



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOÃO BATISTA DE SOUSA ANDRADE

**TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO: REFLEXÕES DE
UM SANITARISTA EM FORMAÇÃO ACERCA DA
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO DISTRITO FEDERAL,
A PARTIR DA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE.**

Brasília - DF.

2022

JOÃO BATISTA DE SOUSA ANDRADE

**TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO: REFLEXÕES DE
UM SANITARISTA EM FORMAÇÃO ACERCA DA
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO DISTRITO FEDERAL,
A PARTIR DA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a. Dr^a Claudia Mara Pedrosa.

Co-orientador: Me. Fabrício Vieira Cavalcante.

Brasília - DF.

2022

JOÃO BATISTA DE SOUSA ANDRADE

**TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO: REFLEXÕES DE
UM SANITARISTA EM FORMAÇÃO ACERCA DA
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO DISTRITO FEDERAL,
A PARTIR DA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Titulação, Nome completo

Orientador (a)

Titulação, Nome completo

Membro

Titulação, Nome completo Membro

Aprovado em:

AGRADECIMENTOS

A Deus que determina os nossos caminhos.

As minhas irmãs, que nunca entenderam o que eu estava fazendo, mesmo assim sempre me apoiaram.

À minha orientadora, que me preparou, com serenidade, sabedoria e empatia, mostrando um caminho de aprendizagem com orientações para desenrolar esse trabalho.

O meu co-orientador, que desatou nós críticos na minha mente, com muita empatia, mostrou vários caminhos possíveis para desenrolar esse trabalho.

Aos professores do DSC que tanto contribuíram para a minha formação acadêmica e profissional a todos possuo muita admiração.

Aos Técnicos Administrativos do DSC todos que passaram pelo departamento possuo muita admiração, pois são profissionais incríveis e contribuíram para a formação acadêmica de todos os alunos.

Aos colegas da graduação em Saúde Coletiva com quem tive a oportunidade de aprender e compartilhar momentos de alegrias e ansiedade.

À UnB, por ser parte dessa caminhada que sempre foi um sonho ser formado no ensino superior público, pela oportunidade da experiência universitária.

Aos servidores da SES/DF, por compartilharem no meu cotidiano seus conhecimentos e saberes.

“Um inseto cava sem alarme, perfurando a terra sem achar escape”.

Drummond de Andrade.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e para que o usuário seja atendido de forma equânime dentro desse serviço é necessário que os profissionais de saúde considerem as necessidades de saúde dos indivíduos e as singularidades do território. Para os usuários, com quadros de saúde complexos, e que demandam deslocamento físico para continuidade do seu cuidado em outros serviços dentro da Rede de Atenção em Saúde (RAS) o Transporte Sanitário Eletivo surge como uma tecnologia que visa a garantia da atenção e do efetivo processo terapêutico do usuário na rede. O objetivo do presente trabalho foi refletir sobre a importância do Transporte Sanitário Eletivo para integralidade do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região de Saúde Centro Sul, a partir de um Relato de Experiência de um sanitarista em formação atuando como Agente Comunitário de Saúde. As experiências de cuidado no território da Atenção Primária à Saúde possibilitaram, a partir da prática do acolhimento e de visitas domiciliares, uma imersão no universo das demandas em saúde que dialogavam com a importância da oferta do transporte sanitário eletivo, demonstrando o quanto sua implementação pode favorecer arranjos familiares para o cuidado e a promoção da equidade. Compreender nas narrativas, quais foram as condições e necessidades de saúde apontadas pelos usuários, que demandam arranjos com o uso do TSE para sobrepor as barreiras de acesso, possibilitou problematizar e compreender a integralidade, a coordenação e a continuidade do cuidado na RAS e explicitou a importância da presença do sanitarista, atuando no planejamento em saúde, para efetivar o TSE

Palavras-chave: Integralidade do cuidado, Transporte Sanitário Eletivo, Atenção Primária à Saúde, Continuidade do Cuidado, Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the gateway to the Unified Health System (SUS) and for the user to be treated equitably within this service, it is necessary for health professionals to analyze the health-disease process of this individual, based on both the pathophysiology of the disease and its social determinants of health. Some cases treated by health professionals in PHC need continuity of care in other services within the Health Care Network (RAS) and Elective Sanitary Transport as a technology that aims to guarantee the continuity of care enables the therapeutic process of the patient to be used within the network is effective. With that, the objective of the work is to describe the importance of this technology for the displacement in the Health Care from the experience of a sanitarian in training acting as a Community Health Agent. In this report, the dimensions of health care are discussed in the light of the principles and guidelines of the SUS and in the theoretical framework about Elective Sanitary Transport.

Keywords: Integrality of care, Elective Sanitary Transport, Primary Health Care, Continuity of Care, Health Care.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AE - Atenção Especializada

AD - Atenção Domiciliar

APS - Atenção Primária à Saúde

CF - Constituição Federal

CAPS – Centro Atenção à Saúde Mental

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HUB - Hospital Universitário de Brasília

MS - Ministério da Saúde

NRAD - Núcleo de Atenção Domiciliar

RAS- Rede de Atenção à Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SES/DF- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

