

**APOIO INSTITUCIONAL NA VISITA DOMICILIAR DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI (BA)**

Daniele Machado Pereira Rocha

<https://orcid.org/0000-0002-1616-7273>

Marcos Vinícius de Santana Silvab

<https://orcid.org/0000-0002-6472-2999>**Resumo**

A visita domiciliar é uma potente ferramenta da gestão do cuidado que aproxima a Unidade de Saúde da Família do território de forma viva e dinâmica. O apoio institucional contribui junto às equipes para a qualificação e operacionalização desse importante instrumento que amplia o cuidado centrado no usuário. Este artigo é um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, acerca do papel e da percepção do apoio institucional de uma região de saúde do município de Camaçari, Bahia, em uma visita domiciliar a uma família pertencente ao território adscrito de uma Unidade de Saúde da Família no mês de janeiro de 2020. Percebe-se que a presença do apoio institucional no processo de trabalho da equipe contribuiu na direcionalidade do caminho percorrido para o cuidado em saúde de uma família em situação de vulnerabilidade social, auxiliando na retomada do cuidado, possibilitando a interação entre família e equipe, assim como o fortalecimento da intersetorialidade entre saúde e desenvolvimento social. Evidencia-se com o relato que alguns desafios, sobretudo a reinvenção no contexto da pandemia do novo coronavírus, a importância de inserção de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, a ampliação da discussão sobre a promoção da saúde e a correspon-

^a Sanitarista. Mestre em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade com ênfase em Promoção da Saúde e Qualidade de Vida na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Fundação Estatal Saúde da Família em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FESFUSU/Fiocruz). Bacharelada em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências – Professor Milton Santos (IHAC/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: danielep.rocha@hotmail.com

^b Cirurgião-Dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA). Doutorando em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: drmarcossantana87@gmail.com

Endereço para correspondência: Avenida ACM, n. 3305, Edf. Iguatemi Multiplus, Iguatemi. Salvador, Bahia, Brasil. CEP:4028-000. E-mail: drmarcossantana87@gmail.com

sabilidade na produção do cuidado, precisam ser enfrentados com as equipes, de modo que resulte na ampliação da qualidade de vida dos usuários pertencentes ao domicílio e território.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Estratégia saúde da família. Atenção primária à saúde.

INSTITUTIONAL SUPPORT IN HOUSE CALLS BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF CAMAÇARI, BAHIA

Abstract

House call is a powerful care management tool that brings the Family Health Unit closer to the territory in a lively and dynamic manner. Institutional support contributes with the teams to qualify and operationalize this important instrument that expands user-centered care. This paper is a qualitative, descriptive, experience report study about the role and perception of the institutional support offered to a health region in the municipality of Camaçari, Bahia, Brazil, during a house call to a family belonging to the enrolled territory of a Family Health Unity in January 2020. The presence of institutional support in the team's work process contributed to direct the path chosen for the health care of a socially vulnerable family, helping to resume care, enable the family-team interaction, and strengthen the intersectoriality between health and social development. The report reveals that some challenges, especially the reinvention during the new coronavirus pandemic, the importance of implementing other Health Care Network posts, expansion of the debate on health promotion, and the co-responsibility in care production, must be faced with the teams, so that it results in enhancing the quality of life of users belonging to the home and territory.

Keywords: House Calls. Family Health Strategy. Primary Health Care.

APOYO INSTITUCIONAL EN LA VISITA DOMICILIARIA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR EN EL MUNICIPIO DE CAMAÇARI/BA, BRASIL

Resumen

La visita domiciliar es una herramienta eficaz de gestión del cuidado que acerca la Unidad de Salud Familiar al territorio de forma viva y dinámica. El apoyo institucional contribuye con los equipos en la calificación y la puesta en marcha de este importante instrumento que expande la atención centrada en el usuario. Este artículo es un estudio cualitativo, descriptivo de tipo informe de experiencia sobre el rol y la percepción sobre el apoyo institucional de una región

