias, colegas de trabalho e pela instituição, desde a participação no treinamento até a aplicação dos aprendizados na prática, abrangendo ainda o suporte material, que avalia a qualidade, a quantidade, a disponibilidade de recursos e a adequação do ambiente de trabalho à aplicação das novas habilidades aprendidas; e mudanças nos processos de trabalho, centrando-se na aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática dos serviços e nas influências exercidas pelo treinamento sobre o desempenho e a motivação dos capacitados.

Esta pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2018 a abril de 2019. O termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido de todos os participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP), sob o parecer n. 3.077.765/2018, conforme as resoluções n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Dos 14 profissionais entrevistados, todos eram do sexo feminino. Entre as profissionais capacitadas (n=4), metade era de enfermeiras e as demais fisioterapeutas, evidenciando que em Recife não havia profissionais médicos capacitados. Além disso, 50% tinham entre cinco e dez anos de formação profissional e 75% estavam atuando no SAD Recife há pelo menos três anos. Em relação aos

coordenadores dos serviços (n=6), a maioria das profissionais eram enfermeiras (66,7%; n=4), com no mínimo seis anos e no máximo nove anos de atuação no SAD Recife (66,7%; n=4). Entre as gestoras de projeto (n =4), 50% das entrevistadas eram enfermeiras e 75% tinham mais de dez anos de formação. Nos últimos cinco anos, 100% dos profissionais e 50% dos coordenadores haviam participado de outros treinamentos em atenção domiciliar.

Características do treinamento

Entre os motivos que levaram à criação do projeto CCAD, os gestores de projeto (GPs) referiram que a equipe responsável pelo Programa Melhor em Casa (PMC), em âmbito federal, percebeu discrepâncias no rol de serviços ofertados pelos SADs de todo o Brasil, apesar de os serviços receberem o mesmo incentivo financeiro estabelecido pela portaria de Consolidação MS/GM n. 5, de 2017. Além dessa questão, os GPs referiram a necessidade de aumentar a complexidade e conferir uniformidade aos procedimentos realizados pelos SADs, promover a formação e capacitação dos profissionais da AD e contribuir para a redução das internações hospitalares.

Foi percebido a discrepância e a fragmentação do SAD, então acima disso começou a construção do projeto CCAD, pra gente tentar uniformizar entre as equipes, eles conseguirem fazer bem parecido todos os procedimentos, tentar falar a mesma língua. E pra conseguirem também tirar dos hospitais os pacientes. Algumas equipes não fazem atendimento do AD3 [...]. Então a gente queria descobrir o porquê que todos recebiam o mesmo valor e tinha tanta diferença, um fazia só curativo e o outro atendia paciente em ventilação mecânica (GP1).

O que a gente encontrou é que muitas equipes realizam procedimentos que na verdade podem ser realizados pela atenção básica, né, com baixo nível de complexidade. Que na verdade o objetivo do SAD não é esse, é mais AD2 e AD3. Então a gente percebeu que muitas equipes faziam procedimentos mais simples e que poderiam melhorar esse atendimento (GP3).

Outro aspecto relatado pelos GPs foi a existência de lacunas na produção científica acerca da AD no Brasil, de forma que os profissionais não possuíam um conhecimento uniforme sobre os procedimentos que poderiam ou não ser realizados com segurança no domicílio, fato que reforça a importância da capacitação.

A instituição do PMC no governo federal é recente, de 2011, então a gente ainda encontra muitas lacunas por dentro da produção, do acesso às informações, artigos, de material que trate da AD. [...] A gente sente que há uma dificuldade dos trabalhadores, daqueles que estão na ponta com relação à informação, às vezes também alguns mitos do que pode, do que não pode. E aí nós pensamos num curso que fosse abordar um pouco dos procedimentos, do cuidado que é prestado no domicílio, do potencial que o domicílio tem (GP4).

O planejamento da capacitação se deu, inicialmente, por meio da realização de um diagnóstico das EMADs do Brasil, com o envio de um questionário acerca do rol de procedimentos que eram executados nos domicílios. Posteriormente, a equipe do projeto, composta por profissionais do MS e do hospital de excelência, realizou algumas visitas para acompanhamento da rotina de um SAD na cidade

de São Paulo. Os temas e as formas de apresentação da capacitação foram então definidos, levando em consideração os questionários respondidos, a observação *in loco* dos serviços e as dificuldades relatadas pelos profissionais. Também foram consultadas as publicações do MS sobre os procedimentos em AD (Brasil, 2012, 2013, 2015, 2016).

