

PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO: ANÁLISE À LUZ DA INTEGRALIDADE

Camila Rodrigues Barbosa Nemer¹

<http://orcid.org/0000-0003-1252-3709>

Gabrielle Paixão Guedes¹

<http://orcid.org/0000-0001-9969-8354>

Natália Ramos dos Santos¹

<http://orcid.org/0000-0003-0540-4568>

Francineide Pereira da Silva Pena¹

<http://orcid.org/0000-0001-8465-4252>

Walter de Souza Tavares¹

<http://orcid.org/0000-0002-8268-6207>

Elizabeth Teixeira²

<http://orcid.org/0000-0002-5401-8105>

Objetivo: Analisar a percepção dos usuários sobre o atendimento às necessidades de saúde ofertadas pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Estado do Amapá à luz do princípio da integralidade. **Método:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no polo de referência do Programa de Tratamento Fora de Domicílio da cidade de Macapá, AP, Brasil, no segundo semestre de 2018, com 17 usuários. Para a coleta de dados, realizaram-se entrevistas. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temático-Categorial. **Resultados:** Emergiram três categorias de análise: Necessidades de saúde e processo de busca pelo tratamento; Viagens, dificuldades e facilidades; Necessidades familiares e sociais. **Conclusão:** O programa apresenta fragilidades e soluções de continuidade que permitem afirmar o prejuízo ao cumprimento do princípio da integralidade.

Descritores: Integralidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

OUT-OF-HOUSE TREATMENT PROGRAM: ANALYSIS IN THE LIGHT OF INTEGRALITY

Objective: To analyze the perception of users about meeting the health needs offered by the Out-of-Home Treatment Program in the State of Amapá in the light of the principle of integrality. **Method:** Exploratory study with a qualitative approach. Held at the reference pole of the Out of Home Treatment Program in the city of Macapá, AP, Brazil, in the second half of 2018, with 17 users. For data collection, interviews were conducted. The data were analyzed through the analysis of categorical thematic content. **Results:** Three categories of analysis emerged: Health needs and the process of seeking treatment; Travel, difficulties and facilities; Family and social needs. **Conclusion:** The program presents weaknesses and solutions for continuity, which makes it possible to affirm the damage to compliance with the principle of integrality.

Descriptors: Integrality in Health; Health Services Accessibility; Health Services Needs and Demand.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FUERA DE CASA: ANÁLISIS A LA LUZ DE LA INTEGRALIDAD

Objetivo: Analizar la percepción de los usuarios sobre la satisfacción de las necesidades de salud que ofrece el Programa de Tratamiento Fuera del Hogar en el Estado de Amapá a la luz del principio de integralidad. **Método:** Estudio exploratorio con enfoque cualitativo. Celebrada en el polo de referencia del Programa de tratamiento fuera del hogar en la ciudad de Macapá, AP, Brasil, en la segunda mitad de 2018, con 17 usuarios. Para la recopilación de datos, se realizaron entrevistas. Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido temático categórico. **Resultados:** Surgieron tres categorías de análisis: Necesidades de salud y el proceso de búsqueda de tratamiento; Viajes, dificultades e instalaciones; Necesidades familiares y sociales. **Conclusión:** El programa presenta debilidades y soluciones para la continuidad, lo que permite afirmar el daño al cumplimiento del principio de integralidad.

Descriptores: Integralidad en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

¹Universidade Federal do Amapá

²Universidade do Estado do Amazonas

Autor Correspondente: Camila Rodrigues Barbosa Nemer - Email: camilarodriguesb08@hotmail.com

Recebido 23/01/2020 - Aceito 07/04/2020

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde idealizou o Programa de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD) para atender a diferentes necessidades de saúde, em suas especificidades, buscando garantir os direitos aos usuários, respeitando os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

Trata-se de um programa assistencial que tem como objetivo assegurar, por meio da rede pública do SUS, assistência à saúde em geral aos usuários classificados como de alta e média complexidade, que não possuem suporte de tratamento no seu município ou Estado de origem. O programa disponibiliza serviços como: consulta médica; tratamento ambulatorial, hospitalar e cirúrgico previamente agendado; passagens de ida e volta aos usuários e, se necessário, a acompanhantes, para que possam se deslocar até o serviço onde será realizado o tratamento e retornar à sua cidade de origem; auxílio para alimentação e hospedagem do usuário e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento⁽²⁾.

