



REVISIONES

Modalidades de atención a domicilio del Sistema Único de Salud (SUS) articuladas a las Redes de Atención a la Salud

Modalidades de atendimento à domicilio do Sistema Único de Saúde (SUS) articuladas às Redes de Atenção à saúde

Modalities of Home service of the Unified Health System (SUS) articulated to Health Care Networks

***Weykamp, Juliana Marques **de Siqueira, Hedi Crecencia Heckler
***Cecagno, Diana**

*Enfermera. Alumna de Máster del Programa de Posgraduación en Enfermería FURG. Bolsista CNPQ. E-mail: juweykamp@hotmail.com **Doctora en Enfermería. Miembro líder del GEES. Profesora Emérita de la FURG ***Doctora en Enfermería. Docente del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería/ UFPEL. Pelotas/RS – Miembro del Grupo de Estudio e Investigación Gerenciamiento Ecosistémico en Enfermería Salud (GEES). Brasil.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Atención integral de salud; Cuidado en el hogar

Palavras chave: Sistema Único de Saúde; Assistência integral à saúde; Assistência domiciliar

Keywords: Unified Health System; Comprehensive health care; Home care..

RESUMEN

El **objetivo** es conocer la literatura científica publicada desde 2008 hasta 2014 sobre las redes de atención a la salud y los procedimientos de atención a domicilio del Sistema Único de Salud.

Se trata de una revisión integradora realizada vía on line a través de la Biblioteca Virtual en Salud en la base de datos de la Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), el Banco de Datos de Enfermería (BDEnf) y *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, respetando los aspectos éticos en cuanto a la autoría de artículos. La muestra consistió en 06 artículos científicos completos seleccionados mediante la observación de los criterios de inclusión y exclusión.

Se observó que a pesar de que las Redes de Atención Médica y las modalidades de atención a domicilio del Sistema Único de Salud están adquiriendo gran importancia en el ámbito de la salud, existen pocos artículos publicados relacionados con esta temática.

Se concluye que los servicios implicados en las actividades de salud deben formar una red interdependiente, interrelacionada, utilizando como punto básico la complejidad de las necesidades del

usuario a ser atendido. Se recomienda una profundización en este asunto para lograr una conciencia colectiva sobre el tema. Es preciso comprender la importancia real que la atención a domicilio en conjunción con las redes de atención a la salud es capaz de proporcionar para la vida de las personas, sin embargo, es necesario que los responsables, directa o indirectamente, de la coordinación de los servicios de salud consigan implementarlas en las redes interconectadas

RESUMO

Objetiva-se conhecer a produção científica publicada no período de 2008 à 2014, a respeito das Redes de atenção à saúde e as modalidades de atendimento à domicilio do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de uma revisão integrativa realizada via *online* na Biblioteca Virtual em Saúde na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de dados da Enfermagem (BDEnf) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, respeitando os aspectos éticos em relação as autorias dos artigos. A amostra constituiu-se de 06 artigos científicos completos selecionados observando critérios de inclusão e exclusão.

Observou-se que apesar das Redes de Atenção à Saúde e as modalidades de atendimento à domicilio do Sistema Único de Saúde estarem adquirindo grandes proporções no âmbito da saúde existe um número reduzido de artigos publicados relacionados à temática.

Conclui-se que os serviços que integram as atividades de saúde deveriam constituir uma rede interdependente, inter-relacionada utilizando como ponto básico a complexidade das necessidades do usuário a ser atendido. Recomenda-se um aprofundamento desta temática para que haja uma sensibilização coletiva sobre o assunto. É preciso compreender a real importância que o atendimento à domicilio em articulação com às redes de atenção à saúde é capaz de proporcionar para a vida da população. Entretanto, é necessário que os responsáveis, direta ou indiretamente pela articulação dos serviços de saúde consigam implementá-los em redes inter-relacionadas.

