ReGeo ISSN: 2177-3246

O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR COMO "NÓ EDUCADOR": PERSPECTIVAS PARA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO E DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO

HOME CARE SERVICE AS AN "EDUCATIONAL NODE": PERSPECTIVES FOR WORK QUALIFICATION AND KNOWLEDGE DISSEMINATION

EL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA COMO "NÓ EDUCADOR": PERSPECTIVAS PARA CALIFICACIÓN DEL TRABAJO Y DISEMINACIÓN DEL CONOCIMIENTO

https://doi.org/10.56238/revgeov17n7-179

Data de submissão: 22/06/2026 **Data de publicação:** 22/07/2026

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: edmundogusttavo@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/5769633860559190

Karla Rona da Silva
Doutora em Biomedicina
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: karlarona0801@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2694344145688264

Denise Valadão da Silveira Souza
Mestra em Gestão de Serviços de Saúde
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: denise.valadao@pbh.gov.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/9966579958169409

RESUMO

A fragmentação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é frequentemente sustentada pelo desconhecimento mútuo entre os serviços e pela sobrecarga laboral que impede a formação contínua dos profissionais. Este artigo analisa o potencial do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) não apenas como prestador de assistência, mas como um "nó educador" capaz de qualificar a rede por meio do matriciamento e de dispositivos de cogestão. A pesquisa, de abordagem qualitativa, fundamentou-se em 25 entrevistas com gestores que atuam em diferentes níveis de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os resultados indicam que o desconhecimento institucional sobre os fluxos do SAD atua como barreira de acesso e que a transformação do serviço em uma instância pedagógica é um caminho viável para superar a cultura de fragmentação, qualificar o cuidado ofertado, fortalecer a integração entre os serviços da RAS e, consequentemente, otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Gestão em Saúde. Educação Permanente em Saúde. Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The fragmentation of Health Care Networks (HCN) is often sustained by mutual ignorance between services and work overload that prevents continuous professional training. This article analyzes the

potential of the Home Care Service (SAD) not only as a service provider but as an “educational node” capable of qualifying the network through matrix support and co-management devices. The research, with a qualitative approach, was based on 25 interviews with managers working at different management levels in the Municipal Health Department of Belo Horizonte. The results indicate that institutional ignorance about SAD flows acts as a barrier to access and that the transformation of the service into a pedagogical instance is a viable path to overcome the culture of fragmentation, qualify the care offered, strengthen integration between HCN services and, consequently, optimize the use of available resources.

Keywords: Home Care Assistance. Health Management. Continuing Education in Health. Health Care Networks.

RESUMEN

La fragmentación de las Redes de Atención a la Salud (RAS) frecuentemente se sustenta en el desconocimiento mutuo entre los servicios y la sobrecarga laboral que impide la formación continua de los profesionales. Este artículo analiza el potencial del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) no solo como prestador de asistencia, sino como un “nó educador” capaz de calificar la red a través del apoyo matricial y dispositivos de cogestión. La investigación, con enfoque cualitativo, se basó en 25 entrevistas con gestores que actúan en diferentes niveles de gestión en la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte. Los resultados indican que el desconocimiento institucional sobre los flujos del SAD actúa como barrera de acceso y que la transformación del servicio en una instancia pedagógica es un camino viable para superar la cultura de fragmentación, calificar la atención ofrecida, fortalecer la integración entre los servicios de la RAS y, consecuentemente, optimizar la utilización de los recursos disponibles.

Palabras clave: Asistencia Domiciliaria. Gestión en Salud. Educación Permanente en Salud. Redes de Atención a la Salud.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) desponta na saúde pública brasileira como uma modalidade inovadora que visa cuidados humanizados e integrais no domicílio, reduzindo custos hospitalares e evitando internações desnecessárias. Entretanto, para que a AD alcance seu potencial, é fundamental sua integração com os demais elementos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a continuidade do cuidado e otimizando recursos (MENDES, 2011; BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

A Atenção Domiciliar (AD) integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e compreende ações de prevenção, tratamento, reabilitação, paliação e promoção da saúde desenvolvidas no domicílio, em articulação com outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016). Apesar dos avanços e da consolidação do Programa Melhor em Casa (PMeC), desafios como a fragmentação do cuidado e o desconhecimento entre os níveis de atenção persistem na prática cotidiana (RAJÃO; MARTINS, 2020).