de salud en el Municipio de Camaçari, en Bahía (Brasil) en una visita domiciliar a una familia perteneciente al territorio adscrito a una Unidad de Salud Familiar en enero de 2020. Se nota que la presencia del apoyo institucional en el proceso de trabajo del equipo contribuyó a orientar el camino recorrido para el cuidado de la salud de una familia en situación de vulnerabilidad social, ayudándola a retomar el cuidado, posibilitando la interacción entre la familia y el equipo, así como el fortalecimiento de la intersectorialidad entre salud y desarrollo social. Se desprende del informe que algunos desafíos, sobre todo la reinención en el contexto de la pandemia del nuevo coronavirus, la importancia de insertar otros puntos en la Red de Asistencia Sanitaria, la ampliación de la discusión sobre promoción de la salud y la corresponsabilidad en la producción asistencial, necesitan promocionarse con los equipos, de manera que resulte en la ampliación de la calidad de vida de los usuarios pertenecientes al hogar y territorio.

Palabras clave: Visita domiciliaria. Estrategia de salud familiar. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) é uma potencial ferramenta da gestão do cuidado na Atenção Básica (AB), na medida em que aproxima a Unidade de Saúde da Família (USF) do território, permitindo o acompanhamento e monitoramento dos seus usuários e familiares, buscando a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Esse dispositivo vem sendo utilizado desde a década de 1920, e ao longo dos anos passa por um processo de remodelamento, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que as equipes de saúde utilizam como método de ampliação do olhar para as vulnerabilidades e planejamento de ações que visem o alcance da melhoria assistencial^{1,2}.

A realização ativa da VD concede às equipes a possibilidade de estratificação do risco familiar, discussão de caso, conhecimento do território, interação com as famílias, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e criação de vínculos, de modo que as equipes conheçam a realidade social, demográfica, econômica, sanitária e cultural do território em que atuam, acionando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e discutindo processos de trabalho de forma multiprofissional³.

Por conta das dificuldades enfrentadas pelas equipes de Saúde da Família (eSF), principalmente no processo de organização e utilização de critérios para a execução das VD, confere ao apoiador institucional, no processo junto às equipes, participar do planejamento, execução, monitoramento e avaliação, orientando a utilização de ferramentas de estratificação, conduzindo a equipe à participação em visita de famílias em situação de vulnerabilidade,

acionamento da RAS para compartilhamento do cuidado, apoiando na construção do PTS, bem como na utilização de Equipamentos de Proteção Individual dos profissionais no território³⁻⁶.

O Apoio Institucional (AI) constitui um recurso metodológico que reorienta a maneira hegemônica de fazer gestão em saúde. No contexto da ESF é necessário que apoie as equipes no processo de reorganização de suas práticas de trabalho, incentivando a cogestão, de modo interativo, analítico e operacional as funções de coordenação, supervisão e avaliação do trabalho, de modo que a equipe sinta-se confortável para atuar como protagonista do seu processo de trabalho⁵.

Assim, em 2013, iniciou-se um movimento de institucionalização do apoio institucional por meio da Política Estadual de Atenção Básica do Estado da Bahia⁷, orientando os municípios a aderirem à estratégia do AI com o objetivo de apoiar, sobretudo as Equipes de Saúde da Família no processo de qualificação da AB. Desse modo, o município de Camaçari, impulsionado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), inseriu o AI em seu processo de gestão em saúde.

Destaca-se nesse movimento o papel dos Programas Integrados de Residências em Medicina de Família e Comunidade e multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família (Fesf) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que incorpora o sanitarista para atuar nesse lugar de promoção de reflexões, no contexto da clínica ampliada e articulação com a RAS, fazendo junto com as equipes, sendo elo entre a USF e a gestão central e discutindo os processos de trabalho para que os profissionais percebam suas atuações e necessidade de mudanças de forma dialógica e coletiva⁸.

Visita domiciliar (VD) é considerada uma intervenção de grande importância, pois, quando produz um cuidado integral em saúde, abarca as características singulares de cada família, possibilitando a melhoria das condições e a qualidade de vida das pessoas no exercício da escuta, apoio e pela implicação, assim como compromisso e potência no agir individual e coletivo. Nesse sentido, esse trabalho apresenta relevância para AB, sobretudo ao pensar uma ferramenta de gestão do cuidado, a partir da atuação do apoio institucional⁹.