ABSTRACT

The **objective** is to know the scientific literature published from 2008 to 2014 about the health care networks and the procedures for compliance with the domicile of the Unified Health System. It is an integrative review conducted online via the Virtual Library Health in the Latin American database and Caribbean Health Sciences (LILACS), Bank of Nursing data (BDEnf) and *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, respecting the ethical aspects regarding the authorship of articles. The sample consisted of 06 full scientific papers selected by observing the inclusion and exclusion criteria. It was observed that despite the Networks of Health Care and terms of service to the domicile of the Unified Health System are acquiring major in health, there are few published articles related to the topic. It is concluded that the services involved in health activities should form an interdependent network, interrelated using as basic point the complexity of user needs being met. It recommends a deepening of this issue so that there is a collective awareness on the subject. You must understand the real importance of the domicile to the service in conjunction with the health care network is able to provide for people's lives, however, it is necessary that those responsible directly or indirectly for coordination of health services able to implement them in interconnected networks.

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, económicos y tecnológicos de los últimos años ocasionaron y ocasionan transformaciones significativas en los formatos de la organización del trabajo, como también en las modalidades de los servicios prestados a la población, así como en la forma de pensar, hacer y vivir del ser humano, desafiándolo a enfrentar las cuestiones relativas a la vida, al trabajo y al proceso de salud y enfermedad.

La salud necesita ser comprendida de manera amplia, como un bien común y un derecho que precisa asegur el profesional titulado. El ejercicio y la práctica del derecho a la salud necesitan ser considerados como un valor fundamental, tanto por

los individuos, como por el poder público, necesitando, por tanto, de estrategias planeadas para el desarrollo de acciones que resulten en mejora de la calidad de vida individual y colectiva.

En el ámbito brasileño la salud individual y colectiva, la Salud de la población, está reglamentada por el Sistema Único de Salud (SUS) que fue creado e implementado a partir de la Constitución Federal de 1998, con la propuesta de reorganizar el sistema de salud brasileño, cuyo foco principal es el cambio del modelo asistencial. El SUS es considerado uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, siendo el único en garantizar asistencia integral y completamente gratuita para la totalidad de la población⁽¹⁾.

En este sentido, el SUS, con más de dos décadas de existencia, es capaz de trazar políticas públicas y elaborar propuestas innovadoras para la salud, induciendo a una estructuración y consolidación de un sistema público de salud brasileño, señalando el cambio del paradigma centrado en la enfermedad y cura, al preventivo y de promoción, dirigido a las cuestiones de salud de la población de forma integral^(2,3).

El cambio del modelo asistencial tiene como meta la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y, como posibles consecuencias, la reducción del tiempo de ingreso hospitalario, la valorización de nuevos espacios de cuidado y nuevas formas de organización del trabajo⁽⁴⁾. En este interin, la atención domiciliaria es entendida como una de las estrategias que objetivan la disminución de los costos hospitalarios, para la humanización de la atención, para la disminución de riesgos, así como para ampliar los espacios de actuación de los profesionales de salud, de modo especial de la enfermería⁽⁵⁾.

La atención domiciliaria es toda y cualquier atención a domicilio realizada por profesionales que forman parte del equipo de salud. Existe una gran variedad de denominaciones referentes a esta modalidad de atención: atención domiciliaria, acompañamiento domiciliario, vigilancia domiciliaria, visita domiciliaria e inclusive ingreso domiciliario⁽⁶⁾. Esta modalidad se encuentra conectada a la realidad en que vive el usuario y por eso permite realizar una evaluación real de sus necesidades y hace posible vivenciar la experiencia de prestar la asistencia/cuidado en su domicilio, utilizando la propia cama del usuario⁽⁵⁾.

Así, la atención a domicilio es percibida como un abordaje diferenciado del cuidado, reduciendo y/o auxiliando en las demandas en salud, en la calidad del servicio y a superar la incoherencia entre la oferta de servicios y las necesidades de salud de la población, constituyendo un sistema integrado de salud que se basa en la cooperación, integración e interconexión⁽⁷⁾.

La atención a la salud del usuario, en el intento de alcanzar una asistencia que dé cuenta de las reales necesidades de la salud de la población, sufrió transformaciones a lo largo de los años por medio de numerosas propuestas y modelos que fueron experimentados por los servicios e instituciones de salud. Actualmente, la articulación de las prácticas en salud, aliadas a las Redes de Atención a la Salud, representan un elemento benéfico e innovador, una vez que los servicios integrados en las redes de atención a la salud permiten la prestación de una asistencia continua y dinámica para la población con efectividad y eficacia.