A atualização normativa mais recente do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa reforça seu papel como componente estratégico da rede, voltado à redução de internações hospitalares desnecessárias, à desinstitucionalização e à qualificação da continuidade do cuidado (BRASIL, 2024). A abordagem desta temática é uma oportunidade para subsidiar o planejamento e a implementação de ações que fortaleçam a integração da AD com os demais serviços, reconhecendo a gestão como o eixo estruturante da sustentabilidade do sistema (MENDES, 2012).

A Atenção Domiciliar organiza-se como um serviço complementar ou substitutivo à internação hospitalar, alinhando-se aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. O sucesso deste modelo, todavia, depende da articulação entre hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de urgência, garantindo que o cuidado transite de forma segura entre os níveis (BRASIL, 2016b).

A gestão em saúde pública, compreendida como um eixo estruturante das RAS, enfrenta o desafio de superar o modelo biomédico centrado no diagnóstico em direção a práticas que promovam a articulação e o protagonismo do usuário. Sob a ótica da micropolítica do trabalho em saúde, a gestão deve reconhecer que a qualidade do cuidado é definida pela potência do "trabalho vivo em ato", caracterizado pelo encontro criativo entre profissional e usuário no território. Assim, a potência do encontro, frequentemente, supera as padronizações dos protocolos estruturados no "trabalho morto" (MERHY *et al.*, 2019; CARDOSO, 2021).

A intersetorialidade, neste contexto, emerge como um pilar essencial para a integralidade, exigindo a cooperação sistêmica. A Política Nacional de Humanização (PNH) oferece o suporte

normativo para que os serviços operem não de forma isolada, mas em redes colaborativas baseadas na corresponsabilidade, na educação permanente e na cogestão (BRASIL, 2010).

Mendes (2010; 2019) afirma que a estrutura operacional das RAS se compõe de cinco componentes: "o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde."

A partir dessa concepção, pode-se dizer que os três primeiros componentes correspondem aos "Nós" das redes. O quarto, às ligações que comunicam os diferentes Nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010).

O conceito de RAS surgiu como resposta à crescente complexidade dos sistemas de saúde e à necessidade de lidar com as doenças crônicas e as transições demográficas. Seu marco inicial remonta ao Relatório Dawson (1920), que preconizava a integração de serviços de saúde com base na centralidade da atenção primária (MENDES, 2011).

Nesse contexto surge a questão norteadora: como os profissionais que atuam na gestão, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), percebem o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD-BH) e sua relação com os demais elementos da RAS do município? Serão considerados os desafios de gestão do SAD em nível municipal, aprofundando a discussão sobre a comunicação entre os serviços e os processos de transição do cuidado na RAS.

2 METODOLOGIA

O estudo adota uma abordagem qualitativa descritiva, configurando-se como um estudo de caso. Esta escolha metodológica justifica-se pelo interesse em investigar elementos presentes nas interações sociais e compreender o contexto em que se insere a pesquisa sob a perspectiva dos atores envolvidos, valorizando o caráter representativo e o enfoque no espaço de inserção do sujeito (GOMES, 2014; YIN, 2005).

O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) é o objeto de análise deste estudo. O Serviço é composto por uma Coordenação, responsável pelo desenvolvimento de ações no âmbito da gestão e pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) responsáveis pelas ações assistenciais (SOUZA *et al.*, 2024).