O conceito de integralidade incorpora diferentes dimensões: a noção de integralidade como princípio do SUS passa desde a reorganização dos serviços de saúde, conhecimentos e ações dos profissionais (individualmente ou em equipe), relações entre equipes e a rede de serviços, até a formação permanente dos profissionais na saúde. Consiste também em uma reafirmação do Direito à Saúde, em que o usuário ocupa o lugar de centralidade, com participação no projeto terapêutico, o qual requer um desenho coletivo de sistema preparado para ouvir, entender e, então, atender às demandas e necessidades das pessoas⁽³⁾.

Este conceito tem natureza polissêmica e polifônica na qual algumas ideias estão imbricadas: escuta; cuidado; acolhimento; tratamento digno e respeitoso. Assistir o ser humano como um todo, descentralizando o foco da doença pela valorização da atenção à pessoa, focando em sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer, reconhecendo e lidando com diferentes saberes, com a diversidade de demandas e a pluralidade de seus sujeitos. A integralidade também “poderia ser encarada exatamente como a própria travessia desse caminho que se sustenta na garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Estado democrático de direitos”⁽³⁾.

Em levantamento nas bases de dados nacionais, evidenciou-se a escassez de publicações que discutissem o PTFD a partir da percepção do usuário e à luz da integralidade. O estudo teve como objetivo, considerando a importância da integralidade para a legitimidade do SUS, analisar a percepção dos usuários sobre o atendimento às necessidades de saúde ofertado pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Estado do Amapá à luz do princípio da integralidade.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa.

Local do estudo

A pesquisa ocorreu no polo de referência do PTFD no município de Macapá - AP, Brasil, com coleta de dados no segundo semestre de 2018.

Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 17 usuários do PTFD. Os critérios de inclusão foram: ser maior de dezoito anos e ter realizado, no mínimo, uma viagem para tratamento fora do Estado. Elencou-se como critério de exclusão: apresentar dificuldade de comunicação oral. A amostra foi do tipo intencional não probabilística.

Coleta dos dados

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Estadual da Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas fechadas e abertas, que foram gravadas mediante autorização prévia. Os usuários foram abordados durante a semana ao recorrerem a atendimento no polo de referência do PTFD, sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o instrumento de coleta de dados. Ao manifestarem interesse e aceitarem participar da pesquisa, foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade.

Procedimentos de análise dos dados

O produto das entrevistas foi transcrito na íntegra, digitado no word e analisado por meio da Análise de Conteúdo Temático-Categorial de Bardin⁽⁴⁾.

A análise de conteúdo compreende três fases: 1) pré-análise: nesta primeira fase, foram sistematizadas as ideias iniciais e estabelecidos indicadores para a interpretação das informações coletadas. Nessa fase, foi realizada a leitura geral das entrevistas, organizando o material. Tal sistematização é necessária para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise; 2) exploração do material: nessa segunda fase, houve a construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, definindo regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias temáticas; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: por fim, a terceira fase captou os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado por meio das entrevistas, condensando e destacando as informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; isto é, o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica⁽⁴⁾.

A discussão foi realizada à luz do referencial teórico da integralidade - princípio doutrinário do SUS. Organizaram-se três categorias partindo da análise.

Procedimentos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) sob o Parecer Nº 2.751.737. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram entrevistados 17 usuários do PTFD atendidos no polo de referência do PTFD no município de Macapá. Quanto ao sexo, 12 eram do sexo feminino e cinco, do sexo masculino, com idades variando entre 21 e 55 anos. Quanto à residência, 12 residiam no município de Macapá e cinco, no município de Santana.

Necessidades de saúde: processo de busca pelo tratamento

Esta primeira categoria revela os motivos de busca pelo PTFD e o processo para conseguir ingressar no programa.

Os motivos que levaram o usuário a buscar pelo PTFD destacaram a ausência de suporte para o tratamento no Estado, assim como a carência de materiais para o procedimento a ser realizado e a falta de profissionais especializados, como indicam as falas a seguir.