Destarte, levando-se em consideração a literatura incipiente acerca da participação do AI no processo de trabalho de uma eSF, bem como seu envolvimento no planejamento e execução de VD, o artigo objetiva relatar o papel e a percepção do Apoio Institucional em uma visita domiciliar de uma USF do município de Camaçari, Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência¹⁰, da vivência de uma residente sanitarista atuando no apoio institucional, em uma VD, a uma

família em situação de vulnerabilidade social, pertencente ao território adscrito de uma USF do município de Camaçari, Bahia, ocorrido no mês de janeiro de 2020.

Os dados utilizados para a realização deste relato foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari (SESAU), Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial disponíveis no e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), bem como em anotações da própria apoiadora em participações nas discussões do caso, em reuniões de equipe, atas e prontuário da família.

Com o intuito de preservar a identidade da família, seguindo as recomendações da resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, não faremos menção à USF em que ocorreu a VD e abordaremos o contexto familiar de uma maneira generalista, de modo que não ocorra risco a integridade dos sujeitos, uma vez que o objetivo do relato é evidenciar o papel e a importância do apoio institucional na estratégia de visita domiciliar¹¹.

CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

O município de Camaçari, localizado na região metropolitana de Salvador, Bahia, possui população estimada de 299.132 habitantes¹² e desde 2019 adotou a estratégia de distritalização da saúde em três Distritos Sanitários de Saúde (DSS), a saber: Monte Gordo, Abrantes e Sede, totalizando oito regiões de saúde, com 41 Unidades de Saúde, sendo 34 (USF)¹³.

A unidade localiza-se na região de saúde 4, caracterizada pela presença dos Programas Integrados de Residências em Medicina de Família e Comunidade e multiprofissional em Saúde da Família Fesf-SUS. Todas as equipes de saúde são formadas por profissionais residentes que contam com o Apoio Técnico-Pedagógico de preceptores que acompanham todo o processo de trabalho desenvolvido nas USF.

A unidade encontra-se em um bairro com características vulneráveis, apresentando população com renda média de um salário mínimo, faixa etária predominante de 20 a 39 anos, raça/cor autodeclarada parda e maioria em situação de desemprego¹⁴. Antes do processo de reterritorialização, realizado em março de 2020, conduzido pelo apoio institucional e agente comunitário de saúde (ACS), a USF detinha áreas descobertas dentro do território adscrito e em uma dessas localidades encontra-se o domicílio da família do relato.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA

Localizada em zona urbana, a casa não possui revestimento, mas tem energia elétrica e rede encanada, porém a água para consumo é sem tratamento. No domicílio residem mais de dez pessoas em dois cômodos, com mais dois anexos, sem ventilação e alguns animais

domésticos. A renda gira em torno do Benefício do Programa Bolsa Família (BF) e no momento do relato havia o acréscimo do Auxílio Emergencial do Governo Federal. Uma das usuárias retornou com o recebimento Benefício de Prestação Continuada (BPC), via apoio do Centro de Referência de Assistência Social (Cras)¹⁵.

Relacionado às redes sociais de apoio à família, evidencia-se o Programa Bolsa Família e o Cras como um tipo de rede formal de agência social, assim como a rede informal de amigos e familiares que de algum modo prestam suporte nos momentos de dificuldade, sejam elas financeiras e/ou emocionais. Assim, compete à equipe de saúde a identificação e a articulação das redes para que de forma coletiva e conjunta se alcance a melhoria na promoção da saúde e qualidade de vida desses sujeitos¹⁶.

RESULTADOS

Com a pandemia do novo coronavírus, os modos de trabalho da gestão e Unidades de Saúde foram alterados e ajustados. Antes mesmo do primeiro caso confirmado de SARS-CoV-2 em Camaçari, no dia 20 de março, a prefeitura publicou a Instrução Normativa 003/2020 de 18 de março de 2020, que suspendia temporariamente as visitas domiciliares, sendo alteradas em agosto por meio de comunicação interna (CI) dos Distritos Sanitários às USF¹⁷.