Belo Horizonte possui 32 equipes, sendo: 24 EMADs, integradas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e fisioterapeutas; e 8 EMAPs, compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogo (Belo Horizonte, 2023; Souza *et al.*, 2024)

A definição da amostragem ocorreu por meio de método não probabilístico, utilizando a técnica de “bola de neve” (*snowball*). Este método baseia-se em cadeias de referência, sendo especialmente adequado para alcançar grupos de difícil acesso, como profissionais estratégicos na gestão. A técnica permitiu a construção de relações de confiança entre pesquisador e participantes, aspecto essencial para a obtenção de informações detalhadas (VINUTO, 2014; RODRIGUES; OLIVEIRA; SANTOS, 2021).

A coleta de dados envolveu entrevistas online, realizadas individualmente, direcionadas por meio de um roteiro semiestruturado. A amostra foi definida por meio da saturação teórica, ponto em que a coleta não gera informações novas. A partir dessa perspectiva foram realizadas 25 entrevistas, estabelecendo o encerramento do recrutamento de novos participantes e garantindo a robustez dos achados (MINAYO, 2017).

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo operacionalizada em três etapas: a pré-análise, com leitura flutuante e definição do *corpus*; a exploração do material, com categorização mista (temas previstos e emergentes); e o tratamento dos resultados e inferência, visando compreender os sentidos latentes atribuídos pelos entrevistados à governança do serviço e suas relações com a RAS (FRANCO, 2008).

Conforme as diretrizes estabelecidas, houve a solicitação do Termo de Anuência Institucional (TAI) à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Após o parecer favorável e emissão do TAI procedeu-se com a submissão do projeto aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da SMSA- BH.

A coleta de dados foi iniciada após as aprovações pelo CEP da UFMG (CAAE: 81649924.1.0000.5149 – Número do Parecer: 7.222.343) e pelo CEP da SMSA-BH (CAAE: 81649924.1.3001.5140 – Número do Parecer: 7.374.337), de forma a atender às exigências e recomendações previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O DESCONHECIMENTO INSTITUCIONAL COMO BARREIRA DE INTEGRAÇÃO

No campo da AD, o cuidado se estende para além dos aspectos clínicos, incluindo as condições sociais do domicílio, a capacidade da família de prestar cuidados, a sobrecarga do cuidador e os fatores de risco presentes no ambiente. Assim, é imprescindível o conhecimento técnico, ético e legal da equipe multiprofissional, visando garantir a segurança do paciente, dos cuidadores e dos profissionais (BELO HORIZONTE, 2023).

A intersetorialidade é compreendida como uma ferramenta para o planejamento, a execução e a avaliação de políticas públicas. Ela permite a integração de diferentes setores em ações coletivas, orientadas por princípios de gestão compartilhada, horizontalidade e participação social. Sua aplicação visa à redução das iniquidades e à efetividade das ações, adaptando-se às especificidades de cada território (CARVALHO *et al.*, 2024).

A literatura destaca diferentes níveis de intensidade na aplicação da intersetorialidade. Em sua forma mais robusta, ou "alta intensidade", há compartilhamento de decisões, planejamento, monitoramento e orçamento entre os setores envolvidos. Já na "baixa intensidade", a articulação é pontual e restrita a determinadas etapas do processo, com pouca efetividade na transformação da prática (BESERRA, 2024).

O desconhecimento por parte de alguns gestores sobre seu funcionamento, a baixa institucionalização das práticas e a resistência de setores que operam com lógicas próprias e isoladas caracterizam este cenário (SILVA *et al.*, 2024; ZOLIN; MACHADO; NASCIMENTO, 2024).

A partir desta perspectiva pode-se dizer que o desconhecimento sobre os fluxos e critérios do serviço não é apenas uma falha técnica, mas um sintoma agudo de um sistema fragmentado. A falta de conhecimento compromete a intersetorialidade e a continuidade do cuidado, pois impede que a Atenção Primária e a rede de urgência identifiquem corretamente o potencial do serviço como dispositivo de desospitalização (MENDES, 2011).

> Há desconhecimento institucional sobre o SAD [...] inclusive entre gestores [...] é necessário divulgar mais o serviço dentro da própria rede [Entrevistado P13].

Essa barreira é agravada pela intensidade da rotina vivenciada pelos profissionais, que, em meio à precarização estrutural, sacrificam o "trabalho vivo" (reuniões, discussões de caso, matriciamento) em favor do atendimento imediato. O desconhecimento, portanto, também funciona como uma fronteira invisível que protege os serviços da complexidade advinda do cuidado compartilhado (MERHY *et al.*, 2019).

O trecho mencionado pelo Entrevistado P24 revela que o desconhecimento entre os profissionais pode ter outros fatores associados: "A gente precisa parar, escutar, conversar, e aproximar […] muitos aqui nem sabem o nome dos profissionais do SAD […] e isso não é por má vontade, é pela rotina pesada."

O fato apresentado é de grande relevância para o entendimento da realidade, para análise do cenário e identificação de oportunidades para melhores intervenções. A "rotina pesada" revela-se como um aspecto preocupante, não apenas com influência sobre o (des)conhecimento de ofertas e serviços,

mas como elemento de impacto na saúde do trabalhador que pode gerar consequências graves, como burnout e outros agravos danosos a estes indivíduos.

O trecho a seguir revela que a falta de conhecimento sobre os fluxos corretos pode levar a uma demanda espontânea pelo serviço, o que sinaliza uma falha na comunicação da rede (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

> É uma boa relação entre os serviços […] mas nem todos conhecem o SAD […] profissionais e usuários ainda se perguntam o que é isso [Entrevistado P7].

A afirmação do Entrevistado P7 traz um novo elemento à essa discussão, a inclusão dos usuários nesta perspectiva. O fato de profissionais e usuários "não conhecerem" o serviço revela-se uma barreira de acesso à população. Além de limitar o potencial de atuação da RAS, impede que outras modalidades de cuidado sejam ofertadas, em determinadas condições. Essa dificuldade de articulação é um fenômeno nacional, há estudos que apontam a necessidade de maior protagonismo da atenção primária e melhor definição dos fluxos entre os serviços (RAJÃO, MARTINS, 2020).

Os resultados deste estudo evidenciam que, além das ações de educação permanente e educação em saúde, são necessárias iniciativas que fortaleçam o controle social. Um movimento que ressalte a sua importância para a criação e manutenção do SUS.

Sugere-se a promoção de atividades que envolvam a formação de conselheiros e o fortalecimento dos espaços e representações locais, regionais e nacionais. Um outro investimento com grande potencial de alcance e que contribuiria para mitigar o desconhecimento do SAD-BH, seria a criação de materiais informativos para divulgação do Serviço – produções direcionadas à população e aos profissionais.

3.2 O "NÓ EDUCADOR" E O AGENCIAMENTO DO MATRICIAMENTO

Uma proposta inovadora que emerge das falas dos gestores é a atuação do serviço como um agente de qualificação técnica para a rede, superando a lógica de apenas atuar como "recebedor de encaminhamentos". A ideia de que o serviço pode assumir uma função de apoio pedagógico transforma a relação entre os pontos da RAS, de uma lógica linear para uma lógica de "construção de saberes compartilhados" (BRASIL, 2015).

> Avançar numa lógica de apoio matricial [...] SAD pode contribuir com a APS, inclusive com formação e capacitação, por exemplo, em quadros respiratórios [Entrevistado P11].

Ao ser posicionado como um “nó educador”, o serviço potencializa a capacidade resolutiva de toda a rede no cuidado às condições crônicas. Esta lógica de apoio matricial exige que a gestão municipal institucionalize espaços de trocas e utilize ferramentas pedagógicas informativas não apenas como cartilhas, mas como dispositivos dinâmicos de educação permanente e cogestão, alinhados à Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010; MENDES, 2012).

Ao compartilhar conhecimento especializado com a APS, o SAD-BH fortalece o componente que é designado como o centro de comunicação e coordenador do cuidado na RAS (Mendes, 2011). Essa lógica de apoio matricial tensiona positivamente os núcleos de saber de cada profissão, produzindo novas respostas a partir da complexidade dos problemas dos usuários e aumentando a capacidade resolutiva de toda a rede no cuidado às condições crônicas

A proposta de um “apoio técnico-pedagógico” representa a estratégia de integração mais sofisticada identificada no estudo. Ela posiciona o SAD-BH não apenas como um prestador de serviços, mas como um agente qualificador da rede.

As sugestões para “criar protocolos mais claros”, “mapear processos” e “centralizar a regulação” são um claro apelo por um “trabalho morto” mais robusto e confiável, que ofereça segurança e previsibilidade à rede. Acredita-se que tais medidas respaldem, normatizem e direcionem as condutas exercidas pelos profissionais do serviço.

Em paralelo, e com igual ênfase, as propostas para “retomar as rodas de conversa”, “conhecer a cara do profissional” e “participar dos huddles” representam um investimento direto na potência do “trabalho vivo”. Essa perspectiva reconhece que nenhuma estrutura formal funciona sem relações de confiança e colaboração.

O conjunto das recomendações não privilegia um polo em detrimento do outro. Pelo contrário, ele revela a compreensão intuitiva de que o fortalecimento da RAS não virá de uma única solução, mas do equilíbrio dinâmico e da sinergia entre essas duas dimensões do trabalho. A superação da fragmentação, na visão dos próprios atores da rede, passa por uma gestão que saiba, simultaneamente, estruturar e dar vida, normatizar e fomentar encontros, controlar e confiar

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação da cultura organizacional do sistema de saúde passa, necessariamente, por investimentos em processos formativos que aproximem os atores da rede. A transição de um modelo de cuidado fragmentado para uma atuação integrada exige que a gestão municipal institucionalize o matriciamento e reconheça o valor da educação permanente como pilar inegociável da governança.

A (re)construção da rede de cuidado é um processo contínuo de aprendizagem coletiva que deve permear toda a estrutura assistencial, visando sempre a produção de saúde e a autonomia dos sujeitos envolvidos, superando a fragmentação por meio de práticas de gestão democráticas e pedagogicamente integradas. Considera-se importante o investimento em iniciativas que reafirmem a cogestão, manutenção dos espaços coletivos e a prática de ações educativas/formativas para gestores, trabalhadores e usuários.

REFERÊNCIAS

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde Em Debate**, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar.** Belo Horizonte: PBH, 2023.

BESERRA, I. K. da N.. **Os desafios de implementação da intersetorialidade no enfrentamento às emergências em saúde pública no Brasil.** Desafios – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, v. 11, n. 6, dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Revisão da Portaria MS/GM nº 687**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.005**, de 2 de janeiro de 2024 que altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União. 2024 jan 5;162(4):56-59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825**, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. 2016 abr 26;153(78):33-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do Paciente no Domicílio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

CARDOSO, F. M. C. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 20, e021013, 2021.

CARVALHO, Raema Neves Cotrim *et al.* **Gestão em saúde em um município da região nordeste brasileira: um olhar para a intersetorialidade.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 7, n. 15, 2024. Doi: https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1461.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, jun. 2010.

MENDES, E V. **Os desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Em Debate**, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, 2019.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2020.

ROCHA, S. F. S.; PEREIRA, F. B. Políticas públicas e envelhecimento: perspectiva da intersetorialidade. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 5, n. 4, 2024.

RODRIGUES, T. D. F. F.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, J. A. As pesquisas qualitativas e quantitativas. **Revista Prisma**, v. 2, n. 1, p. 27-43, 2021.

SOUZA, D. V. S.; SOARES, C. S.; ARAÚJO, E. G. C. de; OLIVEIRA, M. G. de. **As estratégias para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: fortalecimento e integração da Rede de Atenção à Saúde com ênfase no cuidado.** In: SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 4, 2024, Belo Horizonte. Anais […]. Belo Horizonte: UFMG, 2024. p. 1-15.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZOLIN, K. P.; MACHADO, M. P. M.; NASCIMENTO, D. D. G. do. **O trabalho das equipes de consultório na rua na perspectiva da intersetorialidade.** Contribuciones a las ciencias sociales, v. 17, n. 9, p. 1-25, 2024. Doi: https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-065.