[...] então, assim... Infelizmente, a gente não tem suporte... Médicos... Médicos até que a gente tem... Capacitados... Mas, quando chega nessa parte... De dizer que terá transplante, ou entre outras complexidades mais altas aqui no Estado na área da saúde, infelizmente, nós não temos (U9).

Há falhas do programa, como a falta de pactuação com outros Estados, interferindo no agendamento das consultas, que geralmente precisam ser marcadas diretamente no hospital que irá receber os pacientes e agendadas pelos próprios usuários, demonstradas nas seguintes falas dos usuários.

[...] quando cheguei lá no TFD, eles falaram pra mim que eu tinha que marcar, verificar... Marcar... Ligar pra entrar em contato com o hospital de lá pra eu poder me consultar (U4);

[...] tem gente que passa meses esperando... Tem pessoas que são anos... Porque, infelizmente, o nosso Estado só tem pactuação com o Pará (U9).

O papel do médico e a centralidade deste profissional durante os trâmites interestaduais do processo no programa, além dos trâmites burocráticos, fazem com que ele atue

também como facilitador, muitas vezes, entrando em contato com colegas da profissão atuantes em outro Estado para que seu paciente tenha uma garantia de consulta e tratamento, como indicado nas falas a seguir.

[...] aí foi uma oportunidade que o doutor... ele chamou cinco pacientes pra fazer o transplante [...] aí foi que ele tinha um amigo lá, um médico [...] então, a gente já foi tudo encaminhado (U1).

Viagens, dificuldades e facilidades

Esta segunda categoria revela como são as viagens dos usuários, os entraves, as facilidades, o custeio e uma breve avaliação do programa. Há insatisfação dos usuários quanto ao valor recebido como auxílio financeiro nas viagens para custear suas despesas e do acompanhante, sendo esse auxílio disponibilizado somente no retorno das viagens, e à recorrência de atrasos mesmo após o retorno, em alguns casos, atrasando meses, como indica a fala abaixo.

[...] isso é comum, é rotina acontecer na vida da gente, do paciente chegar lá e não ter dinheiro e ficar em situação difícil (U6).

A fala do usuário revela algumas de suas angústias por se sentir desamparado pelo programa.

[...] eles mandam a gente daqui do nosso Estado pra lá, mas, chegando lá, cada um por si, tem que se virar, procurar um local... Nem sequer procuram um local pra gente (U2).

A ausência de informatização no TFD faz com que a efetivação de todo o processo, desde a solicitação até a finalização do tratamento da pessoa que é assistida pelo programa, seja realizada manualmente. Além disso, para obter qualquer resposta, seja da emissão de sua passagem, do deferimento do processo, ao agendamento de atendimento, a pessoa precisa deslocar-se até o prédio para ter ciência do andamento de seu processo, como indica a fala abaixo.

[...] a gente é até esquecido porque não é informatizado; aí, você chega e seu processo, muita das vezes, perdem seu processo lá dentro, você tem que voltar outro dia (U8).

Apesar das dificuldades enfrentadas, tanto dentro do programa quanto para deslocar-se para outro Estado, os pacientes possuem um grande companheirismo entre si em que buscam assistir um ao outro.

[...] eu já saí daqui de Macapá, fui pra Fortaleza, levando processos de pacientes na mão pra transplante cardíaco (U6);

[...] eu já intervi por muitas pessoas no TFD que não conhece nada; aí, eu peço pra minha amiga marcar e assim que eles têm ido (U11).

A emissão de passagens surge tanto como uma dificuldade, causando diversos transtornos para os usuários, como uma facilidade, por não ser custeio do usuário e sim do tratamento.

[...] uma vez que eu tive problema, que as passagens não foram liberadas... Foi logo no início do meu tratamento... A de volta, eu passei quinze dias lá esperando pra liberação da volta porque não tinha passagem (U4);

[...] a facilidade que o programa mesmo me dá só é mesmo de passagens... Só isso mesmo (U3).

O programa é a oportunidade de realizar o tratamento necessário e, assim, melhorar a sua condição de saúde e, em alguns casos, conseguir manter sua vida, como indica a fala a seguir.