TS - Transporte Sanitário

TSE - Transporte Sanitário Eletivo

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	14
2. MÉTODO	15
3. RESULTADOS	16
Capítulo	Erro! Indicador não definido.
3. 1 Transporte Sanitário Eletivo	Erro! Indicador não definido.
3. 1. 2 Responsabilidade de organizar financiar o Transporte Sanitário	17
3. 1. 3 Transporte Sanitário no Distrito Federal	18
3.1.3 Experiências de Cuidado no território da Atenção Primária à Saúde.	18
3. 1. 4 Acolhimento e visitas domiciliar - um mergulho no universo das demandas em saúde e do cuidado familiar	19
3. 1. 5 Dimensão organização do cuidado: questões sociais e os desafios para as mulheres cuidadoras.	21
3.4 Atenção Domiciliar	23
3. 5 ACS como experiência para um futuro Sanitarista.	Erro! Indicador não definido.
4. DISCUSSÃO	25
4. 1. O Transporte Sanitário Eletivo como estratégia para a integralidade do cuidado na RAS.	25
4. 1. O Sanitarista no planejamento do TSE	Erro! Indicador não definido.
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
6. REFERÊNCIAS	29

1.INTRODUÇÃO

A saúde é um fenômeno social inerente às interações humanas nos seus contextos de existência territorial, social e temporal. Por isso é imprescindível uma compreensão dos contextos que vivem os usuários dos Serviços de Saúde (BUSS, 2007). Entende-se que na Atenção Básica (AB) é preciso que exista uma relação entre os profissionais de saúde e o território para compreender de maneira eficiente o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHIMITH, et al 2011).

Nessa continuidade territorial, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das agendas prioritárias do Ministério da Saúde, é descentralizada e possui presença nos territórios, é porta preferencial de entrada da Rede Atenção à Saúde (RAS), ou seja, é um componente da atenção à saúde para interligar os níveis de atenção, sendo ponto de comunicação (coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede) e para uma assistência de qualidade à população (BRASIL,2012). Ainda nessa compreensão a APS para sua consolidação tem como sua estratégia prioritária a Estratégia Saúde da Família (ESF), essa irá articular suas ações integradas com demais serviços do território.

Por sua vez, a RAS é organizada através de pontos de atenção à saúde, nesse sentido existem locais onde são ofertados ações e serviços de saúde, que necessitam de diferentes densidades tecnológicas, e ações de trabalho de diferentes agentes, um dos seus componentes operacional é a atenção, primária, secundária e terciária, as ações são integradas através de sistemas técnicos, logísticos e de gestão visando sempre a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Por isso, é necessário que exista uma maneira que torne possível o acesso do usuário a toda RAS, para continuidade e a integralidade da atenção à saúde. Ainda que os locais das interações do cuidado sejam diferentes, as ações e serviços de saúde devem ser prestados, ou seja, a coordenação pela APS deve integrar os cuidados, para se obter um objetivo comum, assim atender as miríades de necessidades dos usuários (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). Entretanto, existem diversas barreiras que dificultam o acesso ao cuidado, na maioria das vezes decorrentes da situação financeira, diminuição da funcionalidade física e distância entre o domicílio do paciente e o serviço de saúde. (TRAVASSOS, 2012). Nesse sentido, o deslocamento ao serviço e as condições financeiras apresentadas como necessidades de saúde são barreiras ao acesso e à continuidade ao cuidado à saúde. Por isso é imprescindível políticas públicas voltadas para que possa garantir o acesso aos serviços de saúde.

Dessa maneira, para minimizar a potencialidade dessas barreiras pode ser utilizado o Transporte Sanitário Eletivo (TSE) como estratégia para garantir o direito à saúde. O TSE trata-se de uma tecnologia para deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de condição eletiva, regulados e agendados, sem urgência, em situações programadas, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação (BRASIL, 2017 e CIT, 2017). Esse transporte foi advindo de um consenso pactuado entre Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Haja vista que o presente trabalho emerge da profissional do autor no papel de Agente Comunitário de Saúde (ACS) integrante da equipe Estratégia Saúde Família (ESF), das inquietações pessoais e reflexões teóricas e práticas de um graduando em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília. Nessa situação, relacional, do ponto de vista do sujeito reflexivo durante suas vivências no seu território de trabalho e no acolhimento da sua equipe ESF. Com isso, tem-se como objetivo descrever a importância do Transporte Sanitário Eletivo para integralidade do cuidado no contexto da Atenção Primária à saúde do Distrito Federal, na Região de Saúde Centro Sul, a partir de um Relato de Experiência.

2. MÉTODO

Esse trabalho trata-se de um estudo exploratório (GIL,1999), descritivo e qualitativo, tipo relato de experiência (MINAYO, 2014). O estudo surgiu da necessidade de integrar abordagens teórico-metodológicas à prática sanitária a partir da perspectiva da experiência como Agente Comunitário de Saúde(ACS). Dessa maneira, julgou-se apropriado a descrição de uma experiência que integra conhecimentos teóricos e práticos de uma aprendizagem adquirida nos componentes de formação no contexto do planejamento em saúde. Os dados e observações do campo foram registradas em um diário de campo do qual conteve reflexões a partir dos relatos dos usuários no acolhimento e nas visitas domiciliares. O diário de campo ajuda o pesquisador na interpretação da prática discursiva, das vivências e saberes não institucionais, assim dando ressignificações dos sentidos do cotidiano, com reflexões posteriores (FREITAS e PEREIRA, 2018).

Para compreender o contexto do estudo buscou-se identificar as necessidades do território da Unidade Básica de Saúde localizada no Riacho Fundo II, no contexto da Região de Saúde Centro Sul do Distrito Federal. Foi realizado um levantamento de todos os serviços existentes na região de saúde assim como os serviços de referências e

contra referências e suas respectivas distâncias. Além, do levantamento das demandas existentes do Transporte Sanitário Eletivo no DF, pela legislação existente no âmbito federal e distrital, recomendações e manuais.

A minha convocação pela SES/DF para atuar como ACS, aconteceu em 21 de outubro de 2021 consta no DODF nº198. A quantidade de diários de campo foram três, contendo anotações de fragmentos de conversas, as demandas dos usuários e reflexões posteriores referente às situações do cotidiano no acolhimento e nas visitas domiciliares. O início das anotações começaram a partir do primeiro dia no acolhimento que aconteceu no dia 26 de novembro de 2021 e terminaram para o uso neste estudo no dia 28 de julho de 2022. As quantidades de visitas domiciliares foram 160, momentos no acolhimento foram 68. As visitas domiciliares registradas no diário de campo usadas para no estudo são narrativas das cuidadoras e um homem deficiente, onde as famílias que tinham experiências de episódios de longa duração de doença, com demanda de atendimento na Atenção Domiciliar e de Transporte Sanitário, eram de usuários com idade entre 18 e 58 anos, sendo quatro homens e duas mulheres, ilustram as dificuldades para a organização do cuidado. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo das reflexões anotadas no diário de campo e da Resolução nº 13 de 23 de fevereiro de 2017, com base nas seguintes etapas: leitura dos documentos para identificação de termos ou palavras-chave, seleção das categorias de análises e análise e discussão das categorias identificadas.

3. RESULTADOS

Capítulo

3. 1 Transporte Sanitário Eletivo

A concepção do Transporte Sanitário Eletivo aconteceu, com o consenso acordado entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com a publicação da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) número 13, de 23 de fevereiro de 2017, que organiza as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de condição eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, estabelece que a oferta do serviço de Transporte Sanitário Eletivo deverá constar no plano de

saúde, na programação anual de saúde e no relatório de gestão e no planejamento regional integrado.(BRASIL, 2017 e CIT, 2017). Para tanto, é necessário que seu dimensionamento observe as necessidades e especificidades do território e aplique os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos em função das necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e com a pactuação no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Nesse sentido, a normativa traz pontos importantes, pois definiu diretrizes para organização do serviço, nesse sentido é um grande avanço para o atendimento dessa modalidade de serviço (BRASIL, 2017).

3. 1. 2 Responsabilidade de organizar financiar o Transporte Sanitário

O Transporte Sanitário Eletivo faz parte dos sistemas logísticos que compõem a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde, dessa maneira, esse é inerente a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação do Transporte Sanitário deve observar o planejamento regional integrado. Por consequência, serão os Estados, Distrito Federal e Municípios que de maneira pactuada irão implementá-lo a partir de uma ação integrada (BRASIL,2010).

A Portaria Nº 2536, 03 de Outubro de 2017, estabelece a necessidade de apresentação de projetos técnicos o financiamento por parte do governo federal para a implementação do Transporte Sanitário Eletivo, a ser realizada por meio do acesso do gestor de saúde do Distrito Federal ou municipal ao Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas do Fundo Nacional de Saúde. Ademais, o quantitativo máximo de veículos de acordo com o número de habitantes a suas necessidades (BRASIL, 2017) Esses projetos devem estar de acordo com a Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013, que estabelece as documentações necessárias e os quantitativos e demais normas (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que é possível a aquisição de veículos para implementação do transporte Sanitário Eletivo, por meio da solicitação das emendas parlamentares, pois a Portaria nº 1.263, de 18 de junho de 2021, estabelece a maneira da aplicação de emendas parlamentares para utilização desses recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2021.(BRASIL, 2021)

3. 1. 3 Transporte Sanitário no Distrito Federal

No estudo exploratório verificou-se a inexistência de legislação no âmbito do Distrito Federal que regulamenta o Transporte Sanitário Eletivo, como também um programa ou protocolos específicos do TSE.

Apesar disso, ressalta-se que existe um Manual de Regulação para O Tratamento Fora de Domicílio-Distrito Federal. Dessa maneira, garante o acesso na RAS sendo mais amplo, pois contempla todo território nacional. Contudo, possui vedação para procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica(PAB) (DISTRITO FEDERAL, 2020).

3.1.3 Experiências de Cuidado no território da Atenção Primária à Saúde.

A Unidade Básica de Saúde(UBS), é localizada em uma região periférica de Brasília, na Região de Saúde Centro Sul. A UBS possui 6 equipes Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente, todas as equipes da ESF têm o número médio de três Agentes Comunitário de Saúde (ACS), a PNAB estabelece que são 750 habitantes para cada ACS (BRASIL, 2012). Uma equipe do Núcleo de Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf -AB), de acordo com a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, esse tem como objetivo ampliar a capacidade das ações da AB, visando a resolutividade, são formadas por multiprofissionais para trabalhar de maneira integrada com as eSF (BRASIL, 2011). Na UBS o Nasf está composto pelas seguintes categorias profissionais: uma Assistente Social, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e uma Terapeuta Ocupacional. A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 estabelece novas categorias de profissionais que podem compor a equipe Nasf, nesse bojo o profissional sanitário está incluído, deixando a escolha a cargo do gestor local conforme as necessidades do território (BRASIL, 2017). Entretanto, na portaria de nº 489 de 24 de maio de 2018, não consta o profissional sanitário (DISTRITO FEDERAL, 2018). A UBS possui outros serviços de farmácia, coleta de material biológico e uma sala de vacinação.

A Região de Saúde Centro Sul, possui três policlínicas a mais próximo do Riacho Fundo II fica no Riacho Fundo I, uma no Núcleo Bandeirante e a mais distante no Guarã I, que oferecem atendimento ambulatorial especializado para o suporte à APS, os serviços oferecidos são ambulatoriais de especialidades médicas: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Geriatria, Oftalmologia, Psiquiatria, Pneumologia, Reumatologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia dentre outras; e especialidades não

médicas: consultas de Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social. Para ter o acesso às especialidades é necessário referenciado (encaminhado) das equipes ESF, o encaminhamento também poderá ser feito pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Além desses, há um Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS - AD), um CAPS para adultos uma casa de passageira, considero importante relatar esse tipo de serviço de saúde mental, pois é um serviço muito solicitado principalmente pelas mães dos acamados que sempre relataram o seu acompanhamento no CAPS demonstrando uma dimensão do cuidado integral, ou seja, a integralidade do cuidado tem que ter olhar para o cuidador ou para toda família. A atenção hospitalar é composta pelo Hospital Regional do Guará (HRGu).

¹As distâncias e o tempo, partindo do território da UBS para chegar no HUB de transporte público leva 1 hora 53 minutos no trajeto de 34,2 km, para o HRGu e Policlínica do Guará o tempo médio é 1 hora e 27 minutos para o trajeto 24,9 km, para policlínica do Núcleo Bandeirante o tempo médio é de 1 hora e 1 minuto minutos no trajeto 14,5 km, e para policlínica do riacho fundo I o tempo médio é 41 minutos para o trajeto de 11, 1 km.

3. 1. 4 Acolhimento e visitas domiciliar - um mergulho no universo das demandas em saúde e do cuidado familiar

Nenhuma interação humana é desprovida de trocas ou interesses, contudo devem ser justas e coerentes.(DIÁRIO DE CAMPO)

No encontros com os usuários, no acolhimento, foi possível ouvir os mais diversos relatos referente às demandas de saúde imbricadas por outras situações. O acolhimento é um espaço de diálogos entre o profissional de saúde e o usuário, fundamental para o início do vínculo e do cuidado. O acolhimento é uma prática importante para cuidado, considerada uma tecnologia potente capaz de entregar as ações do cuidado visando resolutividade das questões simples, e complexas, pois é um momento de aproximação com o profissional de saúde e o usuário e a compreensão do seu processo saúde/doença (e a sua realidade social) (GARUZI, 2014). Dessa forma, o acolhimento adequado deve buscar atender o usuário através de uma escuta

¹ Informações obtidas no google maps

compreensiva, atenciosa e com responsabilidade e resolutividade (PNH, 2004). A análise situacional do território é atribuição comum da eSF, isso ajuda o ACS conhecer bem o seu território para ter a compreensão das falas, essas por sua vez podem ensinar muito sobre as perspectivas de saúde dos usuários, deve conhecer os serviços oferecidos no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na sua Região de Saúde para ser resolutivo (BRASIL, 2017).

Diante disso, ao longo desse trajeto foi possível perceber como a saúde coletiva é importante na Atenção Primária, pois com a atuação como ACS foi possível colocar em prática uma comunicação assertiva, empática, acolhedora e profissional, esses conhecimentos foram adquiridos durante a graduação em saúde coletiva.

As demandas que surgiram no acolhimento, mostrou-se necessário pensar a realidade social na perspectiva socioeconômica, pois as narrativas mais comuns usuários, foram referentes às condições financeiras à frente das condições de saúde que resultam em necessidades de saúde: "não tenho dinheiro" ou "estou desempregada" ou "não posso faltar ao serviço". Nesse sentido, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), são fatores que influenciam o acesso e continuidade do cuidado, pois as condições socioeconômicas influenciam as condições de saúde dos indivíduos e os seus coletivos (BUSS, 2007).

A percepção, na prática do acolhimento, que as usuárias desconheciam a carta de serviços e tão pouco os termos técnicos trouxe importantes reflexões para pensar o planejamento da equipe, pois muitas vezes as perguntas mais frequentes eram: "na UBS tem ginecologista"? ou "Preciso de ginecologista e aqui nunca tem". Esse desencontro entre a oferta e demanda de usuários pode ser reflexo da forma como a APS no DF tem passado por mudanças que muitas vezes não são apreendidas pelos usuários. Com a mudança do modelo da ESF edificado na Portaria Nº 77, de 14 de Fevereiro de 2017 as equipes das Unidades Básicas de Saúde foram convertidas em equipes de Saúde da Família, onde antes havia o pediatra e ginecologia, tão conhecidos pela população, com a mudança a referência médica é o profissional generalista "médico de família e comunidade"(DISTRITO FEDERAL, 2017).

Essas mudanças são referente a Planificação Atenção à Saúde que tem por objetivo fortalecer a APS para fazer uma integração das ações com Atenção Secundária visando a organização da RAS, a planificação é uma metodologia que permite a capacitação das equipes ESF para organização atenção à saúde conforme as necessidades dos usuários e a sua realidade local (CONASS, 2011).

Por isso, ainda ecoa na população a demanda por especialistas na área de Ginecologia e Obstetrícia. Ao ser indagado pelo usuários sobre essas ofertas que não estão mais presentes na carteira de serviços da APS, aproximava-me de maneira

cordial, sempre cumprimentavam e perguntava o nome do usuário e pedia para sentar, e dava uma resposta explicativa muitas vezes seguida de orientações; era que em nenhuma UBS havia o ginecologista, contudo a partir de uma consulta era possível o encaminhamento para a especialidade, se necessário, conforme uma avaliação do profissional de saúde da eSF, o médico(a) ou enfermeira(o). Talvez, isso parece apenas um ato simples do cotidiano, mas isso é atribuição do ACS orientar os usuários da maneira correta como funciona a ESF.

Apesar de existirem demandas comuns, foi nas visitas domiciliares aos acamados e deficientes que foi possível entender as necessidades prementes de saúde do território, a cada visita era quase como uma experiência sensorial, pois era possível sentir o sofrimento e amor no cuidado, ofertado por uma pessoa da família, que sempre era realizado pela mãe ou esposa (pude compreender em alguns casos o cuidado era um ato de altruísmo), e, em alguns casos toda família participava.

Para qualificar as visitas as perguntas tinham como objetivo compreender as necessidades das famílias e como os arranjos do cuidado eram realizados. Nesse sentido, investigar os determinantes sociais como renda, trabalho e emprego eram necessários e transversais nas perguntas, em alguns casos, nem era necessário investigar, pois surgia ao longo das conversas

3. 1. 5 Dimensão organização do cuidado: questões sociais e os desafios para as mulheres cuidadoras.

Durante as visitas foi possível identificar que a organização do cuidado está predominantemente na responsabilidade das mulheres na família. As pessoas relataram que com a participação de todos membros da família ou somente da esposa\mãe, com apoio da eSF e dos profissionais da Atenção Domiciliar eram estruturadas as formas de cuidados que a pessoa adoecida demandava. Para os usuários com comprometimentos mais severos foi possível identificar, nesta categoria de análise, em algumas narrativas que revelavam a importância da elaboração das políticas públicas, que contemplem e garantam o Transporte Sanitário com condições amplas e adequadas.

O que foi possível registrar, por meio de relatos, é que a falta de um transporte adequado e ofertado pelo SUS, expõem as pessoas, que apresentam limitações do corpo a sofrimentos diversos e até a limitação ou restrição ao acesso ao tratamento. As respostas frequentemente construídas para essas questões partem de arranjos que envolvem os esforços das mulheres cuidadoras, que buscam recursos financeiros para contratação de transporte alternativo ou se desdobram em arranjos que envolvem um desgaste físico e emocional, ao utilizarem o transporte público.

O fato das famílias não possuírem condições financeiras para contratação de serviços de saúde suplementar, como as famílias de alta renda recorrem, é mais um fator que deve ser considerado no planejamento da atenção das equipes que assistem as famílias. Os planos privados geralmente ofertam deslocamento de pacientes, em casos específicos, como idosos acamados, para exames e internações. Assim, na atuação do cuidado familiar, essas condições sócio-financeiras e de organização do cuidado familiar centralizado nas mulheres apresentam-se como necessidades de saúde que devem entrar no plano terapêutico das equipes.

Narrativas no período das visitas domiciliar:

"Deixei o trabalho, pois para cuidá-lo bem e entendê-lo somente eu consigo". (mãe de um acamado)

"Não tenho dinheiro para pagar um plano que cubra uma equipe que possa levá-lo aos exames"(mãe de um acamado)

"Tenho mais uma filha que trabalha o dia todo" (mãe de um acamado)

"Ele recebe BPC"

"A equipe do posto às vezes vem aqui quando solicitado para aplicar vacinas" ou "viram aqui uma vez para orientar e fazer o cadastro para receber fraldas". (mãe de uma acamada autista)

"Para cuidar dele requer muito tempo e dinheiro, mas amo o meu filho".(mãe de uma acamada)

"Até consigo ir no carro, mas é desconfortante, e cansativo" (narrativas de um homem deficiente físico)

"Nosso filho leva ele de carro, mas ele deixou de ir"(esposa do deficiente)

A questão da centralidade do cuidado das mulheres apesar de muito presente, não parece ser uma questão questionável entre as usuárias, pois ao serem perguntadas sobre os demais membros da família, como os pais ou esposos, elas respondiam de modo ponderado e retraído, revelando o quanto a organização social está naturalizada nos espaços privados, das famílias, pois a atribuição do cuidado às mulheres é uma forma social de organização social que mantém as desigualdades de gênero, uma vez que ao ocuparem o papel doméstico do cuidado, às mulheres abdicam do mercado de trabalho e de outras possibilidades que geram autonomia e fortalecimento das mulheres.

O tempo de hora dedicado aos afazeres domésticos, pelas mulheres no Brasil é 18 horas semanais, maior do que os homens, o quadro é ainda mais crítico quando consideramos as questões raciais (IPEA, 2017). Isso reforça a necessidade das equipes

de saúde integrarem o olhar de gênero e raça nos projetos terapêuticos, integrando os homens neste cuidado.

3. 1 6 Atenção Domiciliar.

“é o NRAD quem vem aqui aplicar as vacinas e deixar o balão de oxigênio”.(mãe de um acamado durante uma visita domiciliar)

“NRAD somente atende na residência ele precisa de uma equipe que o leve para os exames”.(mãe de um acamado no acolhimento da equipe)

“nunca ouvi falar sobre isso não”.(mãe de um autista no acolhimento da equipe)

Após eu me defrontar com a pergunta referente ao NRAD a outra ACS, que naquele momento não soube explicar bem o que era o serviço de AD. Assim, as palavras Atenção domiciliar (AD) foram me guiando para um estudo exploratório dos serviços de saúde da RAS.

O serviço da AD no DF é realizado pelo Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD). O Núcleo de Atenção Domiciliar é um serviço que possui uma equipe multiprofissional, para pacientes totalmente acamados que faz uso de dispositivos (sonda naso-entérica, sonda vesical de demora, traqueostomia), ou possua úlcera por pressão (escara). Para o uso desse serviço é necessário de um encaminhamento médico para pacientes oriundos da Atenção Primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2018). Dessa forma, esse serviço não faz deslocamento dos pacientes acamados. Nesse sentido, os usuários não compreendem que determinados serviços são específicos cabe a equipe ESF orientá-los. Assim, a cada visita e novas demandas que apareceram no Acolhimento que necessitava da AD sempre foi sugerido o serviço do NRAD. Entretanto, poucas conheciam ou aqueles que conheciam e utilizam o serviço falaram que não era suficiente.

A portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, redefine AD no contexto do SUS, considera essa modalidade a atenção à saúde integrada a RAS (possui um conjunto de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção da saúde) (BRASIL, 2016). Ainda nessa compreensão, serviços da AD serão feitos a partir de uma base territorial com população de referência para se relacionar com os demais serviços da RAS.

A lógica é que na AD o cuidado tem que ter acesso a toda Atenção a Saúde, por isso é necessário a sua integração por meio tecnológico para comunicação do cuidado na RAS.(CECÍLIO, 2011).

3. 1 .6 Agente Comunitário de Saúde uma experiência para um futuro Sanitarista.

A identidade profissional pode ser construída a partir do relato individual referente a sua caminhada para isso é necessário uma reflexão narrativa, podendo ser algo subjetivo, objetivo e bibliográfico, contudo com percepções lógicas da sua identidade e a sua prática com referências sociais, ou seja uma identidade social atribuindo o sentimento de pertencimento (significado social) (DUBAR, 1998; 2005).

Ao perceber como essa vivência estava contribuindo com a minha formação profissional pude compreender que a saúde coletiva estabelece diálogos com diversos saberes inerentes às disciplinas que nela se entrelaçam, assim invocam a constante necessidade de problematizar qualquer situação referente à saúde para tornar possível a sua resolutividade

A partir da vivência do olhar sanitário na atribuição de ACS com seu território surgiu a necessidade de realizar a imersão no campo das políticas públicas voltadas para as demandas dos usuários acamados\deficientes. Foi realizada uma imersão nos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e novas indagações foram surgindo ao longo da análise, por exemplo de como eram direcionadas as ações da ESF para os acamados\deficientes.

A partir desse ponto foi necessário pensar como sanitário e como as necessidades de saúde apresentadas necessitam de um Transporte Sanitário, como esse tema é importante para a Saúde Coletiva, e para a continuidade do cuidado. Ademais, a importância do ESF para funcionalidade do TSE e como essa tecnologia poderia se ter mais resolutividade nas ações das dimensões do cuidado que transversa toda atenção à saúde para construção da integralidade.

Pensar como sanitário em determinadas situações, mas nunca deixar de agir como ACS, pois é a postura ética do profissional, do seu conhecimento técnico e de sua capacidade nas suas atribuições da prática da sua área de atuação, isso é que tornou possível vislumbrar o campo da Saúde Coletiva dialogando com a Atenção Primária à Saúde.

Nessas trocas, profissionais há deslocamento de conhecimentos que surgiu como trocas entre as profissões. Nesse giro de se colocar no lugar de outra profissão, apenas aconteceu com intuito de se captar o ponto de vista situacional para se ter respostas adequadas às demandas que muitas vezes foram prementes. À medida que isso ia acontecendo foi possível entender que havia uma integração de métodos visando um bem comum. Pensar dessa forma é colocar ambas as profissões em uma interseção com a Saúde Coletiva, e também duas visões diferentes de um mesmo quadro.

Nesse caminho que foi um aprendizado, ao mesmo tempo um processo de humanização na formação do profissional da saúde que possui duas perspectivas profissionais no mesmo contexto. Tendo uma experiência incrível, pois utilizou-se da formação Sanitarista para olhar a importância da profissão de ACS.

Por outro lado, a vivência de ACS, como já exposto, possibilitou uma reflexão da importância desse ator para a Saúde Coletiva. Através das suas lentes, o futuro sanitarista pode andar em vários espaços da “dimensão do cuidado” e compreender a “dimensão sistêmica” para a continuidade e integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Principalmente naquilo que se refere a APS, Atenção Domiciliar e as principais condições de saúde que necessitam do Transporte Sanitário Eletivo.

Assim, a vivência como Agente Comunitário de Saúde no acolhimento e nas visitas domiciliares foi uma experiência sensorial incrível. Dessa forma, houve um processo de aprendizagem e humanização que deu origem a várias emoções, percepções lógicas que nem sempre são consideradas nas formulações e na implementação das políticas públicas em saúde. Uma experiência que desatou nós críticos referentes à perspectiva da formação profissional na saúde coletiva e a sua importância no campo da saúde.

O processo de aprendizagem do profissional de saúde é permanente (muitas vezes é anterior a sua formação), faz parte desse processo de formação uma experiência crítica, reflexiva e expressiva da ética do sujeito no seu contexto profissional que acontecem várias trocas de conhecimentos, e saberes entrelaçados no cotidiano dos usuários na busca pelos serviços de saúde. Nesse cotidiano, acontece o aprender e entender do seu campo de trabalho (e sua importância para a área da saúde), permitindo compreender, criticar e melhorar os processos existentes na Atenção à Saúde.

4. DISCUSSÃO

4. 1. 1 O Transporte Sanitário Eletivo como estratégia para a integralidade do cuidado na RAS.

Pensar no cuidado no contexto apresentado temos que refletir a integralidade e a sua aplicação para o TSE, a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, estabelece esse princípio como uma assistência, para uma articulação contínua da promoção de saúde fim que se tem em vista da com resolução para prevenção, e o tratamento de agravos, através dos serviços e ações prestadas, no contexto individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os componentes, e níveis do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade na APS é um princípio que estabelece que indivíduos e os coletivos do território devem ser atendidos por uma miríades de ações realizada pela equipe de saúde que atendem às suas necessidades de saúde abrangendo várias dimensões do cuidado, responsabilidade pelo usuário nos diversos pontos de atenção à saúde, uma compreensão das suas necessidades “biológicas de maneira adequada”, e todas as suas necessidades causadoras de doença (para isso é necessário conhecer sua realidade social), se necessário fazer uso de diferentes arranjos de tecnologias integradas com outros serviços e gestão, dessa maneira visando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017). Nessa compreensão, a integralidade da assistência à saúde como princípio transversa todas ações da APS, e continua nas demais interações na RAS.

A existência dos componentes da RAS como APS (ponto de comunicação), os pontos de atenção dos três níveis, o componente logístico é imprescindível para costurar várias ações voltadas ao cuidado (MENDES, 2010). Entretanto, quando se fala de deslocamento do usuário o transporte sanitário é fundamental para coordenação e continuidade do cuidado (BRASIL, 2017). Nesse sentido, nas redes de atenção, infere-se que haja um “sistema logístico”, ou seja, um “sistema de transporte sanitário”, um “sistema de informações”, “sistema de regulação” para articular todas ações e serviços na APS (MENDES, 2010). Cada sistema apresentado tem a sua importância para o cuidado, por sua vez apresenta articulações entre si e necessárias para organização do TSE. Uma das diretrizes para sua organização é a regulação do acesso na AD, existindo todo planejamento regulatório para racionalizar o acesso de maneira que exista conforme o risco predefinido (BRASIL, 2017).

Nessa continuidade, o Transporte Sanitário Eletivo, para sua implementação e utilização na RAS, entre outras coisas, depende do interesse político. Cabe ressaltar que esse interesse deve partir de vários atores que atuam na área da saúde, pois o próprio manual do TSE ensina, e outros manuais estaduais preconizam a maneira da manifestação desses interessados como possibilidade de implementar o TSE.

O TSE na sua importância para o serviço à saúde, coloca como imposição que se deve compreender as necessidades do território, planejamento, programação estabelecidos para atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). Como já exposto nas narrativas as necessidades de saúde foram mostradas muitas vezes como centralidade como barreiras de acesso. Nesse sentido, o documento do TSE foi pensado como o território e as suas necessidades de saúde podem utilizar essa tecnologia.

Ademais, da capacidade dos profissionais ESF entenderem que essa é uma ferramenta imprescindível para continuidade do cuidado. Dessa maneira, irá articular-

se com outras ações do cuidado visando o interesse do usuário, pois necessidades de saúde e o corpo que apresenta outra manifestação corporal e necessita de deslocamentos para ter acesso aos serviços de saúde. Entende-se que é necessária uma tecnologia adequada e abrangente que possibilita transpor as barreiras que o seu corpo e as necessidades de saúde impõem.

As “dimensões do cuidado” mostraram um conceito muito importante que começa com a família e continua com ESF, é a coordenação do cuidado, dessa forma possibilita a continuidade do cuidado em toda RAS em tempo oportuno. Referente a continuidade do cuidado, é imprescindível a existência de várias ações e serviços visando a integralidade da atenção para os acamados e deficientes. (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A coordenação do cuidado é atribuição comum de todos os profissionais de saúde da APS, à medida que o usuário necessita de atenção em toda Rede Atenção à Saúde ainda continua sendo de responsabilidade das equipes do ESF assegurando a continuidade do cuidado em tempo oportuno (BRASIL, 2012). Para que haja uma integralidade do cuidado com vislumbre de toda situação do usuário, é necessário a criação de vínculos afetivos dos usuários com a equipe. A inexistência de vínculos (a) efetivos com equipe apresenta-se como uma necessidade de saúde. (CECÍLIO, 2001). Com esse vínculo a coordenação do cuidado acontece de maneira mais afetiva e conseqüentemente uma efetividade das ações.

Nesse contexto de atribuições comuns, onde diferentes sujeitos estão envolvidos no cuidado, o ACS tem destaque para a obtenção de informações dos usuários para facilitar o acesso no serviço da RAS e outras ações. Isso porque a principal atividade realizada foram as visitas domiciliares, sempre seguidas com orientações pertinentes ao uso dos serviços, ou seja, educação em saúde. Essas informações são referentes às necessidades de saúde bem como são feitos os arranjos do cuidado familiar e a criação de vínculos com equipe.

Nesse sentido, há dois pontos importantes referente a necessidade dessas informações: a primeira é utilizar o Transporte Sanitário de maneira eficiente e o segundo é o princípio da equidade. A racionalização dos custos no uso do TSE é uma diretriz que preconiza que esse deve ser adequado, seguro e com qualidade (BRASIL, 2017). Dessa maneira, o ACS que possui a vivência da realidade social, por meio da visita domiciliar, é possível aumentar o acesso aos cuidados e contribuir para o uso adequado dos recursos da saúde, e para a continuidade do cuidado e construir um elo afetivo-sanitário entre a equipe ESF e os usuários.

4.1.2 O Sanitarista no planejamento do TSE

A prática da saúde coletiva é inerente uma "reflexão epistemológica sobre o conceito de saúde", dessa maneira é necessário repensar o seu processo de trabalho, nessa continuidade essa tem como objeto "as necessidades sociais de saúde" (PAIM, 2006).

A centralidade das narrativas foram as condições e necessidades de saúde que surgiram como uma situação que necessitava de uma resposta adequada, quais muitas vezes necessidades socioeconômicas foram colocadas pelos usuários sobre suas vidas como barreiras a tudo.

Para a Saúde Coletiva, é fundamental compreender as necessidades de saúde e suas interseções no seu contexto de trabalho (PAIM,2006). Compreende-se como necessidades de saúde, as demandas dos usuários para atingirem condições de vida adequadas, no sentido que seja possível existir conforto, e o acesso às tecnologias que ampliam essas perspectivas de saúde podendo ter uma vida prolongada com integralidade no cuidado (CECÍLIO, 2001).

Para Paim (2015, p.12), "a saúde tem três dimensões, o estado vital, setor produtivo e área do saber." Nesse sentido, a partir da necessidade social de saúde de determinado contexto social, o sanitarista está apto a procurar soluções articulando essas três dimensões para atender as demandas existentes. Isso porque, esse possui uma miríades de conhecimento que o proporciona a respondê-las, entretanto as práticas para uma resposta adequada são estruturadas sobre o coletivo a partir de um processo de trabalho (planejamento, programação, controle e avaliação) (PAIM, 2006).

Sobre as escolhas das ferramentas adequada de trabalho do Sanitarista posso afirmar da seguinte forma:

Se o objeto for reconhecido como necessidades sociais de saúde, e não apenas como problemas de saúde (riscos, agravos, doenças e mortes), impõe-se uma análise dessas necessidades e seus determinantes. Para se proceder a uma aproximação a esse objeto, manipulá-lo e/ou transformá-lo são necessárias tecnologias ou meios de trabalho. Esses instrumentos de trabalho precisam dar conta do caráter "coletivo" do objeto, tanto na sua apreensão quanto na sua transformação (PAIM, 2006, p.104).

Nesse sentido, diante de todo contexto apresentado após uma avaliação do objeto, a ferramenta (meio de trabalho) a ser utilizada é o planejamento de saúde, pois essa é utilizada na gestão para implementar a tecnologia Transporte Sanitário Eletivo. Assim, deve-se escolher qual é o melhor planejamento conforme as necessidades de saúde e a realidade social do território apresentadas. Dessa forma, o Sanitarista irá

utilizá-lo para compor uma resposta adequada, pois o planejamento é umas das suas atribuições como profissional de saúde.

Portanto, as ações para integralidade e a continuidade do cuidado para os acamados\deficientes, que envolve Atenção Primária à Saúde e outros níveis de atenção que apresentam necessidades tecnológicas para deslocamentos. Destaca-se o Transporte Sanitário Eletivo como uma estratégia a ser estabelecida no plano de saúde, pois é uma tecnologia imprescindível, para que sejam transponíveis as barreiras de acesso aos serviços de atenção à saúde, e de outras ações. Dessa maneira, essa é uma ferramenta que possibilita a coordenação, continuidade e a integralidade do cuidado em toda Rede de Atenção à Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela importância do Transporte Sanitário Eletivo, que foi objeto de reflexão neste trabalho, é uma tecnologia potente para articular as ações de cuidado na Atenção à Saúde e uma estratégia para o fortalecimento do princípio da integralidade na RAS. Por consequência a garantia ao acesso na continuidade do cuidado, e mitigar iniquidades que as necessidades de saúde impõem.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA PF, GIOVANELLA L, NUNAN, BA. **Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários.** Saúde em Debate 2012; 36(94):375-391.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista de saúde coletiva, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.**

Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

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, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2536, 03 de Outubro de 2017.**

Regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº 13, de 23 de Fevereiro de 2017.** Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Brasília, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.** – 1. ed., rev – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

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. Brasília, 2016.

CECÍLIO, L. C. O. **A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy:** elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface: Comunicação, Saúde, Educ., Botucatu, v. 13, p. 545-55, 2009. (supl.1).

CECÍLIO, L. C. de O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2011. 436 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf.> Acesso em: 11 set. de 2022

CECÍLIO, L. C. O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado:** identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?lang=pt>.> Acesso em: 30 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual Regulação por Tratamento Fora de Domicílio-Distrito Federal**. Brasília, 2020.

Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/MANUAL_DE_REGULACAO_DO_TFD_DF.pdf.>

Acessado em: 13 nov. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018**. Estabelece as diretrizes e normas para organização da Atenção Ambulatorial Secundária. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 09 Set. 2022

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria Nº 77, de 14 de Fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2022; 10 set. 2022

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 489, de 24 de Maio de 2018**. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho. *Diário Oficial do Distrito Federal* de 2022; 26 set. 2022

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Edital nº 69, de 20 de outubro de 2021 convocação**. *Diário Oficial do Distrito Federal* nº 198, página 36, 21 de out. 2021

DUBAR, C. **Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos**. *Educ Soc*. 1998; 19(62):13-30. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/es/a/9CFjqcBMkKSZcj4PXYpBRj/?lang=pt>.> Acesso em: 30 jul. 2022.

GARUZI, M, Achitti MCO, SATO CA, ROCHA SA, Spagnuolo RS. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):144–9.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. p.27.

SCHIMITH, Maria Denise; et al. **Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, nov. 2011.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 1995-2015. Brasília: Ipea, 2017. p. 36-37

Disponível em:

<<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>.> Acessado em: 03 set. 2022.

PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 12.

PAIM, J.S. **O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional?** In: Paim J. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 52 pp. 99-116, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2300-305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

TRAVASSOS, C.; CASTRO; M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde.** In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.