Las redes de atención a la salud (RAS) son los conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos en común y por una actividad cooperativa e interdependiente, que posibilita un servicio, un cuidado prestado de forma integrada a toda la población⁽⁸⁾. Según este autor, las RAS se han vuelto una importante estrategia para perfeccionar el funcionamiento político-institucional del SUS, para garantizar al individuo y familia el conjunto de acciones y servicios que necesitan. La articulación de las modalidades de atención a domicilio junto a las RAS representa un elemento benéfico e innovador de esta ordenanza, una vez que los servicios a domicilio integrados a las redes de atención a la salud permiten la prestación de una asistencia continua y dinámica para la población con efectividad y eficacia.

Corroborando esta idea, el primer elemento de las redes de atención a la salud y su razón de ser es la población. Con esto, se entiende que las propuestas desarrolladas en la AD corresponden a un movimiento tendente a estimular la organización de nuevos acuerdos estructurales de atención a la salud con el objetivo de atender a las reales necesidades de la población de forma más integral⁽⁸⁾.

Se entiende que para un buen funcionamiento de la AD, la dinámica de las redes de atención a la salud, y de las modalidades de atención a domicilio del SUS, necesitan estar bien esclarecidas y desarrolladas dentro de los servicios e instituciones de salud, teniendo en cuenta su importancia, como un dispositivo de reestructuración productiva en la salud. Se destaca que, como el usuario forma parte del SUS, él también podrá colaborar y participar en su cuidado junto con el equipo multiprofesional en las prácticas de AD. Las relaciones de este equipo precisan ser establecidas claramente y de forma organizada con la finalidad de resguardar el derecho del usuario al cuidado/asistencia dentro de los principios doctrinales y organizacionales del SUS.

Incluso representando un avance en las modalidades de atención del SUS, beneficiando no solamente a los servicios como el usuario, familia y comunidad, en lo que se refiere a AD, se entiende que, aunque legalmente reconocida e instituida por el SUS, su aplicabilidad todavía se encuentra debilitada por las instituciones y servicios de salud, ya que el modelo hospitalocéntrico aún impregna los servicios y las instituciones de salud, lo que continúa dificultando la implantación de este tipo de modalidad.

Ante lo expuesto, se tiene como pregunta guía: ¿Cuál es la producción científica, en el período de 2008 a 2014, sobre las RASs y las modalidades de atención a domicilio del SUS?

Para atender la pregunta de investigación se listó como objetivo conocer la producción científica publicada en el periodo de 2008 a 2014, respecto de las RASs y las modalidades de atención a domicilio del SUS

METODOLOGÍA

Este estudio es del tipo descriptivo y exploratorio realizado por el método de revisión integral. Este método de investigación, con la intención de reunir, organizar y sintetizar los resultados de investigaciones sobre un determinado tema de forma sistemática, profundizando el conocimiento sobre el mismo, se utiliza en

investigaciones basadas en evidencias, aquí trata sobre las RASs y las modalidades de atención a domicilio del SUS⁽⁸⁾.

Con la finalidad de conocer la producción científica sobre la temática en estudio se realizó la busca vía *online* en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de artículos relacionados con el tema. Se utilizaron como descriptores de ciencia de la salud (DeCS): sistema único de salud, asistencia integral a la salud, asistencia domiciliaria. Como estrategia de busca se realizó la investigación en las bases de datos electrónicas del Centro Latino-Americano y del Caribe de Informaciones en Ciencias de la Salud (LILACS), MEDLINE y Banco de Datos de Enfermería (BDENF). Se estableció como criterios de inclusión artículos publicados en portugués y español, en el periodo de 2008 a 2014, estudios con disponibilidad electrónica gratuita.

Al utilizar el descriptor sistema único de salud se encontraron 25 artículos en la base de datos MEDLINE, en LILACS se identificaron 1.502 artículos y en el BDENF 234 artículos. Al filtrarlos con el descriptor asistencia integral a la salud se obtuvo 01 artículo de MEDLINE, 148 artículos de LILACS y 24 artículos de BDENF. Al adicionar el descriptor asistencia domiciliaria se capturó 01 artículos de MEDLINE, 28 de LILACS y 06 de BDENF, totalizando 35 artículos.

