

## Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde

### Home Care Service and Health Care Networks

### Servicio de Atención Domiciliar y las Redes de Atención a la Salud

Juliana Marques Weykamp<sup>1\*</sup>; Hedi Crecencia Heckler de Siqueira<sup>2</sup>; Diana Cecagno<sup>3</sup>; Adriane Calvetti de Medeiros<sup>4</sup>; Saul Ferraz de Paula<sup>5</sup>; Vanessa Soares Mendes Pedroso<sup>6</sup>

#### Como citar este artigo:

Weykamp JM, Siqueira HCH, Cecagno D, et al. Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde. RevFundCareOnline. RevFundCareOnline.2019.out./dez.;11(5):1117-1121. DOI:http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121

#### ABSTRACT

**Objective:** The study's aim was to determine the interrelationship of the Home Care Service in modalities 2 and 3 with the Health Care Networks in municipalities of the *Rio Grande do Sul* State. **Methods:** It is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, which was carried out in 6 Home Care Services over the period from October 23<sup>rd</sup> to 30th, 2015. The study has counted with the participation of 4 coordinators and 9 registered nurses. Data collection took place through a semi-structured interview. Furthermore, the Content Analysis of Bardin was used for data analysis. **Results:** The engagement of health practices, allied to Health Care Networks, represents a beneficial and innovative element, enabling the provision of continuous and dynamic assistance to the population. **Conclusion:** The functioning of the Home Care Service and the dynamics of the networks need to be organized, clarified, articulated and performed in cooperation between health services and institutions, targeting at the importance of health productive restructuring.

**Descriptors:** Health, Nursing care, Home care services, Nurses.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Membro do Grupo de Pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde.

<sup>2</sup> Enfermeira. Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Docente do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do departamento de enfermagem da Escola de enfermagem da UFPEL. Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Membro do Grupo de Pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem/FURG. Docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva da Faculdade Anhanguera Pelotas/RS. Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Membro do Grupo de Pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Universidade Federal de Rio Grande – FURG. . Membro do Grupo de Pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Universidade Federal de Rio Grande – FURG. Membro do Grupo de Pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde.

## RESUMO

**Objetivo:** Objetivou-se conhecer a inter-relação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades 2 e 3 com as Redes de Atenção à Saúde nos municípios do Rio Grande do Sul. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado em 06 Serviços de Atenção Domiciliar no período de 23 à 30 de outubro de 2015. Participaram da pesquisa 04 coordenadores e 09 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e para análise utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A articulação das práticas em saúde, aliadas às Redes de Atenção à Saúde representam um elemento benéfico e inovador, possibilitando a prestação de uma assistência contínua e dinâmica para a população. **Conclusão:** O funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar e a dinâmica das redes necessitam estar organizada, esclarecida, articulada e desenvolvida em cooperação entre os serviços e instituições de saúde, visando a importância na reestruturação produtiva na saúde.

**Descritores:** Saúde, Cuidados de enfermagem, Serviços de atenção domiciliar, Enfermeiros.

## RESUMEN

**Objetivo:** Se objetivó conocer la interrelación del Servicio de Atención Domiciliar en las modalidades 2 y 3 con las Redes de Atención a la Salud en los municipios de Rio Grande do Sul. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, realizado en 06 Servicios de Atención Domiciliar. Período del 23 al 30 de octubre de 2015. Participaron en la encuesta 04 coordinadores y nueve enfermeros. La recolección de datos ocurrió por medio de una entrevista semiestructurada y para análisis se utilizó el Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** La articulación de las prácticas en salud, aliadas a las Redes de Atención a la Salud, representan un elemento beneficioso e innovador, posibilitando la prestación de una asistencia continua y dinámica para la población. **Conclusión:** El funcionamiento del Servicio de Atención Domiciliar y la dinámica de las redes necesitan estar organizada, esclarecida, articulada y desarrollada en cooperación entre los servicios e instituciones de salud, visando la importancia en la reestructuración productiva en la salud.

**Descriptor:** Salud, Cuidados de enfermería, Servicios de atención domiciliar, Enfermeros.

## INTRODUÇÃO

No contexto sócio, político e econômico, vivenciado pelo País, emerge a necessidade de (re) olhar a proposta de reforma nos serviços de atenção a saúde, incluso as instituições hospitalares. Nesse patamar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) se apresenta como uma estratégia capaz de contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde. Sendo necessárias redefinições conceituais e de funções para compreender essa modalidade de atenção à saúde.