[...] eu não tinha condições de sair daqui, ir para uma cidade grande, um Estado que oferecesse condições de saúde, né, hoje em dia, eu sou transplantada pelo TFD (U1).

Necessidades familiares e sociais

Esta terceira categoria revela o impacto que a rotina de tratamento fora de domicílio traz para o cotidiano do paciente e seus aspectos familiares, tanto na perspectiva social quanto econômica.

O tratamento traz implicações para o trabalho, estudo e atividades diárias, levando a mudanças no rol de atividades do dia a dia.

[...] eu demorei muito pra terminar mesmo meus estudos... Então, ele me fez muitas limitações mesmo, o meu tratamento (U3);

[...] atrapalhou muita coisa, principalmente o meu trabalho... O meu filho, eu passei quase dois meses que não podia carregar ele porque não podia carregar peso (U15).

É relatado ainda, pelos entrevistados, que as despesas familiares se multiplicam em razão de haver gastos tanto na cidade em que está sendo realizado o tratamento, com moradia, alimentação, transporte e outros, quanto no seu local de origem, com os gastos cotidianos da família, como indica a fala abaixo.

[...] quando eu viajo, são dois custos, lá e aqui. Então, pra mim, é meio pesado, né? (U2).

No decorrer do tratamento, além da necessidade do usuário em se adaptar a uma nova rotina trazida pelo seu diagnóstico, os seus familiares e pessoas com quem o mesmo convive também passam por esta adaptação devido ao impacto emocional que a notícia da doença pode causar e dos ajustes de responsabilidades necessários em razão de, muitas vezes, o usuário precisar ausentar-se do seu papel familiar e social para que possa cuidar do seu estado de saúde.

[...] então, o meu filho fica praticamente com a babá durante esses dias que eu tô lá (U10);

[...] a minha família desmoronou (U17).

DISCUSSÃO

Dentre os vários conceitos, a integralidade relaciona-se às configurações de políticas específicas ou especiais e como essas são conduzidas⁹. Refere-se à forma como os serviços de saúde se organizam para atender aos anseios da população por meio de uma "assistência integral, à organização e gestão dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, assim como às questões macroestruturais que incluem políticas sociais mais gerais, políticas de saúde específicas e a organização do sistema"⁽⁵⁾.

A integralidade do cuidado "implica em movimento, em processo de interação, em idealizar o projeto de cuidado e responsabilizar-se pelo cuidado. Nesse sentido, o atendimento integral requer a superação da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, exigindo o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional"⁽⁶⁾.

Em relação às necessidades de saúde, processo de busca pelo tratamento, os resultados deste estudo indicam que, dentre as relatadas pelos usuários do programa, a necessidade de acesso se destaca. O principal motivo de busca pelo tratamento fora de domicílio ocorre devido a falhas na assistência oferecida na rede pública do Estado. A população precisa de um tratamento considerado mais avançado, como, por exemplo, o transplante de órgãos, que não é realizado no Estado, e o paciente tem como única opção buscá-lo em outros Estados, e isso pode levar algum tempo.

Longos tempos de espera são um problema comum em diferentes sistemas públicos de saúde. Além de impactar a satisfação dos profissionais e usuários, é também um indicador da qualidade dos serviços por estar relacionado à capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população⁽⁷⁾.

A assistência à saúde, relacionada às especialidades, atenção diagnóstica e terapêutica, média e alta complexidade, é um ponto que chama a atenção tanto pelo estrangulamento dos serviços de saúde quanto pelos exorbitantes gastos. A

integralidade deve ser vista além do aspecto da organização dos recursos disponibilizados, mas especialmente pelo fluxo do usuário para acesso aos mesmos⁽⁸⁾.

A construção da integralidade surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS. O acesso de algumas populações ao SUS exige “articulação de saberes e experiências de planejamento e avaliação permanentes das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade”⁽⁹⁾.