Tras la lectura atenta de los resúmenes de los 35 artículos seleccionados, se excluyeron 29 artículos por contemplar solamente parte de la temática en estudio, resultando en un total de 06 artículos para ser leídos en la íntegra. Tras la lectura de cada artículo se realizó el respectivo informe. Para facilitar el registro de los datos capturados en los artículos se creó un instrumento propio para el lanzamiento de las informaciones encontradas.

En relación a los aspectos éticos fueron observadas y respetadas las autorías de todos los autores de los artículos seleccionados en la BVS. Se respetó la Ley de Derecho Autorial realizándose las debidas referencias, tanto en la transcripción directa como indirecta.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con la finalidad de visualizar mejor los datos encontrados en los 06 artículos leídos en la íntegra, se elaboró un cuadro donde se lanzaron los datos en relación a la distribución de los artículos científicos seleccionados en el periodo de 2008 a 2014, capturados vía *online* según el año de publicación, título del artículo, objetivos, metodología y resumen de las conclusiones.

Cuadro I - Distribución de los datos de los artículos abarcando: identificación del artículo, año de publicación, título artículo, objetivos, metodología y resumen de las conclusiones.

A r t í c u b l i c a c i ó n	Año de publicación	Título	Objetivos	Metodología	Resumen de las conclusiones
1	2013	Organización de las redes de atención a la salud en la perspectiva de profesionales de la atención domiciliaria.	Comprender la organización de la red de atención a la salud en la perspectiva de profesionales que trabajan en la atención domiciliaria.	Descriptivo, exploratorio, Cualitativo, realizado Programa de Atención Domiciliaria vinculado a un Unidad de Pronta Atención en una capital. Participaron de la investigación 07 profesionales de atención domiciliaria. El método de colecta de datos se dio por entrevista y el análisis de los datos se constituyó por el análisis temático	Se concluye que el trabajo desarrollado en el Programa de Atención Domiciliaria tiene interface con otros puntos de la red de atención a la salud, siendo considerado significativo para efectivizar los principios doctrinales del Sistema Único de Salud.
2	2013	Factores asociados a la atención domiciliaria: ayudas a la gestión del cuidado en el ámbito del SUS.	Identificar variables asociadas al tipo de AD de los usuarios en Unidades Básicas de Salud (UBS) seleccionadas de Belo Horizonte.	Investigación de carácter cuantitativo, transversal, descriptivo y analítico. El Lugar de la investigación fue en Unidades Básicas de Belo Horizonte con la participación de 114 usuarios en atención domiciliaria. El	Las variables fundadas en el contexto social, familiar y clínico de los sujetos ayudan al abordaje integral y a la toma de decisión del equipo de salud.

				método de colecta de datos se dio a través de Entrevista, Cuestionario y colecta documental y el análisis de los datos fue por medio del Análisis de regresión logística	
3	20 12	Caracterización de un programa de ingreso domiciliario y cuidados paliativos en el Municipio de Pelotas, Estado de Rio Grande do Sul, Brasil: una contribución a la atención integral a los usuarios con cáncer en el Sistema Único de Salud, SUS.	Describir las características del Programa de Ingreso Domiciliario Interdisciplinar (PIDI) para pacientes oncológicos en el Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas, en el Municipio de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	Estudio Transversal de abordaje Cualitativo, realizado en el Programa de Ingreso Domiciliario Interdisciplinar PIDI de la Universidad Federal de Pelotas (UFPel) teniendo como participantes a los profesionales responsables del Programa de Ingreso Domiciliario (PIDI). El método de colecta de datos se dio por medio de Entrevista y colecta documental con un análisis estadístico descriptivo	Este estudio, además de permitir la divulgación de estrategias exitosas de cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer en situación de terminalidad, también puede ayudar a la implementación de políticas públicas en otros lugares del país.
4	20 10	Atención domiciliaria como cambio del modelo tecnoasistencial.	Analizar prácticas de atención domiciliaria de servicios ambulatoriales y hospitalarios y su	Estudio con abordaje cualitativo, caracterizado por Bibliografía documental,	La atención domiciliaria tiene potencial para constitución de una red sustitutiva al producir nuevos