As vagas foram distribuídas considerando o perfil populacional e o número de EMADs dos municípios. Para cada equipe concedeu-se uma vaga, e a seleção dos profissionais foi feita pelos próprios municípios, de acordo com as categorias contempladas pelo curso: médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. O coordenador do serviço (CS) 1 relatou que, buscando contemplar todo o território do município, foram selecionados dois profissionais de cada SAD, sendo um coordenador do serviço e um profissional. A seleção dos profissionais seguiu critérios de qualidade do atendimento prestado, dedicação e capacidade de absorver e transmitir o conhecimento. Os CSs referiram que todos os profissionais capacitados do município de Recife permaneciam no serviço até o momento da pesquisa.

Quanto à avaliação do treinamento, os GPs relataram que realizou-se um pré-teste, abordando o entendimento prévio dos profissionais acerca da AD no Brasil e dos conteúdos que seriam ministrados no curso. No final da capacitação, o mesmo teste foi enviado em formato eletrônico para averiguar a evolução da compreensão dos participantes. Aqueles que obtivessem nota acima de 7,0 no pós-teste estariam aprovados. Quando o participante não atingia a média, um novo teste poderia ser refeito no prazo de sete dias.

Vale ressaltar que os GPs foram bastante divergentes ao mencionar os resultados captados com o pós-teste. Um dos entrevistados relatou que quase 90% dos profissionais que responderam ao pós-teste afirmaram ter havido mudanças na conduta profissional e nas práticas do serviço; já outro entrevistado afirmou que apenas 15% dos profissionais responderam que o número de procedimentos complexos realizados no domicílio havia aumentado.

Reação ao treinamento

Todos os profissionais capacitados (PCs) tiveram uma percepção positiva do treinamento, achado que também foi evidenciado em outros estudos acerca de estratégias educativas no âmbito do SUS (Moreno, Enders e Simpson, 2008; Costa et al., 2015; Souza, Feliciano e Mendes, 2015; Aroldi, Peres e Mira, 2018). Um aspecto convergente em todos os grupos foi a possibilidade de conhecer novas realidades e trocar experiências com outros serviços, de diversas regiões do Brasil. Além disso, os profissionais relataram ter tido uma 'nova visão do SAD', tanto na atualização de práticas já estabelecidas na rotina do serviço como no aprendizado de novos procedimentos.

A capacitação veio pra mostrar algumas coisas que a gente está trabalhando aqui, realmente coincidiu com o que a gente já trabalhava, e também pra ter novos horizontes do que pode melhorar e outras ideias também. Conseguir conhecer outras pessoas, de outros estados, que trabalham de outra maneira que a gente. E conhecer, né? Várias realidades (PC4).

O envolvimento de todas as equipes do Brasil, essa troca, considerando a dimensão que a gente tem do território brasileiro, foi um momento muito rico. [...] Tinha a possibilidade de discutir com quem vivenciava na ponta as dificuldades. Os municípios perceberam que alguns tinham avançado em um aspecto, outros tinham avançado em outro, então um meio que tentando ajudar o outro a superar um desafio que ainda não tinha sido superado (GP4).

Outro aspecto fortemente relatado por todos os grupos foi a *expertise* dos facilitadores do curso, em termos de didática e domínio da temática, bem como a diversidade do conteúdo ministrado, o

que corrobora os achados de outros estudos que abordaram treinamentos ofertados no SUS (Moreno, Enders e Simpson, 2008; Souza, Feliciano e Mendes, 2015; Costa et al., 2015). Os CSs e GPs ainda apontaram como fortalezas da capacitação o protagonismo de alguns SADs que foram convidados a ministrar conteúdos, assim como o comprometimento e o interesse dos profissionais participantes no aprendizado.

Foi ótimo, bem importante, porque abordou vários temas, não só fisioterapia e enfermagem, assim cuidados paliativos, a parte de curativo, a parte de reabilitação, abordou tudo. Abordou a parte respiratória também que temos alguns pacientes também, essa parte assim de traqueostomizados, foi excelente. Além de clarear muito sobre a atenção domiciliar propriamente dita, assim como pra capacitação profissional mesmo (PC1).

Eu acho que o serviço que eles escolheram [para ministrar conteúdos] foi um serviço muito bom. E os palestrantes, eu diria que a imensa maioria, não diria 100%, mas a imensa maioria, eram pessoas capacitadas. Eu acho que isso foi o ponto forte da capacitação (CS5).

Essa troca de experiências entre os profissionais foi muito rica em todas as turmas, eles poderem ter contato com a *expertise* de especialistas em prática, que não é só uma coisa teórica, mas são serviços que já realizam. Eu acho que aumenta a credibilidade de que pode ser possível (GP3).

Algumas fragilidades foram convergentes também entre todas as categorias dos entrevistados, como a insuficiência de vagas ofertadas para o treinamento e a restrição de categorias profissionais.

A capacitação abordou várias áreas, mas assim no SAD nós temos uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional [...] Seria interessante também falar da importância da assistente social, que ela trabalha muito a questão social do paciente. Psicólogo, que ele trabalha muito nessa questão de preparar a família, questão de óbito, e outras atribuições. Eu acho que introduzir mais as demais profissões seria interessante (PC1).