O ato normativo mencionado versa sobre orientações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus a serem adotadas nos serviços de saúde do município, incluindo a suspensão temporária de todas as visitas domiciliares, à exceção de usuários em situação de restrição ao domicílio. Em agosto, o cenário passou por modificações, e, a partir do encaminhamento advindo dos Distritos Sanitários, com orientação para a realização das VD em formato peridomiciliar e utilizando os EPI necessários, houve um processo de planejamento e reorganização das equipes orientados pelo apoio institucional¹⁸.

Assim, em reunião de equipe houve o planejamento da VD, com discussão do caso, preenchimento da ficha de estratificação do risco familiar – produzida pelo município; levantamento do histórico familiar – número de moradores, epidemiologia dos usuários – via prontuário e por conteúdo referido pelo ACS; assim como o objetivo da VD, que no momento era investigar a suspeita de doença infectocontagiosa de um dos moradores, avaliar a situação de saúde do domicílio e estimular a educação em saúde e a corresponsabilização do cuidado¹⁹.

Seguindo o itinerário da visita, com o apoio institucional, a equipe realizou procedimentos de verificação da pressão arterial, avaliação de saúde bucal de todos os moradores e testagem para a patologia suspeita em todos os usuários que estavam no domicílio e que poderiam realizar o exame. Houve um momento de educação em saúde, orientações

de higiene e qualidade de vida, agendamento de consultas e encaminhamento para o Cras de referência do território.

Ao retornar para a USF houve a avaliação da VD com todos os profissionais participantes e os devidos encaminhamentos com responsabilização da equipe mínima, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e apoio institucional, a saber, início da construção do PTS; acionamento de agentes de endemias; planejamento para o aumento na periodicidade das visitas, sobretudo para educação em saúde e acompanhamento das condições de saúde, bem como consultas compartilhadas com os profissionais do Nasf.

O AI, em conjunto com membros da equipe, responsabilizou-se por entrar em contato com o Cras; ativação da Secretaria de Habitação (Sehab) para benefício do programa Casa Melhor da prefeitura e Secretaria de Desenvolvimento Social (Sedes) para documentação de retorno ao BPC e provimento de benefícios iniciais, como cesta básica, vale-gás e outros suprimentos que garantiram nesse primeiro momento uma atenção às necessidades básicas da família.

Em consequência da pandemia, não houve contato com os agentes de endemias, pois continuaram com restrição para entrada no domicílio, realizando as ações ao redor das residências. Houve o contato com o Cras para reaver a documentação para o BPC e a assistente social entrou em contato com a família, após devolutiva dos documentos solicitados o benefício foi reativado. Relacionado à Sehab e a Sedes para benefício do programa Casa Melhor, foi informado que não há concessão por ser um domicílio em local de “invasão”.

Com reuniões de equipe em formato telepresencial foi iniciado um planejamento para execução do PTS, porém não foi concluído, pois faz parte do plano não somente a participação coletiva entre equipe mínima e Nasf, mas, sobretudo, a construção com os usuários que compõem o PTS, interferindo de maneira ativa na produção e continuidade do cuidado¹⁸. Com a pandemia, houve um enfraquecimento do vínculo, cabendo à equipe, com o AI, o fomento de estratégias de forma interdisciplinar, para que essa família seja assistida de maneira contínua.

DISCUSSÃO

PERCEPÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL SOBRE OS DESAFIOS DA EQUIPE NO CUIDADO À FAMÍLIA E NO FAZER DO APOIADOR

Embora a literatura acerca do apoio institucional em visita domiciliar seja incipiente, é importante salientar que, muito além de monitorar a execução das visitas, o apoio institucional é fundamental na observação além da doença, visualizando os determinantes sociais que rodeiam aquela realidade, orientando os pontos de acionamento da RAS e as práticas de

promoção da saúde e educação popular, que, por vezes, a equipe acaba não citando, devido ao modelo biomédico ainda adotado em suas formações acadêmicas²⁰.

O apoiador institucional trabalha na qualificação e efetivação das políticas públicas, e nesse contexto temos como base o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a articulação intersetorial, territorialização, ordenamento da RAS, vigilância em saúde, entre outras características da AB que faz parte da atribuição do profissional de saúde dentro da USF, objetivando desenvolver parcerias, novos mecanismos de cuidado para os usuários, integralidade da assistência e envolvimento dos determinantes sociais que são obtidos por meio da articulação com outros setores da rede, tendo o usuário como beneficiário central²¹⁻²⁴.

É destacado que, embora seja importante a participação do apoio institucional na rotina das equipes, também é um desafio para a agenda, pois os apoiadores geralmente trabalham com mais de uma equipe e existem outras demandas dentro de um processo de trabalho vivo das USF que demandam esforços e disponibilidade de tempo, como acolhimento à demanda espontânea, colegiado gestor, atividades administrativas, participação em reuniões com a gestão municipal, entre outras atividades que fazem parte do escopo do AI^{25,26}.

Em pesquisa realizada com apoiadores institucionais do SUS de Campinas, São Paulo, evidenciou que grande parte da agenda de trabalho dos profissionais é voltada para a gestão central e quando direcionadas para as USF são focadas na maioria das vezes na resolução de demandas relacionadas às tecnologias duras e “leve-duras”, distanciando-se da proposta do método da roda, em que o AI tem como foco não somente as demandas administrativas, mas também as demandas de tecnologias leves, compondo a equipe e participando de forma ativa dos seus processos de trabalho²⁷.

Outro estudo acerca das ações desenvolvidas pelo apoio institucional em um município da Bahia demonstra a potência do fomento às equipes de saúde da família, à qualificação do processo de trabalho e desempenho nos indicadores de saúde, à identificação da capacidade de intervenção da USF no território, mediação de conflitos, apoio matricial, educação permanente, além do alinhamento entre gestão municipal de saúde e equipes, de modo a ampliar a qualidade da atenção básica, sobretudo em um momento de pandemia que requer alinhamento dos processos e reinvenção constante das equipes para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS)²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que, embora a equipe tenha engajamento na retomada do cuidado à saúde da família, percebe-se uma fragilidade nas discussões e efetivação das ações de promoção da

saúde, na perspectiva da clínica ampliada e com um projeto terapêutico que abarque problemas relacionados ao estreitamento dos vínculos com a USF, corresponsabilidade do cuidado, questões relacionadas ao desemprego, abuso de álcool e outras drogas, assim como diversos problemas econômicos sociais que fazem parte do contexto dessa família, extrapolando as ações biomédicas – que são importantes, porém resolvem somente parte do problema.

Assim, para alcançar um nível de complexidade maior no cuidado, é preciso dedicação dos profissionais com leitura de textos sobre a temática, educação permanente, apoio matricial, priorização e compartilhamento dos casos com o Nasf e a RAS para que de forma reflexiva e participativa os profissionais percebam a visita domiciliar como estratégia potente de vínculo com o território, utilizando, sobretudo, as reuniões de equipe como espaço coletivo para troca de saberes, planejamento, monitoramento e avaliação das famílias visitadas.

O momento pandêmico gerou uma série de modificações nos processos de trabalho e produção do cuidado em saúde incluindo suspensão de ações, programas e visitas domiciliares, monitoramento remoto dos usuários de alguns grupos prioritários, entretanto com a retomada paulatina das atividades é fundamental buscar os casos complexos e (re)planejar o cuidado, inclusive dentro das mudanças ocorridas com a covid-19.

Nessa direção, destacamos que no contexto da pandemia do novo coronavírus temos equipes de ESF/APS que lidam diariamente com casos positivos no território, óbitos em decorrência de covid-19 e/ou relacionado a outros problemas de saúde e a continuidade do atendimento longitudinal dos usuários e seus familiares, além das demandas que são inerentes ao processo de trabalho, em um movimento de sobrecarga dos profissionais de saúde. Nessa conjuntura o AI precisa trabalhar também com essas equipes o autocuidado para possibilitar o cuidado com o outro.

A construção do relato de experiência teve limitações que foram desde a abertura da família para o acesso ao cuidado planejado pelas equipes até a pandemia, que bloqueou agendas e dificultou ainda mais o fortalecimento do vínculo com os usuários, a demanda de casos graves que acessavam a USF e sobrecarregava as equipes, impossibilitando muitas vezes a execução dos encaminhamentos e/ou presença nas reuniões remotas e, por fim, a finalização do ciclo de residente dentro do programa que, por um lado, encerra uma participação, mas, por outro, fomenta o matriciamento na nova turma para o acompanhamento das famílias em situação de vulnerabilidade.