			<p>constitución como red sustitutiva de cuidado en salud.</p>	<p>realizado en Cuatro servicios ambulatoriales de atención domiciliaria de la Secretaría Municipal de Salud y un servicio de un hospital filantrópico del municipio de Belo Horizonte con los Gestores y equipos de los servicios de atención domiciliaria. La colecta de datos se dio por medio de Entrevista y colecta documental y fue realizado el análisis temático de los datos.</p>	<p>modos de cuidar que atraviesan los proyectos de los usuarios, de los familiares, de la red social y de los trabajadores de la atención domiciliaria. La atención domiciliaria como modalidad sustitutiva de atención a la salud requiere sustentabilidad política, conceptual y operacional, así como reconocimiento de los nuevos acuerdos y articulación de las propuestas en curso.</p>
5	2008	<p>Atención domiciliaria en la salud suplementaria: dispositivo de la reestructuración productiva.</p>	<p>Revelar y analizar el modelo de Programa de Atención Domiciliaria en la salud suplementaria, en el segmento medicina de grupo, teniendo como foco los procesos y tecnologías de trabajo en salud, buscando comprender el modo de producción del cuidado y sus procesos de cambio, que</p>	<p>Estudio con abordaje cualitativo, caracterizado por Bibliografía documental, realizado en Sitios de las operadoras y de la ANS en Internet, home care y Programa de Atención Domiciliaria de Rio de Janeiro con la Coordinación del Programa de Atención Domiciliaria, prestadora de servicios de</p>	<p>El PAD se afirma como un importante dispositivo de reestructuración productiva en la salud suplementaria, configurando así modos diferentes de producir el cuidado.</p>

			caractericen una reestructuración productiva.	home care, la coordinadora de los equipos del Programa de Atención Domiciliaria, los trabajadores que componen el equipo. La colecta de datos ocurrió a través de Entrevista, y colecta documental, y fue utilizada para análisis de discurso.	
6	2008	Las redes de atención a la salud.	Reflexionar acerca de las redes de atención a la salud.	Este estudio se caracteriza por una reflexión.	Se concluye que hay evidencias en la literatura internacional sobre las redes de atención a la salud de que estas redes pueden mejorar la calidad clínica, los resultados sanitarios y satisfacción de los usuarios y reducir los costos de los sistemas de atención a la salud.

Fuente: Datos colectados *online* – Base de datos LILACS, MEDLINE y BDeInf, organizado por las investigadoras.

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis estadístico descriptivo, cuantificándolos conforme la naturaleza de los mismos⁽⁹⁾. Los datos en relación al año de publicación, se puede observar que en el año 2013 se encontraron 2 (33,33%) artículos, 1 (16,66%) artículo en 2012, 1(16,66%) artículo en 2010 y 2 (33,33%) en 2008. Se percibe una mayor producción sobre la temática investigada en el año 2013, sin embargo, no es posible establecer los motivos por los que el índice de estudios en relación a este asunto no alcanzó un número más significativo de publicaciones.

En lo que se refiere a los títulos de los artículos, se observa que 2 (33,33%) se refieren a las RASs, pero solo 1 está asociado a AD, 3 (50%) hablan sobre la atención domiciliaria y no incluyen las RASs y 1 (16,66%) menciona el ingreso domiciliario. Estos datos evidencian que existe una dificultad en asociar las modalidades y presentarlas funcionando en Resdes. Los datos permiten inferir que, tal vez, estas modalidades continúen poco difundidas y ejercidas en la práctica. ¿Serán las

ordenanzas que respaldan la implementación y fortalecen la práctica de las modalidades de atención a domicilio con el vínculo de las RASs poco conocidas en el área de la salud?.

Conforme los objetivos presentes en los artículos, destaca que 2 (33,33%) objetivos presentes en los artículos buscan comprender y reflexionar acerca de las RASs, 2 (33,33%) buscan identificar y analizar cuestiones incluyendo la atención domiciliaria, y 2 (33,33%) describir y analizar el Programa de Ingreso Domiciliario Interdisciplinar (PIDI).

Respecto a la metodología desarrollada en los estudios, se observa que 2 artículos (33,33%) utilizaron el método documental, 1 artículo (16,66%) hizo uso del método descriptivo y exploratorio, 1 artículo (16,66%) basó su investigación en el método descriptivo, analítico y transversal, y solo en 1 artículo (16,66%) se utilizó la reflexión.