Ressaltam-se as importantes desigualdades entre as regiões de saúde no país, em particular no Norte, com rede de serviços de saúde insuficiente, dificuldades de fixação de recursos humanos, concentração de serviços de média e alta complexidade nas capitais, repasse de recursos inferior à média per capita nacional e infraestrutura sanitária inadequada. As políticas do governo federal são descontinuas e insensíveis às especificidades regionais. Soma-se a isso a incapacidade de gestão no âmbito municipal⁽¹⁰⁾. Tem-se, ainda, somado a isso, um desequilíbrio no atual quadro político e econômico do país, que provoca uma sobrecarga no serviço de saúde, além do subfinanciado, que vem contribuindo ainda mais para a fragilização do SUS⁽¹¹⁾.

Outra situação pertinente à integralidade no SUS são as questões oriundas do modelo de atenção, organização e aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais devem ser ordenadas pela Atenção Primária à Saúde a fim de evitar os atendimentos de episódios agudos de doenças, mas para um cuidado contínuo às condições e agravos das pessoas⁽¹¹⁾. No entanto, pelos relatos dos usuários, percebe-se que a integralidade não está sendo cumprida, pois os atendimentos episódicos para suas peculiaridades apenas ocorrem quando estes se esforçam para alcançá-lo.

Em relação às viagens, dificuldades e facilidades, emergência, dos resultados, aspectos como a falta de informatização, atrasos na ajuda de custo e emissão das passagens, que refletem na ausência de um trabalho em rede, que faz com que esse usuário, muitas vezes, se sinta desamparado. Os sistemas de informação em saúde são “como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde”⁽¹²⁾.

O conceito de integralidade vincula-se, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, equilibrando a interdependência dos atores e organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para solucionar problemas de saúde de uma população. Evidencia-se a ausência de um sistema que elimine as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas

à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados⁽¹³⁾.

A insatisfação com o TFD é também demonstrada em outro estudo, que revela que o tempo médio de espera para receber a primeira ajuda de custo é de dois a quatro meses, e ocorrem diversos atrasos no pagamento do recurso, não sendo este suficiente para suprir as despesas com o deslocamento. Mais da metade dos pacientes considerou não estar sendo bem atendida pelo TFD⁽¹⁴⁾.

O aumento de ações judiciais para acesso aos procedimentos de média e alta complexidade indicam uma ineficiência do SUS em garantir a integralidade e suprir as diversas necessidades de utilização dos serviços, em atendimento ao direito à vida, explicado pela baixa resolutividade da atenção básica. Outra justificativa é o fato de o Estado ser comprador de serviços, não mais provedor ou gestor, e a introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, que tende a distorcer o direito à saúde⁽¹⁵⁾.

Sobre as necessidades familiares e sociais, os resultados ressaltam que se submeter a um tratamento que exige deslocamento contínuo tende a pesar quando se trata de trabalho, estudo e atividades do dia a dia. Para os usuários que utilizam o TFD, torna-se difícil manter-se em um emprego fixo. Quando lhes foi perguntado sobre como eles lidam para preservar seus empregos e conservar seus estudos sem que estes sofram danos, em sua grande maioria, externaram a dificuldade de conseguir um empregador que entenda sua necessidade de afastamento porque, dependendo do seu tipo de tratamento, ele pode durar meses.

De maneira geral, ao se tratar de integralidade, pode-se inferir que isto implica proporcionar, ao usuário, atendimento pleno conforme lhe é de direito e acesso a cuidados que vão além da cura de doença, ou seja, que ele encontrará, no sistema de saúde, atendimento para suas necessidades psicológicas, sociais e familiares⁽¹⁶⁾.

Defender a integralidade é defender práticas em saúde intersubjetivas no SUS, envolvendo necessariamente uma dimensão dialógica; é defender também que a oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro⁽¹⁷⁾.

O acesso à saúde oferecido pelo TFD pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida dos usuários, influenciando aspectos da vida social, da dinâmica demográfica, da mortalidade e da expectativa de vida. Morar em locais mais vulneráveis traz consequências relacionadas aos custos dos usuários referentes à infraestrutura, à distância para terem acesso aos serviços públicos, entre outros. Essas características do local, por si só, afetam o nível de bem-estar individual e da comunidade em geral, potencializando seus efeitos sobre o estado de saúde⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Pode-se limitar este estudo pelo fato de ele ter sido dis-

cutido apenas sob a ótica da integralidade, necessitando de estudos futuros em níveis local, regional e nacional, com mais participantes e sob diferentes óticas de análise.

Contribuições para a prática

Nesse contexto apresentado, os modos, as ações, os saberes e fazeres dos profissionais devem apreciar as características, demandas objetivas e subjetivas desse usuário, respeitando os direitos de atenção à saúde e sua participação como coprodutor de saúde individual e coletiva.

CONCLUSÃO

O TFD, à luz da integralidade no Amapá, apresenta fragilidades e soluções de continuidade que permitem afirmar o prejuízo ao cumprimento do princípio da integralidade. Dessa forma, expressado pelos usuários, o acesso aos níveis de média e alta complexidade é insuficiente no Estado. Os usuários encontram dificuldades não só no acesso, na oferta de vagas, mas também na distância enfrentada por eles quando viajam

para outros municípios e/ou Estados, em estrutura de condições de transporte, apoio e hospedagem.

A gestão do TFD precisa compreender o princípio de integralidade e a oferta dos serviços como dimensões do viver. Deve-se compreender este usuário como um ser humano que agrega ambientes, qualidades e expressões individuais e coletivas, que possibilitam recompor a difícil coesão do ser humano – usuário, diante da situação de saúde, que exige uma tomada de decisão do outro. Fica evidente que as necessidades desses usuários vão para além de necessidades de serviços, mas se expressam em necessidades de condições de vida, relação entre profissionais e usuários e em manter autonomia no modo de conduzir sua vida.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

CRBN, GPG, NRS, FPSP, WST, ET: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Santos AGD, Baretta E. Perfil dos pacientes usuários de tratamento fora de domicílio de Erval Velho - SC. Universidade do Oeste de Santa Catarina [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 20]. Available from: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoescAdriana-Galhotto-dos-Santos.pdf>.
- Paraná. Manual de Regulamentação para Tratamento Fora de Domicílio/ TFD no Sistema Único de Saúde – SUS- PR [Internet]. 2007 [cited 2018 out 25]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2007/del034_1_07.PDF.
- Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Conceito de Integralidade em Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://lappis.org.br/site/conceito-de-integralidade-em-saude>.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edições 70/LDA; 2011.
- Oro J, Matos E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. *Enferm. Foco* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 22]; 2(2):137-140. Available from: [doi:https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.113](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.113).
- Gelbocke F, Reibnitz SK, Prado ML, Lima MM, Kloh D. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. *Enferm. Foco* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 22]; 2(2):116-119. Available from: [doi:https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.108](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.108).
- Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais. *REME rev. min. enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 26]; 19(1):65-71. Available from: <http://www.reme.org.br/exportarpdf/986/v19n1a06.pdf>.
- Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado [Internet]. São Paulo - SP. 2004 [cited 2018 nov 26]. Available from: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%20ANCIA%20CO%20SA%20DADE%20-%20TFAlio.pdf>.
- Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 Jan 22]; 42(spe1):302-314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=en.
- Garnelo L, Sousa ABL, SCO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Jan 22]; 22(4):1225-1234. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401225&lng=en.
- Sales OP, Vieira APB, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RKA. O Sistema único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Rev. Hum. Inov.* [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 31]; 6(17):54-65. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045a>.
- Marin HF. Sistema de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics.* [Internet]. 2010 [cited 2018 nov 26]; 2(1): 20-24. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2020 Jan 22]; 20(Suppl 2):S331-S336. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en.
- Barbosa HHMM, Santos ALM, Cruz RAP, Borges RGL, Rodrigues Neto TS. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev. Pan-Amazônica Saúde* [Internet]. 2010 Set [cited 2020 Jan 22]; 1(3):43-47. Disponível em: http://www.scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000300006&lng=pt.
- Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade ELG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de cialização. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Jan [cited 2020 Jan 22]; 30(1):31-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100031&lng=en.
- Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. Esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Oct [cited 2020 Jan 22]; 45(5):1135-1141. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 Oct [cited 2020 Jan 22]; 20(5):1411-1416. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en.
- Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 22]; 34(6):e00213816. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605003&lng=en.