Percebe-se um movimento mais firme de institucionalização do Apoio Institucional na USF possibilitando a produção de reflexões em espaços coletivos, tanto sobre a importância da visita domiciliar na gestão do cuidado como na participação do AI na potencialização desse

fazer, colaborando nas reuniões de equipe, matriciamentos e/ou conversas extramuros, de modo que a coordenação do cuidado, a longitudinalidade, a integralidade e a clínica ampliada seja motivador para a melhoria da qualidade de vida da família e do território.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Daniele Machado Pereira Rocha

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Daniele Machado Pereira Rocha e Marcos Vinícius de Santana Silva

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Marcos Vinícius de Santana Silva

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Daniele Machado Pereira Rocha e Marcos Vinícius de Santana Silva

REFERÊNCIAS

1. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008;10(1):220-7.
2. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus.* 2012;6(2):151-63.
3. Albuquerque ABB, BOSI MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(5):1103-12.
4. Machado SS. Apoio Institucional na Atenção Básica: A Experiência no Município de Salvador–BA. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015;39(1):139-49.
5. Castro CP, Campos GWS. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trab Educ Saúde.* 2014;12(1):29-50.
6. Melo LMF, Martiniano CS, Coelho AA, Souza MB, Pinheiro TXA, Rocha, PM. Características do Apoio Institucional Ofertado às Equipes de Atenção Básica no Brasil. *Trab Educ Saúde.* 2017;15(3):685-708.
7. Secretária de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Atenção Básica. Política Estadual de Atenção Básica. Salvador (BA); 2013.
8. Medeiros RHA. O ensino de promoção e educação em saúde para sanitарistas. *Interface.* 2018;22(65):609-20.
9. Quirino T, Jucá A, da Rocha L, Cruz M, Vieira S. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Revista Sustinere.* 2020;8(1):253-73.

10. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria (RS): Pallotti; 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília (DF); 1996.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2019.
13. Camaçari. Secretária Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Camaçari (BA): Sesau, 2017.
14. Brasil. Ministério da Saúde. e-SUS. Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial [Internet]. 2020 [citado em 2020 fev. 15]. Disponível em: e-sus.camacari.ba.gov.br/esus/pec
15. Alexandre AMC, Labronici LM, Maftum MA, Mazza VA. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):272-9.
16. Prefeitura Municipal de Camaçari. Instrução Normativa 003/2020 de 18 de março de 2020. Declara situação de emergência no Município de Camaçari/Ba, estabelece medidas complementares de prevenção e enfrentamento à pandemia decorrente do COVID-19 e dá outras providências. Diário Oficial, Camaçari (BA); 2020 mar 20. Ano XVII, nº 1376, p. 3.
17. Prefeitura Municipal de Camaçari. Gestão do SUS durante a pandemia do novo coronavírus: ações de enfrentamento da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-BA. Diário Oficial, Camaçari (BA); 2020 out 22. Ano XVIII, n. 1528, p. 1-94.
18. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, MLC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):165-75.
19. Oliveira GN. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. São Paulo (SP). Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas; 2007.
20. Casanova AO, TMB, Montenegro e. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(11):4417-26.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2017.
22. Garcia LMT, Maio IG, Santos TI, Folha CBJC, Watanabe HAW. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde Debate*. 2014;38(103):966-80.

23. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(11):4371-82.
24. Guizardi FL, Lemos ASP, Machado FRS, Passeri L. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis*. 2018;28(4):1-23.
25. Reis AP, Almeida MFA, Andrade IM, Daltro EFM. Apoio institucional para gerenciamento da atenção básica: um relato de experiência. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2016;40(2).
26. Merhy EE, Onocko R. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p. 113-50.
27. Fernandes JA, Figueiredo MD. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis*. 2015;25(1):287-306.
28. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In: Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo (SP): Hucitec; 2007. p. 236-36.

Recebido: 18.3.2021. Aprovado: 19.4.2022.