O SAD foi instituído com intuito de redefinir a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS. A Portaria nº 2527 de 27 de outubro de 2011, revoga a Portaria nº 2.029/11, estabelece as normas para o cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar, formula a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão os serviços alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento.<sup>1</sup>

As diretrizes que estruturam a AD estão presentes no Art. 5º da Portaria 2527/11 e sugerem que a AD esteja em

conformidade com as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (RAS).<sup>1</sup> Além disso, a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial necessita estar aliada ao sistema de regulação, articular-se com os outros níveis de atenção à saúde e com os serviços de retaguarda e precisa inserir-se nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras fundamentadas nas necessidades do usuário.

Ainda, prevê amenizar a fragmentação da assistência, mantendo-se de acordo com os princípios do SUS, especialmente, em relação à ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade do cuidado. Assim, indica adotar o modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares estimulando a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, com a saúde do usuário, da família e do cuidador.

Neste contexto, o SAD precisa envolver todos os serviços participantes da atenção à saúde (unidade básica de saúde, UPA, serviço de urgência e emergência, hospital, entre outros) e direcionar seus esforços de mudança para a organização dos serviços de saúde com o foco central no usuário. Essa transformação do modelo tecnoassistencial para o modelo preventivo, como proposta de reordenação dos serviços de atenção à saúde será verdadeiramente efetiva quando se adotar a interconexão entre todos os serviços da atenção à saúde formando redes de atenção tendo como centralidade o usuário.<sup>2-3</sup> Corroborando com essa ideia, o primeiro elemento das redes de atenção à saúde e a sua razão de ser é a população.<sup>4</sup>

Entende-se que as diretrizes da AD correspondem a um movimento tendente a estimular a organização de novos arranjos estruturais de atenção à saúde com o objetivo de atender às demandas da população, de forma equânime, integralizada, descentralizada e humanizada. Assim, será possível alcançar um bom funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar. Entretanto, a dinâmica das redes de atenção à saúde (RAS), necessita estar bem organizadas, esclarecidas, articuladas e desenvolvidas em cooperação entre todos os serviços e instituições de saúde da população, tendo em vista a sua contribuição para a reorganização dos serviços e ações do sistema público de saúde. As relações oriundas deste processo precisam ser estabelecidas de forma colegiada com a finalidade de resguardar o direito do usuário, que precisa colaborar e participar no seu cuidado assistencial no intuito de alcançar a interconexão e integração dos princípios doutrinários, filosóficos e organizacionais do SUS.

Neste contexto, objetiva-se conhecer e analisar a inter-relação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com as Redes de Atenção à saúde nos municípios do RS que oferecem essas modalidades de assistência.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado em 06 Unidades de saúde que desenvolvem Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 nos municípios do Rio Grande do Sul/RS. Foram participantes 04 coordenadores e 09 enfermeiros, sendo que uma das coordenadoras exerce a função de coordenadora e enfermeira da equipe, totalizando 13 participantes.

A coleta de dados teve início após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer favorável nº 148/2015, no período de 23 à 30 de outubro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada.

Para preservar o anonimato o participante coordenador foi identificado com a letra C, seguida de dois números arábicos, um relativo ao município a que pertence seguido de outro atinente a ordem em que as entrevistas foram realizadas e foi atribuída a letra E aos participantes enfermeiros seguindo-se o mesmo processo (M1C1; M1E1).

Ao participante foi exposto o roteiro com as questões, um direcionado aos coordenadores e o outro aos enfermeiros. Posteriormente a cada entrevista, os dados foram transcritos, na íntegra, para uma planilha a fim de dar seqüência na organização tendo em vista a análise e interpretação.

Para realizar a análise dos dados utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin, que, compreende três pólos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Tais pólos são criteriosos, quanto aos aspectos que devem ser observados para que possam colaborar para descobrir o sentido dos conteúdos das mensagens, presentes nas entrevistas.<sup>5</sup> As indicações de cada pólo foram criteriosamente observadas no decorrer da análise dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A articulação das modalidades do SAD AD2 e AD3, junto às RAS representa uma estratégia benéfica e inovadora para o atendimento ao usuário, uma vez que este encontra-se evoluindo e transformando-se de maneira constante, adaptando-se aos novos saberes construídos ao longo dos tempos, até chegar os dias atuais. Os serviços integrados às RAS possibilitam a prestação de uma assistência contínua e dinâmica para a população com efetividade e eficácia, favorecendo inovações com base no contexto de cada domicílio, usuário e família atendida.