As fragilidades, eu acho que a questão da restrição de categorias profissionais que a gente teve pra fazer essa capacitação. A gente sabe que a equipe, ela é muito maior do que essas categorias que eu falei, enfermeiro, fisio [fisioterapeuta], médico. [...] Porque assim, se você for pensar, de uma equipe apenas um profissional participar, às vezes quando ele vai pra levar a discussão fica muito mais abstrata, então se você tem outra pessoa participando acaba dando mais concretude a isso no território (GP4).

Eu acho que ela [a capacitação] deveria ser ampliada, teriam (*sic*) que ter mais pessoas capacitadas, mais profissionais, e principalmente o técnico de enfermagem. Eu acho que deveriam abranger esse profissional, porque é um profissional que tá lá na ponta, mas é um dos profissionais que realiza mais procedimentos nesses pacientes de atendimento domiciliar, então eu acredito que eles deveriam ser contemplados nessa capacitação (GP1).

O estímulo às práticas multiprofissionais ao longo do processo de formação amplia a visão e as competências dos profissionais para um cuidado integral ao usuário, necessário à atuação no SUS.

Evidências demonstram que as ações multiprofissionais precisam ser incorporadas de forma permanente e contínua no planejamento de cursos em saúde (Moreno, Enders e Simpson, 2008; Gauer et al., 2018). As fragilidades evidenciadas nesta pesquisa também foram encontradas em outros estudos, tais como a necessidade de ampliar as vagas (Moreno, Enders e Simpson, 2008) e a de contemplar uma gama maior de profissionais em capacitações, em especial o técnico de enfermagem (Souza, Feliciano e Mendes, 2015).

Os PCs sugeriram o aumento das atividades práticas e da duração do curso, objetivando reduzir a sobrecarga de conteúdo e possibilitando melhores discussões sobre os temas, achados condizentes com a literatura (Moreno, Enders e Simpson, 2008; Souza, Feliciano e Mendes, 2015; Araujo, Abbad e Freitas, 2019).

Infelizmente eu achei pouco [tempo], porque era muito conteúdo. Era uma palestra atrás da outra, então a gente ficava sempre sobrecarregada. Se a gente tivesse um tempo maior, de uma semana... Porque foram três dias e a gente tinha mais de oito horas por dia. Então era muito corrido, realmente. Mas se fosse mais espaçado, a gente poderia ter discutido mais sobre cada assunto (PC2).

Suporte psicossocial

De acordo com os GPs, a expectativa era de que os PCs no curso pudessem disseminar os conhecimentos adquiridos para os demais profissionais das equipes, bem como fomentar a realização dos procedimentos na prática.

Na realidade, qual era o objetivo? O objetivo era trazer um representante para que ele fosse multiplicador. [...] As regiões que não tinham aderido a procedimentos complexos muitas vezes foi porque eles não foram agentes multiplicadores, né? Então eu acho que esse foi um grande entrave. Alguns vieram, assistiram e não multiplicaram da forma que a gente achou que deveriam multiplicar, e ter uma melhor aderência (GP4).

Entretanto, os GPs perceberam que na prática a multiplicação não ocorreu como esperado, por vários motivos relacionados às condições existentes no serviço de origem dos profissionais.

Muitos encontraram a barreira do gestor, outros alegaram que não tinham material. Outros alegaram que uma capacitação não foi suficiente, que o tempo ali não foi suficiente pra eles fazerem isso. Outros voltavam pra suas equipes e não conseguiram repassar conhecimento porque encontraram resistência da equipe sede de onde eles vêm, ou porque também não se sentiam capacitados para fazer transferência do conhecimento, sabe. Então a gente tinha outras barreiras que eu acho a gente não contava com elas. Além disso, também há muita rotatividade do cargo. [...] Então, quer dizer, a pessoa veio, capacitou e foi embora, pediu demissão. Então você perdeu, né, perdeu o que você investiu (GP2).

Ao planejar um treinamento, tende-se a superestimar a capacidade dos indivíduos de provocar mudanças na equipe e na organização. Saber e querer não são condições suficientes para aplicação dos conhecimentos obtidos no treinamento (Santos Filho e Mourão, 2011). A vontade dos integrantes é necessária, porém insuficiente, e cabe à instituição conferir as condições necessárias para a sustentabilidade das mudanças no trabalho (Zerbini e Abbad, 2010; Scorsolini-Comin, Inocente e

Miura, 2011; Santos Filho e Mourão, 2011; Balarin, Zerbini e Martins, 2014; Aroldi, Peres e Mira, 2018).

A alta rotatividade de profissionais também foi elencada como uma barreira importante à multiplicação e aplicação de conhecimentos aprendidos em treinamentos no estudo de Moreno, Enders e Simpson (2008), o qual avaliou uma série de treinamentos em hanseníase com base na opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família em municípios do Rio Grande do Norte. Embora a rotatividade de profissionais tenha sido um aspecto negativo relatado pelos GPs, todos os profissionais de Recife capacitados no treinamento permanecem nos seus serviços no momento da pesquisa.

A maioria dos PCs afirmou ter recebido apoio da chefia para a multiplicação dos conhecimentos obtidos para os demais colegas de equipe. Entretanto, dificuldades foram percebidas na transposição dos conhecimentos para a prática. O mesmo foi observado em outros estudos, nos quais os profissionais capacitados apontaram alguns obstáculos para a implementação dos procedimentos (Souza, Feliciano e Mendes, 2015; Costa et al., 2015), como a falta de recursos na instituição e o fato de que os procedimentos demonstrados no curso não foram condizentes com o perfil do serviço (Costa et al., 2015; Aroldi, Peres e Mira, 2018).

Na verdade, eu cheguei aqui com um gás enorme pra transmitir. Então, dentro da minha área, o que eu pude transmitir eu transmiti. Eu emprestei a apostila aos amigos pra darem uma olhada. Mas como eu te disse, a gente precisa às vezes de uma ajuda mais superior, e eu não consegui chegar lá. Não sei se material, mas é verba. É mais a parte financeira mesmo (PC2).

A gente aprendeu muita coisa... porque tem muita diferença. Porque tem SAD que é AD3. Então eles fazem até ventilação mecânica domiciliar. Porque o recurso é melhor, né? O investimento deles é muito alto, então é bem complexo. E tem até SAD que faz hemotransfusão em casa. O da gente ainda é AD2, né? Mas quem é AD3 mesmo é bem mais avançado que a gente. [...] Na verdade, se tivesse mais recurso, né? A gente melhoraria. Com certeza iria ampliar. Poderia passar a ser AD3 (PC3).

De acordo com Meneses e Zerbini (2009), os investimentos em treinamentos podem ser desperdiçados por não considerarem as necessidades organizacionais e a possibilidade de aplicação prática dos conteúdos. No Brasil, os SADs podem ser constituídos em dois formatos de atenção: a habilitação AD2, na qual as equipes estão aptas a realizar alguns procedimentos complexos no domicílio, como tratamentos parenterais, reabilitação e cuidados paliativos, mas sem o aporte de equipamentos mais robustos; e a habilitação AD3, na qual há necessidade do uso de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade, como ventilação mecânica não invasiva (VMNI), paracentese de repetição e transfusão sanguínea (Brasil, 2017). Todos os SADs de Recife possuem habilitação do tipo 2, fato que se refletiu na percepção de alguns profissionais acerca da utilidade e aplicabilidade dos conteúdos ministrados no curso.

O grupo de CS apresentou percepções distintas sobre o suporte à multiplicação dos conteúdos, e apenas metade dos entrevistados afirmou ter proporcionado um momento específico para isso, por meio de rodas de conversa com todas as equipes, com a exposição e discussão dos materiais recebidos no curso.

Nós recebemos o material impresso lá [no curso] e também recebemos os slides de todas as palestras que nós tivemos. Toda a troca que foi feita lá. Aí nós trouxemos pra cá e marcamos reunião com nossa equipe pra que a gente pudesse transmitir o que foi visto. Não teve tanta coisa diferente do que a

gente já faz. Mas mesmo assim, a gente colocou pra eles a experiência do grupo como um todo (CS5).

O que fizemos quando voltamos, a gente sentou com as equipes, peguei o manual que tinha todas aquelas aulas e a gente fez algumas rodas de conversa e passamos assim pra eles como que eles trabalham, e eu conversei assim como era a realidade de diversas áreas (CS2).

Um aspecto importante apontado nas falas dos CSs tem relação direta com a diferença de perfil das três instituições hospitalares que conduzem a AD no município de Recife, uma vez que duas trabalham mais fortemente a qualificação profissional, a produção e a multiplicação de conhecimentos científicos. Ao observar o conjunto das narrativas dos PCs e CSs, percebeu-se a existência de momentos de multiplicação do conhecimento em duas instituições, porém em apenas uma delas os PCs afirmaram não ter dificuldades na incorporação dos procedimentos aos serviços, bem como no incentivo rotineiro à capacitação profissional.

A capacitação, o treinamento, ele é uma coisa que tem que ser constante. Claro, a gente enquanto serviço, a gente tem que buscar isso. E graças a Deus a gente trabalha no serviço do 'SAD X', e a instituição tem esse viés de realmente capacitar e de educação, né? Mas eu vi lá, mesmo, outros serviços que não tinham essa possibilidade. Então, pra nós que estávamos lá do 'SAD X', aquilo tudo era natural. Fazer prova, ter um teste no começo, um teste no final, aí tem as palestras. E a gente dividia muito as nossas experiências, aquilo pra gente é natural. Mas a maioria notava que aquilo era uma coisa de outro mundo, assim. Que eles não tinham essa disponibilidade pra eles, e isso eu acho muito ruim (CS5).