Por el hecho de que uno de los artículos se presenta como reflexión, los análisis posteriores se basaron en solo 5 artículos. Al considerar el abordaje utilizado, hay 3 (60%) estudios cualitativos, 1 (20%) cuantitativo y 1 (20%) cuanti-cualitativo. Analizando el lugar de la realización de la investigación se encontraron 2 (40%) en Programas de Ingreso Domiciliario Interdisciplinar (PIDI), 1 (20%) en el PIDI y en una Unidad de Pronta Atención (UPA), 1 (20%) en una Unidad Básica de Salud y 1 (20%) en un Servicio Ambulatorial de Atención domiciliaria y Hospital Filantrópico.

En relación al método utilizado en la colecta de datos, se constata que 3 (60%) utilizaron la técnica de la entrevista y la investigación documental, 1 (20%) solo con entrevista, 1 (20%) con entrevista, cuestionario e investigación documental. Considerando el análisis e interpretación de datos de los 5 trabajos analizados, 2 (40%) utilizaron análisis temático, 1 (20%) se sirvió del análisis de discurso, 1 (20%) del análisis de regresión logística y 1 (20%) análisis estadística descriptiva.

La mayoría de los autores de las 06 investigaciones analizadas, de manera general, a pesar de los avances considerables en el ámbito de la salud, el modelo fragmentado y hospitalocéntrico todavía sucede y se mantiene enraizado en los más diversos servicios de salud. La percepción del modelo biomédico permanece muy fuerte principalmente dentro de los servicios e instituciones de salud, presente en la mayoría de los municipios brasileños^(3,5). Esta prevalencia puede ser explicada debido al propio desconocimiento o hasta incluso la falta de voluntad de muchos profesionales del área de salud en adaptarse al nuevo modelo de atención o hasta incluso sus propias prácticas en salud, no adecuándose a las reales necesidades de salud de la población, y en consecuencia, al nuevo modelo de atención propuesto basado en la promoción y prevención de la salud.

En uno de los artículos, este tipo de situación se hace evidente cuando el autor refiere que observando los sistemas de salud, se observa que ellos aún están dominados por los sistemas fragmentados y que se (des)organizan a partir de un conjunto de puntos de atención a la salud aislados⁽⁶⁾. Así, se entiende que dentro de un sistema donde no hay comunicación entre ellos, resulta incompatible establecer una atención continua y de calidad al individuo, familia y comunidad.

La carencia de recursos disponibles para una planificación de acciones integradas, como también el aspecto cultural de la población y la formación de recursos humanos para la salud, pueden contribuir a la dificultad de implantación/implementación de

acciones en salud innovadoras, que objetiven un cuidado centrado en el usuario y en su integridad. Estudios corroboran con esta idea, cuando indican que todavía existe la prevalencia de un modelo curativo, tanto en los servicios de salud como en las instituciones de enseñanza, representando un desafío frente a la implantación de acciones preventivas, que prioricen al individuo en su totalidad^(10,11,12).

Las acciones en salud que atienden solamente prácticas curativas muestran un retraso, tanto en los modelos de atención existentes en los servicios de salud, como en la metodología de enseñanza utilizada en las academias, pues este pensamiento desprecia al individuo como un todo, no tiene en cuenta a la familia a la que pertenece, ni siquiera el contexto en el que vive y tampoco es considerado en su integridad. Este mirar fragmentado compromete la planificación, el desarrollo y ejecución de las acciones en salud, afectando directamente a la calidad de la asistencia prestada a la población.

En lo que concierne al resumen de las conclusiones de las investigaciones estudiadas se entiende que, de manera general, las modalidades de atención domiciliaria son capaces de articularse con otras redes de atención a la salud, donde la organización de redes regionalizadas e integradas en el SUS depende de perfeccionamiento en la gestión intergubernamental en las regiones de salud para cualificar el pacto de responsabilidades entre las esferas de gobierno. Otro punto también a destacar en algunas conclusiones se refiere a la atención domiciliaria, como un dispositivo de reestructuración productiva en la salud suplementaria.