Os dados coletados referente a essa articulação deram origem a categoria Articulação do Serviço de Atenção domiciliar AD2 e AD3 com a RAS, obtendo-se como subcategorias: as instituições e serviços de saúde que os participantes reconhecem a existência de articulação com o SAD AD2 e AD3, e as dificuldades desta articulação.

Em relação à articulação do SAD com os serviços/

instituições que constituem a RAS, têm-se como opinião dos entrevistados:

*[...] A articulação aqui do serviço é apenas com o Hospital e Unidade Básica de Saúde (M1C1);*

*[...] Que eu saiba a articulação é com o Hospital e Unidade Básica de Saúde (M1E1);*

*[...] se estabeleceu alguns fluxos, principalmente com a UBS (M2C/E);*

*[...] O hospital referencia para o SAD, porque é muito interesse deles, ele não quer ficar com o custo do usuário, porque o usuário que vai vir para nós é um usuário que só da custo (M3C1).*

Neste caso, alguns participantes reconhecem articulação junto ao seu serviço, tais como:

*[...] A captação dos usuários está bem melhor, tem muitos vindo da UBS e do próprio hospital aqui. A gente recebe a solicitação do hospital, a gente avalia se esse paciente se enquadra nos critérios, aí depois se ele se encaixa a gente vai ver a necessidade das visitas (M1E4)*

*[...] Existe uma articulação. No hospital a gente tem uma comunicação pelo telefone, através do whatsapp, onde eles encaminham o usuário [...] se estabeleceu alguns fluxos, principalmente com a UBS, mas acho que ainda tem muito o que desenvolver, então essa rede é incipiente com a proposta de rede do ministério (M2C/E)*

*[...] Encaminhar para a UBS novamente é mais tranquilo (M3E1)*

*[...] Existe comunicação às vezes por telefone com outros serviços, a gente entra em contato [...] (M4E1)*

*[...] Isso não era bom no início, então a gente fez uma ação chamada atenção domiciliar em rede, onde nos visitamos todos esses lugares possíveis de encaminhamento de usuários. Então a gente visitou, explicou como funcionava, a gente deixou formulários, funcionou muito bem (M5C1)*

*[...] Existe articulação, eu tenho pouco tempo de atuação, mas eu tenho visto que existe (M5E3).*

Em contrapartida, os desafios evidenciados pelos participantes estão expressos por meio das dificuldades na articulação do SAD com outros serviços/instituições de saúde:

*[...] São poucas às vezes em que a gente teve um trabalho em conjunto, nesse um ano aqui que eu me lembre, apenas 3 atendimentos em conjunto com a UBS (M1C1)*

*[...] Temos dificuldades de vínculos, diálogos, até porque na maioria das vezes existe dificuldade na comunicação (M1E3)*

*[...] A gente tem muitos problemas com essa intermediação com a UBS. Eu acho que o papel não está muito claro, até onde vai um e inicia outro, a definição do papel de cada um, e nem na portaria não estão muito claro (M3C1)*

*[...] Na questão de referência e contra referência a maior dificuldade que eu vejo é quando esse paciente tem que retornar ao hospital porque nós temos poucos leitos no hospital (M3E1)*

*[...] Não funciona, absolutamente não tem, disseram que antes uma assistente social que fazia o meio de campo entre os serviços [...] então não existe, e até existem usuários que não precisam estar conosco, poderiam estar na AD1 e a UBS não atende, e no caso se ele não quer atender a responsabilidade é nossa (M5E1)*

*[...] Eu acho isso um pouco falho, a rede não funciona como deveria (M5E2).*

O SAD é percebido como uma abordagem diferenciada de cuidado, reduzindo e/ou auxiliando nas demandas em saúde, na melhoria da qualidade do serviço prestado e a superar a incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde da população, constituindo um sistema integrado de saúde que se baseia na cooperação, integração e interconexão.<sup>4</sup>

Com base no exposto pelas participantes, pode-se entender que identificaram apenas o hospital e a unidade básica de saúde como serviços que realizam articulação junto ao SAD, porém, existem outros serviços/instituições de saúde que deveriam atuar junto ao SAD, tais como o serviço de urgência e emergência, pronto atendimentos ou UPAS, e que não realizam esta articulação, ou, talvez exista um desconhecimento por parte das profissionais referente a este processo de interação.

Cada serviço que participa na composição da RAS precisa estar apto a identificar o usuário adequado para a modalidade de atendimento em questão. Os cadernos de atenção domiciliar preconizam que as estratégias de inserção do usuário aconteçam de acordo com os serviços que podem servir como “porta de entrada” para o SAD. Por meio de fluxos e protocolos previamente acordados, os serviços que constituem a RAS podem indicar e encaminhar o usuário ao SAD, por meio de instrumentos padronizados.<sup>6-7</sup>

Conforme o Ministério da Saúde, esses documentos necessitam conter informações básicas e imprescindíveis à continuidade do cuidado ao usuário, tais como: dados de identificação, quadro clínico do usuário, descrição de todas as necessidades de consumo (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros), além de medicamentos a serem utilizados no âmbito domiciliar, os exames clínicos e de imagem já realizados, intercorrências prévias, entre outras necessidades diante da especificidade de cada usuário.<sup>6</sup>

Frente a isso, defende-se a possibilidade do SAD, estar conectado às Unidades Básicas de Saúde (UBS), as instituições hospitalares e de urgência/emergência representam um grande desafio para os profissionais, para o governo, para os serviços de saúde e, de certa forma, até mesmo para o próprio usuário e sua família.<sup>6</sup>

Entre os desafios, os entrevistados evidenciam a

dificuldade de estabelecer vínculos, exercer o diálogo, o número insuficiente de leitos para internação hospitalar, ausência de esclarecimento das funções de cada serviço e também a ausência de articulação entre os serviços. Ou seja, o desafio acaba envolvendo o conhecimento dos critérios que devem ser utilizados para a inserção dos usuários ao SAD AD2 e AD3, bem como, em outros serviços e instituições, e a maneira com que esta articulação é realizada.

Dados semelhantes aos desta pesquisa foram apontados em trabalhos ao afirmar que os serviços ainda são dominados pelos sistemas fragmentados e que se desorganizam a partir de um conjugado de pontos isolados de atenção à saúde.<sup>4,8</sup> Em consequência desta situação, pode-se deduzir que dentro de um sistema onde não há comunicação efetiva entre os integrantes da rede, torna-se incompatível estabelecer-se uma atenção contínua, integrada e interconectada e de qualidade ao usuário, família e comunidade.

Corroborando com os dados advindos desta pesquisa, um estudo realizado em três municípios do estado de Belo Horizonte, apontou que a forma de trabalho em rede deve estar alicerçada na maneira como os setores envolvidos atuam no que é de sua responsabilidade, ou seja, é necessário que cada serviço tenha conhecimento e comprometimento com suas funções dentro da rede e, assim, dizimando a fragmentação e proporcionando a continuidade do cuidado de forma interconectada.<sup>12</sup>

Ao observar as falas das participantes, percebe-se que a dificuldade de articulação pode ser desencadeada pela fragilidade/ausência de conhecimento frente ao amparo do SAD junto às RAS. Corroborando esta ideia, um estudo realizado em uma UPA de uma região brasileira, com a equipe de saúde local, evidencia que a ausência de conhecimento em relação às modalidades de atenção domiciliar, seu funcionamento e organização, além da forma de inserção dos usuários a este serviço, impedem/prejudicam a articulação junto às RAS. Neste sentido, o Art. 4º da Portaria nº 963/13, destaca que o SAD precisa ser estruturado de forma articulada e integrada aos outros componentes e às RAS, a partir dos planos de ação conforme estabelecido pela portaria nº 1.600/11.<sup>7</sup>

Com base no exposto pelos entrevistados, vê-se a necessidade de uma melhor divulgação dos serviços, principalmente do SAD nas modalidades AD2 e AD3, bem como, da forma como esse serviço, o hospital, UBS, urgência e emergência e UPAs, precisam estar articulados, visando a melhor compreensão da dinâmica da RAS. Essa articulação, do SAD AD2 e AD3 também se encontra prevista no Caderno de Atenção Domiciliar que indica a necessidade da interconexão da Atenção Básica, Serviço de Atenção às Urgências e Emergências, UPAS e hospitais.<sup>6</sup>

Neste intuito, as portarias e resoluções governamentais, oferecem um suporte para aprofundar o conhecimento frente à temática das modalidades de atendimento à

domicílio do Sistema Único de Saúde (SUS) e orientam em relação às articuladas às RAS. Assim, ressalta-se o SAD como uma “nova” modalidade de atenção à saúde, com vistas à garantia de continuidade de cuidados e integrados à RAS, onde essa é dependente de uma articulada rede de serviços e uma importante estrutura organizacional.<sup>13</sup>

Alguns participantes apontam que o SAD AD2 e AD3 são capazes de articular-se com outros serviços e instituições de saúde, e que essa articulação auxilia na captação dos usuários. Essa relação pode ser compreendida como um dispositivo de reestruturação produtiva na saúde suplementar. Os usuários que estão inseridos no serviço, dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas. Dados semelhantes encontrados por enfermeiros de Belo Horizonte – Minas Gerais, em um estudo realizado em um Programa de Atenção Domiciliar vinculado a uma Unidade de Pronto Atendimento, pontuam que os serviços de saúde são capazes de interagir em diferentes fluxos, onde uma relação verticalizada não se mostra adequada.<sup>2</sup>

Ainda outros trabalhos evidenciam que por tratar-se do SAD AD2 e AD3, além de ser um serviço articulado, esse, possibilita a reestruturação dos serviços de saúde, visando o melhor atendimento da demanda populacional, com vistas a diminuição dos custos operacionais, o que corresponde a ideia das RAS, que visam uma assistência contínua tanto a nível individual quanto coletivo, no tempo e lugar certo, a custos e qualidade adequados, com objetivo a garantir ao usuário, no seu domicílio, o conjunto de ações e serviços de que necessita.<sup>4,8-10</sup>

A partir dos dados, ponderações de autores e textos legais a respeito do SAD utilizados neste estudo, especialmente, na modalidade de AD2 e AD3, entende-se que para um bom funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nestas modalidades, as práticas oriundas das redes de atenção à saúde, precisam ser melhor organizadas, planejadas e desenvolvidas dentro dos serviços e instituições de saúde, considerando a sua importância, como um dispositivo de reestruturação produtiva na saúde.

Neste contexto, destaca-se ainda a necessidade da interação e a interconexão do SAD com as RAS. Esses princípios se mostram indispensáveis para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e têm grande importância na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis.

## CONCLUSÕES

As inter-relações entre o Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 e as RAS mostraram-se, neste estudo, incipientes, pela fragilidade de conhecimento dos gestores a respeito do funcionamento e da competência de cada serviço. Além disso, aspectos associados a fragmentação e verticalização dos serviços prestados, suscitam verdadeiros obstáculos para a efetivação do trabalho em rede.

Recomenda-se um aprofundamento desta temática para que haja uma sensibilização coletiva sobre o assunto, compreendendo a importância desta discussão pelos benefícios que a mesma pode ser capaz de proporcionar para a vida da população. E ainda, destaca-se que para uma articulação entre AD2 e AD3 com a RAS é essencial o conhecimento legal e benéfico dos membros envolvidos de forma direta ou indireta na interconexão dos serviços de saúde nas mais diversas modalidades oferecidas ao usuário do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. [internet]. 2011 [citado 2014 Nov 05]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html).
2. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(1):111-7.
3. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LMC, Mehry EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(1):166-76.
4. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2011.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF; 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html).
8. Silva JRS. Reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do rio grande: contribuições do enfermeiro [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande; 2013.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(5): 2297-2305.
10. Franco TB, Mehry EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Rev. Ciência & Saúde coletiva.* 2008; 13(5):1511-1520.
11. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil). 2011; 16(6): 2753-62.
12. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. 2013; 17(4): 603-10.
13. Weykamp JM, Siqueira HCH. Cuidados do enfermeiro ao usuário do sistema único de saúde no serviço de atenção domiciliar na modalidade atenção domiciliar 2 e 3 na perspectiva ecossistêmica [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015. 132 p.

Recebido em: 14/07/2017

Revisões requeridas: 04/09/2017

Aprovado em: 11/09/2017

Publicado em: 05/10/2019

**\*Autor Correspondente:**

Juliana Marques Weykamp

Rua Visconde de Ouro Preto, 258

Areal, Rio Grande do Sul, RS, Brasil

E-mail: [julianaweykamp@gmail.com](mailto:julianaweykamp@gmail.com)

Telefone: +55 53 984356354 – 53 32283778

CEP: 96.077-000