Já nos demais serviços, mesmo onde houve multiplicação dos conhecimentos, foram relatados diversos obstáculos, como a insuficiência de recursos, a falta de estrutura nos domicílios para receber alguns equipamentos e o suporte incipiente de outros pontos da rede nas intercorrências atendidas pelo SAD, entre outras dificuldades.

O grande problema eu acho que a quantidade de profissionais é insuficiente para a quantidade de paciente. A gente não tem respirador, a gente não tem os equipamentos que mostraram pra gente. Foi um treinamento pra gente ver que a gente precisa evoluir muito, muito. Mas que a gente tem que ter muita estrutura. [...] Eu fico até preocupada em como a gente vai dar esse suporte por quantitativo de profissionais que a gente tem hoje, com respirador. A gente tem três fisioterapeutas, hoje a gente está com 155 pacientes. [...] Como é que eu hoje, com três enfermeiras, eu vou dar esse suporte todo que eles ensinaram? Então, assim, eles precisavam ouvir, rever a portaria, rever o quantitativo de profissionais, e aí sim, a gente poderia se estruturar pra ter pacientes com VMNI, fazer transfusão de sangue, fazer antibióticos em casa. Porque teria que ter realmente uma supervisão de enfermagem, não pode ser pela enfermeira que hoje vai lá daqui a quinze dias, não tem como. A gente sabe que tem intercorrência (CS2).

A sobrecarga de usuários por profissionais e equipes, a insuficiência de material e o insuficiente apoio institucional para o desenvolvimento das ações após a capacitação também foram mencionados no estudo de Souza, Feliciano e Mendes (2015), no qual os profissionais entrevistados atribuíram

grande importância às condições de trabalho para utilização dos conhecimentos adquiridos, relatando as repercussões negativas da sobrecarga laboral nas atividades do serviço. A instituição foi apontada como desatenta às necessidades dos usuários e das equipes. Conforme Costa e colaboradores (2015), a falta do suporte pós-treinamento aumenta o sentimento de frustração no trabalho, relatado no estudo supracitado e em outras pesquisas.

A gente voltou e a gente fez uma reunião, e as meninas todas frustradas horrores. 'E a gente vai manusear isso, e como é que vai ser?' [...] A gente não tem como fazer transfusão de sangue. Eles já foram na casa dos pacientes pra ver a condição? Como é que eu vou levar um respirador? Tem casa que se você entrar eu tenho que sair, não tem espaço. Em alguns locais [os SADs] têm investimento não só da prefeitura. Eles têm investimento do estado. É um hospital que tem escola, então, assim, a verba não é única. Aqui a verba é só da prefeitura. Então eu não vou conseguir financeiramente dar um suporte grande se a verba não dá (CS2).

Para os GPs, seria necessário abranger a gestão do SAD no treinamento, como visto também por Moreno, Enders e Simpson (2008), de forma a garantir que os procedimentos fossem aplicados na prática.

A gente percebeu que muitos deles [dos profissionais] [...] foram pros seus serviços após a capacitação, mas eles não eram os gestores. Eles muitas vezes não conseguiam transmitir a importância, a necessidade, e eles não tinham poder decisório. Então o que poderia ser modificado é fazer um trabalho pra conscientizar os gestores e dar instrumentos, assim, teóricos que ele entenda como gerir o seu serviço, e consiga introduzir procedimentos mais complexos (GP3).

Destaca-se também a importância do suporte psicossocial como preditor do desempenho do treinamento (Scorsolini-Comin, Inocente e Miura, 2011; Zerbini e Abbad, 2010; Santos e Mourão, 2011; Araujo, Abbad e Freitas, 2019).

Mudanças nos processos de trabalho

Para alcançar o efeito de transformação, as capacitações devem possibilitar mudanças nos processos de trabalho, visando à integração entre profissionais e setores, além de estimular o uso das novas práticas no dia a dia dos serviços (Costa et al., 2015). Todos os PCs referiram ter percebido mudanças no processo de trabalho, principalmente relacionadas ao amadurecimento profissional e ao aperfeiçoamento de práticas existentes no serviço, resultado também encontrado no estudo realizado por Aroldi, Peres e Mira (2018). Também foi relatada pelos profissionais entrevistados a satisfação de perceber que algumas das práticas dos serviços eram atuais e condizentes com o preconizado no treinamento.

A gente aplica diariamente. Tinha muitas palestras sobre lesões, sobre úlceras, então, quando eu voltei a gente conseguiu capacitar as informações que tinham lá. Algumas informações a gente já sabia, algumas coisas que foram dadas. Mas assim, mostrar o que eles passaram pra gente. Então a gente vai capacitando realmente todos os dias. A fisioterapeuta que foi também passou as informações aí eles sempre vão aprimorando (PC4).

Eu acho que a gente amadureceu bastante [...]. A gente melhorou a visibilidade de identificar realmente o paciente paliativo e ver como conduzir esse paciente. Foi possível clarear um pouquinho a abordagem em pacientes respiratórios (PC1).

Dentro da minha área que eu achava que eu não podia fazer um protocolo em casa e eu vi que outros faziam, eu passei a fazer isso em casa. Então, acrescentou muito nisso, né? (PC2).

As falas dos PCs corroboram achados do estudo conduzido por Costa e colaboradores (2015) em vários municípios de Minas Gerais acerca da avaliação de uma capacitação para profissionais de saúde e da assistência social, no qual foi possível perceber que a capacitação serviu como 'desmistificadora' em vários aspectos, além de proporcionar a modificação da visão dos profissionais para com os usuários.

No mesmo sentido, os GPs também puderam constatar mudanças nas equipes, por meio das visitas realizadas em alguns serviços após a capacitação e do questionário pós-teste enviado a todos os participantes, destacando, porém, que o treinamento, exclusivamente, não teria a potencialidade de provocar mudanças.

A capacitação, em si, eu acho que não daria conta das mudanças. Mas eu acho que o potencial que ela teve de tá (*sic*) mobilizando as pessoas, os serviços, trazer a discussão, eu acho que isso já é válido. [...] E após a capacitação, nós visitamos algumas equipes, e todas relataram alguma mudança no processo de trabalho. Até hoje as equipes continuam dando esse *feedback* pra gente. Então, de um modo geral, houve, sim, uma mudança. Mas ela ainda continua acontecendo, né? (GP4).

Após as capacitações, nós constatamos que grande parte dos profissionais que receberam a capacitação, eles desenvolveram com algumas equipes alguns procedimentos complexos. A gente abordava nessa capacitação cuidados paliativos, hipodermóclise, cuidado com lesão, né, tratamento de lesão, e foram uns dos procedimentos que a gente observou e depois de também fazer uma pesquisa, nós constatamos que esses procedimentos foram mais abordados, mais implantados nas equipes (GP1).

Entretanto, nos relatos do GP também surgiram dúvidas sobre o efeito nos serviços e a implantação de algumas tecnologias mais complexas que foram apresentadas no curso.

Uma maneira da gente saber se houve mudanças no comportamento seria uma maior adesão aos procedimentos, né? A gente só tem a pesquisa que a gente fez ao final do projeto, que a gente perguntou pra eles se aderiam ou não; 15% dos profissionais referiu que melhorou a maneira como abordava lesões de pele e 15% melhorou a maneira como abordava o cuidado paliativo. Mas é difícil, a gente não tem essa informação, não como ter essa noção. Os serviços que a gente voltou depois da capacitação, o que eu avaliei, por exemplo, pouca coisa mudou. Eu não acho que o impacto foi tão grande assim, não (GP2).

Uma das coisas que a gente tem certeza que não foi respondido, não foi alcançado, foi a implantação de tecnologias. A gente ainda não tinha

conseguindo nenhuma informação de pacientes que foram pra casa com ventilação mecânica, alguma tecnologia nova, ou então paracentese, que é um procedimento bem complexo também. Não tinha sido ainda implantado (GP1).

Na perspectiva dos CSs, as opiniões ficaram divididas. A metade dos profissionais apontou que as mudanças nos processos de trabalho foram pontuais, mais relacionadas às práticas individuais dos participantes do curso, mesmo nos serviços em que houve suporte à multiplicação dos conteúdos. Um dos entrevistados chegou a afirmar que a capacitação não teve nenhum nível de relevância para a execução das atividades do SAD.

Eu acho como limitação é quando a gente vai pra uma capacitação e não coloca em prática. O conhecimento que a gente adquire naquela capacitação a gente não bota em prática. É como se a gente vai ali porque foi meio que obrigado e passou. Entrou aqui, saiu aqui (CS6).

Não teve relevância [o treinamento], porque assim... Pode ter tido pessoal, em atitudes pessoais da pessoa que foi naquele 'quocientezinho' que ela tem. Uma opção diferente. Mas pra gente, aqui foi muito individualizado na prática (CS3).

É intrínseco às capacitações em saúde que o aprendizado seja aplicado na prática de forma contínua. No entanto, o processo de incorporação do conhecimento à prática profissional é complexo, indo além do aprendizado técnico e da transmissão da informação, visto que esses fatores não resultam diretamente em mudanças práticas. A qualificação de recursos humanos deve almejar um processo de educação contínuo, levando em consideração as necessidades estruturais dos serviços, a realidade local e os obstáculos à implementação dos processos de trabalho em saúde (Costa et al., 2015). Embora não haja consenso entre os CSs sobre as mudanças ocorridas nos serviços, um aspecto convergente foi a percepção de que os profissionais adquiriam uma postura mais crítica acerca da oferta de serviços no domicílio.

O que eu consegui perceber foi uma análise crítica no sentido de como outros estados, outros municípios, conseguem se organizar, conseguem organizar a atenção domiciliar, e como é que Recife está organizado. E ver que é possível a gente conseguir aumentar essa complexidade do atendimento, entendeu? Que não é uma coisa surreal, por exemplo. Que a oxigenioterapia ela é possível, sim. A ventilação mecânica é possível, sim. Curativos especiais é possível (*sic*) (CS1).

No estudo de Costa e colaboradores (2015), também foi evidenciado que as capacitações suscitaram ou reforçaram discussões acerca da gestão do trabalho e do trabalho em rede, proporcionando uma visão mais crítica dos profissionais sobre a necessidade de articulação e integração da rede assistencial, considerando a realidade do território.

Considerações finais

De modo geral, as narrativas dos sujeitos entrevistados no estudo que originou este artigo demonstraram uma percepção positiva sobre os efeitos do treinamento CCAD, ainda que algumas falhas tenham sido apontadas, principalmente no suporte conferido aos profissionais após o retorno

ao trabalho, devido à insuficiência de equipamentos, recursos humanos e financeiros, à fragilidade nas estratégias de multiplicação dos conhecimentos obtidos, à resistência dos demais profissionais das equipes e ao conteúdo abordado não condizente com o nível de habilitação dos serviços.

É importante destacar que o estudo teve algumas limitações, inerentes ao tratamento qualitativo dos dados, principalmente por buscar compreender os efeitos do treinamento por meio da subjetividade dos sujeitos. Ao analisar os significados manifestos e latentes, os pesquisadores correram o risco de extrapolar o que foi apresentado pelos entrevistados, bem como imprimir suas perspectivas na interpretação do material transcrito. Outra limitação centrou-se na impossibilidade de extrapolação dos resultados obtidos para realidades distintas do município em que foi conduzido o estudo. Além disso, esta pesquisa não contemplou a perspectiva dos usuários quanto à mudança nos cuidados ofertados e dos gestores municipais do SAD, sujeitos que teriam de fato o poder decisório no fornecimento do suporte necessário à implementação dos procedimentos. Futuros trabalhos que abordem a perspectiva desses sujeitos podem ampliar as reflexões presentes neste estudo.

Os PCs e os CSs destacaram algumas mudanças em decorrência do treinamento, como uma postura mais humanizada na prestação de cuidados domiciliares, o aperfeiçoamento de práticas de palição, o tratamento de lesões e a condução de pacientes com problemas respiratórios, bem como o desenvolvimento de uma visão mais crítica dos SADs e a necessidade de integrar e rediscutir a rede de atenção à saúde no território. Porém, ressalta-se que um dos objetivos primordiais do projeto – a implementação de procedimentos mais complexos no domicílio – não foi alcançado no município em questão, por motivos relacionados principalmente ao suporte recebido pelos profissionais nos seus serviços. Além disso, é necessário compreender que o treinamento por si só não poderia garantir mudanças mais profundas no serviço, em virtude da complexidade existente na organização dos SADs em nível municipal.

Ao se considerar que a AD em Recife é ofertada por três instituições hospitalares privadas sem fins lucrativos, contratadas pela Secretaria de Saúde para esse fim, é possível que questões contratuais configurem uma barreira para a incorporação dos novos procedimentos e tecnologias retratadas no treinamento. Sabe-se que a interdependência entre Estado e mercado é uma característica disseminada pelo país, embora haja regiões com maior ou menor predominância nessa composição, e que devido a esse fato existe uma forte incapacidade do gestor público em regular o setor privado contratado, cuja forte influência se dá pela capacidade instalada, pela participação nos processos de decisão e pelos múltiplos vínculos profissionais.

Ainda seria preciso considerar o contexto dos usuários dos serviços como um importante desafio à implementação de procedimentos que necessitem do uso de aparelhos ou equipamentos mais robustos. O cuidado no domicílio enfrenta diariamente as barreiras impostas pela realidade socioeconômica dos usuários, que por vezes não possuem estrutura física e financeira que comporte a tecnologia necessária à sua assistência.

As questões suscitadas no estudo aqui apresentado demonstram a complexidade do contexto da AD no Brasil e a necessidade de conhecer como ela se organiza e oferece seus serviços nas diferentes regiões. Diante disso, cabe expor algumas recomendações para melhoria da efetividade do treinamento: a incorporação de profissionais da gestão municipal dos SADs nos futuros treinamentos; a ampliação das vagas por equipe e das categorias profissionais; o apoio às secretarias municipais de saúde no fornecimento de suporte técnico, psicossocial, material e informacional; e o desenvolvimento de estratégias para o monitoramento das ações com base em indicadores de efeitos de treinamento. Com essas recomendações, resultantes da conjugação de olhares distintos e complementares dos sujeitos entrevistados que permitiram emergir as fragilidades e as potencialidades da capacitação em questão, espera-se contribuir para a formulação de estratégias educacionais e organizacionais que potencializem o cuidado em AD.

Nota

¹ Ver BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. PROADI-SUS [Internet]. Disponível em <<http://portals.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Levantamento bibliográfico e coleta dos dados SG

Análise dos dados: SG, PM

Discussão dos dados: SG, AA, PM.

Elaboração do texto: SG, AA, EF, PM.

Revisão do texto: AA, EF.

Financiamento

Não houve financiamento externo.

Conflito de interesses

Não apresenta conflito de interesses.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP), sob o parecer n. 3.077.765/2018, conforme as resoluções n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Apresentação prévia

Este artigo é resultante de trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, realizado por Sofia Guerra em 2019.

Referências

ABBAD, Gardênia S. Um modelo de avaliação do impacto do treinamento no trabalho – IMPACT. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

ANDRADE, Angélica M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, fev. 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0214.

ARAUJO, Maria C. S. Q.; ABBAD, G. S.; FREITAS, Thais R. Avaliação de aprendizagem, reação e impacto de treinamentos corporativos no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 35, 2019. DOI: 10.1590/0102.3772e35511.

AROLDI, Juscilyne B. C.; PERES, Heloisa H. C.; MIRA, Vera L. Percepção do impacto no trabalho de um treinamento on-line sobre prevenção de lesão por pressão. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180003020016.

BALARIN, Camila S.; ZERBINI, Thais; MARTINS, Lara B. A relação entre suporte à aprendizagem e impacto de treinamento no trabalho. *REAd: Revista Eletrônica de Administração*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 341-370, ago. 2014. DOI: 10.1590/1413-2311017201341925.

BRAGA, Patrícia P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar. 2016. DOI: < 10.1590/1413-81232015213.11382015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 808-811, ago. 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011000400025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar: cuidados em terapia nutricional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Segurança do paciente no domicílio*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/04/2016_0420_versao_digital.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação n. 5/2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 set. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html>. Acesso em: 16 dez. 2019.

CASTRO, Edna A. B. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2016-0002.

COSTA, Pedro H. A. M. et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 395-404, mar. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0607.

CUNHA, Márcia A. O.; MORAIS, Heloísa M. M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1651-1660, dez. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000600026.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública [online]*, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/180-188>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

GAUER, Ana P. M. et al. Ações de reorientação da formação profissional em fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 565-576, abr. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0852.

LACERDA, Maria R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, ago. 2006. DOI: 10.1590/S0104-12902006000200009.

LOPES, Gisele V. D. O.; VILLASBÔAS Ana L. Q.; CASTELLANOS, Marcelo E. P. Atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 241-254, set. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017s318.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500005.

MENESES, Pedro P. M.; ZERBINI, Thaís. Levantamento das análises de treinamento: reflexões atuais. *Análise*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 50-64, dez. 2009. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Thais_Zerbini/publication/277116678_Levantamento_de_necessidades_de_treinamento_reflexoes_atuais/links/55bb6e2408ae092e96608134.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2019.

MENESES, Pedro; ZERBINI, Thaís; ABBAD, Gardênia. *Manual de treinamento organizacional*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2014.

MIRA, Vera Lucia et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, p. 1574-1581, dez. 2011. DOI: 10.1590/S0080-62342011000700006.

MORENO, Cléa M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, p. 671-675, nov. 2008. DOI: 10.1590/S0034-71672008000700003

PIRES, Maria R. G. M. et al. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000300018.

QUEIROZ, Ana H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, set. 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900016.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2018. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

SANTOS FILHO, Graciliano M.; MOURÃO, Luciana. A relação entre comprometimento organizacional e impacto do treinamento no trabalho. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 75-89, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572011000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 dez. 2019.

SAVASSI, Leonardo C. M. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, ago. 2016. DOI: 10.5712/rbmfc11(38)1259.

SOUZA, Ana L. A.; FELICIANO, Katia V. O.; MENDES, Marina F. M. A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 610-618, ago. 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400011.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; INOCENTE, David F.; MIURA, Irene K. Avaliação de programas de treinamento, desenvolvimento e educação no contexto organizacional: modelos e perspectivas. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 37-53, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22245/20171>>. Acesso em: 23 dez. 2019.

ZERBINI, Thaís; ABBAD, Gardênia. Transferência de treinamento e impacto do treinamento no trabalho: análise crítica da literatura. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 97-111, dez. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22212/20149>>. Acesso em: 23 dez. 2019.