Con esto, se acredita la necesidad de una mejor divulgación y comprensión de la dinámica de las redes de atención a la salud, así como también de las modalidades de atención a domicilio del SUS, teniendo en cuenta su importancia, como un dispositivo de reestructuración productiva en la salud. En este sentido, las ordenanzas y resoluciones gubernamentales, ofrecen un soporte para profundizar el conocimiento en relación a la temática de las modalidades de atención a domicilio del sistema único de salud (SUS) y orientan en relación a articular las redes de atención a la salud. Así, se corrobora con las conclusiones de los artículos analizados que indican la importancia de nuevos estudios para mejor comprensión y conducta frente a esta temática.

Esta necesidad es legalmente evidenciada a partir del Art. 5º de la ordenanza 2527/11 sugiriendo que la AD necesita ser estructurada en la perspectiva de las RAS. En esta perspectiva, se destaca la atención domiciliaria (AD) como una “nueva” modalidad de atención a la salud, para la garantía de continuidad de cuidados e integrada en las RAS, donde esta es dependiente de una articulada red de servicios y una importante estructura organizacional^(13,14). La AD además de ser un servicio articulado, propicia la reestructuración de los servicios de salud, procurando la mejor atención de la demanda poblacional, con miras a la disminución de los costos operativos, lo que corrobora con la idea de las RASs que miran por una asistencia continua tanto a nivel individual como colectivo, en el tiempo y lugar ciertos, a costos y calidad adecuados, con miras a garantizar al usuario, en su domicilio, el conjunto de acciones y servicios que necesita⁽¹⁵⁾.

Se percibe que la preocupación central de todos los artículos analizados es la población, el usuario, su familia y sociedad. En este sentido, Mendes destaca que el primer elemento de las redes de atención a la salud y su razón de ser es la población. Corroborando esta idea, autores refuerzan que la AD involucra todos los puntos de

atención a la salud y dirige sus esfuerzos de cambio para la organización de los servicios de salud con el foco central en el usuario⁽⁸⁾. Así, se entiende que los beneficios derivados de la AD, asociada a las RASS, son amplios pues este tipo de asistencia posibilita la visión relacional del individuo, familia y comunidad, refuerza e incentiva las interrelaciones con los distintos elementos de la red de cuidados en salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación brindó la oportunidad de expandir el conocimiento acerca de la producción científica relacionada con las redes de atención a la salud juntamente con las modalidades de atención a domicilio del SUS, propiciando una profundización de informaciones sobre este asunto, mientras instrumentaliza a los profesionales de la salud frente a esta nueva forma articulada de trabajo. Se ve en la atención domiciliar un movimiento tendente a estimular la organización de nuevos acuerdos estructurales de atención a la salud con el objetivo de atender a las necesidades de la población de forma más integral, sin excluir la importancia que la familia representa para el usuario.

Resaltar que los servicios que integran las actividades de salud deberían constituir una red interdependiente, interrelacionada utilizando como punto básico la complejidad de las necesidades del usuario a ser atendido en el ambiente extramuros hospitalario o sea en la familia.

Se recomienda profundizar en esta temática para que haya una sensibilización colectiva sobre el asunto, comprendiendo la real importancia de esta discusión por los beneficios que la misma puede ser capaz de proporcionar para la vida de la población. Sin embargo, destacar que este gran cambio precisa ser más conocido, enfocado e implantado por los responsables directa o indirectamente de la articulación de los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Assistência à Saúde. O Sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. [Internet]. 2006 [citado 2014 Abr 17]. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-2006-10-19-2529>.
3. 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.
4. Silva KL et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2005; 39(3).
5. Silva JRS. Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações: um olhar da enfermagem [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.
6. Ministério da Saúde (BR). Manual de Assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Organizado por Lopes JMC. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre; 2003.
7. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2011.

8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev. Med Minas Gerais; 2008.
9. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
10. Rosa, WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005; 13(6):1027-34.
11. Kerber NPDC. A atenção domiciliar e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
12. Backes et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Rev. Ciência & Saúde coletiva. 2009; 14(3):903-10.
13. Franco TB, Mehry EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Rev. Ciência & Saúde coletiva. 2008; 13(5):1511-20.
14. 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.
15. Andrade AM, Brito MJM, 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):111-17.

Recibido: 10 de junio 2015; Aceptado: 26 de julio 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia