

O CAMINHAR DO USUÁRIO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA

THE USER'S WALK IN THE HEALTH CARE NETWORK: REFLECTIONS AND EXPERIENCES OF STUDENTS
EL TRANSITAR DEL USUARIO EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD: EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA

Hellen de Carvalho Lima ¹

Adson Aragão de Araújo Santos ²

Roberta Stofeles Cecon ³

Anacely Guimarães Costa ⁴

Maria Augusta Vasconcelos Palácio ⁵

Como Citar:

Lima HC, Santos AAA, Cecon RS, Costa AG, Palácio MAV. O Caminhar do Usuário na Rede de Atenção à Saúde: Vivências e Aprendizados de Acadêmicos de Medicina. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Sistema Único de Saúde; Atenção à saúde; Medicina Comunitária.

Descriptors:

Unified Health System; Delivery of Health Care; Community Medicine.

Descriptores:

Sistema Único de Salud; Atención a la Salud; Medicina Comunitaria.

Submetido:

13/09/2023

Aprovado:

20/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Hellen de Carvalho Lima
E-mail: hellenc.lima@gmail.com

RESUMO

Objetiva-se relacionar referenciais teóricos sobre linhas de cuidado em saúde e redes de atenção à saúde com experiências pessoais vivenciadas por acadêmicos de medicina durante visitas domiciliares a usuárias do Sistema Único de Saúde, portadoras de doenças crônicas e infectocontagiosas. Trata-se de relato de experiência que reflete as vivências de acadêmicos de medicina de uma Instituição de Ensino Superior federal, durante uma atividade prática no ano de 2019. A atividade foi acompanhada por uma docente e uma agente comunitária de saúde em uma área coberta por equipes da Estratégia de Saúde da Família no município de Paulo Afonso-BA. Os referenciais teóricos trabalhados em sala de aula orientaram as visitas domiciliares, a fim de que houvesse compreensão das linhas de cuidado em saúde. Os discentes compreenderam a importância das linhas de cuidado em saúde como articuladoras do fluxo de usuários do Sistema Único de Saúde nas redes de atenção à saúde e aprenderam como esses se dão em cenário prático.

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: hellenc.lima@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4708-1499>.
2. Acadêmico do curso de Medicina, Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: adsonaragao10@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2967-9486>.
3. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: roberta.cecon@univasf.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4206-1923>.
4. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus Assis-SP. E-mail: anacely@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6917-1049>.
5. Doutora em Educação em Ciências e Saúde. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: augusta.palacio@univasf.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2780-125X>.

Cert. de Redação Científica: Consultoria Científica. Revisão de texto: Paolla Samento Oliveira. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

The objective is to relate theoretical references about Lines of care and Health Care Networks (RAS) with personal experiences lived by medical students during home visits to users of the Unified Health System with chronic and infectious diseases. This is an experience report that reflects the experiences of medical students at a federal Higher Education Institution, during a practical activity in 2019. The activity was accompanied by a teacher and a community health agent in an area covered by teams from the Family Health Strategy in the city of Paulo Afonso-BA. The theoretical references worked in the classroom guided home visits, so that there was an understanding of the lines of health care. As a result, the students understood the importance of the lines of health care as articulators of the flow of Unified Health System users in the health care networks, in addition to learning, in a practical scenario, how they occur in the reality.

RESUMEN

El objetivo es relacionar referencias teóricas sobre líneas de cuidado en salud y redes de atención a la salud con experiencias personales vividas por estudiantes de medicina durante las visitas domiciliarias a usuarias del Sistema Único de Salud, que padecen enfermedades crónicas e infecciosas. Este se trata de un informe de experiencia que refleja las vivencias de estudiantes de medicina de una Institución de Educación Superior federal, durante una actividad práctica en el año 2019. La actividad fue acompañada por una docente y un agente comunitario de salud en un área cubierta por equipos de la Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Paulo Afonso, Bahía, Brasil. Los referenciales teóricos trabajados en el aula guiaron las visitas domiciliarias, de modo que hubo comprensión de las líneas de atención en salud. Los estudiantes comprendieron la importancia de las líneas de cuidado en salud como articuladoras del flujo de usuarios del Sistema Único de Salud en las redes de atención a la salud y aprendieron cómo estas ocurren en un escenario práctico.

INTRODUÇÃO

As linhas de cuidado em saúde consistem em um modo de organizar fluxos assistenciais e torná-los seguros e garantidos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de atender as necessidades de saúde de cada um deles. Elas expressam o trajeto que os usuários fazem em diferentes segmentos do sistema de saúde, além de contarem com entidades comunitárias e pontos nos quais se presta assistência social^{1,2}. Essas linhas abrangem o sistema de referência e contrarreferência, e são capazes de se estender para além desses fluxos. Estas são denominadas integrais por abordarem três etapas primordiais na atenção à saúde: prevenção, cura e reabilitação³. Desse modo, proporcionam acesso a recursos humanos e tecnológicos para resolver demandas de saúde, encaminhar cada usuário de modo seguro, e acompanhar os processos de trabalho dentro da rede de saúde^{4,2}.

As linhas de cuidado à saúde estão inseridas em uma rede organizacional maior, denominada Rede de Atenção à Saúde (RAS). As RAS consistem em organizações poliárquicas, que unem serviços de saúde vinculados para uma missão comum, atuando de modo cooperativo e interdependente, serviços e recursos humanos, além de linhas de cuidado, no intuito de operar atenção contínua e integral aos

usuários do SUS⁵⁻⁷.

Ambas, RAS e linhas do cuidado, ofertam atenção contínua e integral sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), e busca concretizar a descentralização e horizontalização nesse ponto da rede⁵⁻⁷. Assim, constituem-se como estratégias para promover um cuidado em saúde centrado no usuário, seguindo os princípios do SUS e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

A atenção à saúde possui diferentes níveis que variam conforme serviços prestados, recursos humanos e densidades tecnológicas, fato o qual corrobora com o pensamento de que quanto maior a complexidade de um nível de atenção, maior a sua efetividade⁸. Porém, a efetividade da APS pode chegar a valores superiores a 85%, sendo, portanto, de máxima importância a execução das linhas de cuidado como modo de gerir fluxos de atenção e direcionar de modo ágil, correto e responsável cada usuário em seu trajeto pelos distintos pontos de cuidado em saúde⁸⁻¹⁰.

A RAS e as linhas de cuidado podem se voltar a enfermidades e necessidades de saúde específicas, de modo a orientar os diferentes níveis de atenção à saúde a um mesmo objetivo, como o cuidado com as doenças infectocontagiosas, crônicas ou agudizações de enfermidades^{11,12}. Mesmo com o cenário de transição epidemiológica pelo qual o

Brasil passa, no qual há crescimento da incidência e prevalência de doenças crônicas frente às doenças infectocontagiosas, essas ainda ocorrem no país e merecem ênfase, tendo em vista a existência de diagnóstico, tratamento e prevenção acessível, eficaz e precoce para elas, principalmente, no cenário da APS^{11,12}.

Portanto, objetiva-se relacionar referenciais teóricos acerca das linhas de cuidado e das RAS com experiências pessoais vivenciadas por acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) durante visitas domiciliares a usuárias do SUS.

SÍNTESE DOS DADOS

A atividade aconteceu no mês de outubro de 2019 em uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Paulo Afonso-BA, como componente da proposta pedagógica do eixo de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Sociedade (PIESS), vinculado ao curso de medicina da UNIVASF, *campus* Paulo Afonso (BA). Contou com a presença de discentes e uma docente do curso, além de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que foram até a casa de duas usuárias vinculadas à USF, previamente selecionadas e informadas da visita pela ACS.

A partir de um embasamento teórico construído ao longo das atividades de PIESS, os discentes estavam no território para aprender como as linhas de cuidado se organizam. Durante as visitas domiciliares, puderam conhecer a realidade dos usuários da RAS e obter informações relacionadas ao processo de diagnóstico da doença, o trajeto pela RAS, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico prestados às suas necessidades, como se instituiu o tratamento e por quem foi provido, além da inclusão dessas em práticas de educação em saúde, promoção de saúde e vinculação à USF.

Primeira visita: as fragilidades da linha de cuidado

A compreensão sobre a organização de uma linha de cuidado perpassa pelo entendimento do caminhar do usuário na RAS, o percurso, limites e desafios enfrentados, bem como a garantia da longitudinalidade do cuidado. Deve-se conhecer o histórico do processo de adoecimento e tratamento, e como os diferentes pontos de atenção e profissionais de saúde atuam para prover uma atenção integral.

Com este pano de fundo, ocorreu a primeira visita à Flora (nome fictício), de 76 anos, que mora com a filha, responsável por revelar o percurso da usuária na RAS para tratamento de hanseníase e, também, um câncer. Na época em que a usuária recebeu o diagnóstico de hanseníase, o sistema de saúde do município ainda não contava com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, o tratamento aconteceu de forma satisfatória e alcançou o resultado esperado, ocorrendo no próprio município, em serviço especializado. As doenças negligenciadas, como é o caso da hanseníase, geralmente têm sido tratadas em serviços de referência, e não na APS, conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS), o que pode ser percebido na prática e em estudos sobre a temática^{13, 14}.

Concluído o tratamento para a hanseníase, outra condição crônica que gera impacto na vida do indivíduo e sua família acometeu essa usuária: o câncer. O diagnóstico foi definido em uma consulta de rotina com o dentista da USF, que logo a encaminhou para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Neste serviço de referência, as queixas de dores constantes no maxilar resultaram em um encaminhamento com urgência para a Secretaria Municipal de Saúde do município a fim de ser direcionada para um serviço de especialidade médica, um otorrinolaringologista. Com este profissional, o câncer foi confirmado a partir do apoio diagnóstico do município. A inexistência de um serviço terapêutico oncológico, no entanto, resultou na orientação para que o tratamento fosse feito na capital do estado, a partir da referência do município.

A usuária e sua família optaram por buscar assistência em outro estado, onde possuíam familiares. Nesse momento, essa rede de atenção sofreu uma ruptura para ser iniciada uma nova assistência em outro serviço de referência, também pelo SUS. Apesar de considerarem a qualidade do serviço anterior, o atendimento se desvinculou totalmente da USF, não havendo comunicação entre os diferentes municípios, nem atualizações acerca do estado de saúde e progresso do tratamento.

Posteriormente, uma nova mudança, agora de volta ao seu local de origem e interrupção do tratamento, que foi reiniciado após algum tempo em um local mais próximo à sua residência, contudo, por meio do serviço suplementar de saúde. Nesse novo processo, a usuária não aderiu ao tratamento e, mais uma vez, a USF do bairro não estabeleceu contato com os demais pontos de atenção percorridos. A

saúde suplementar consiste em um sistema de saúde livre à iniciativa privada e regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e funciona pela escolha dos indivíduos e por meio de planos de saúde, complementando o sistema de saúde público¹⁵. No caso apresentado, a usuária utilizou os dois serviços simultaneamente, SUS e rede privada, e não houve solução do problema, mas redundância dos serviços, o que gerou mais gastos e incertezas diante do tratamento e cura da doença.

A interrupção do tratamento aconteceu mais uma vez, de maneira a mostrar fragilidades quanto à continuidade do cuidado e descrédito em relação ao sistema de saúde público. No entanto, os profissionais da USF do bairro, ao saber de seu estado, buscaram uma alternativa para amenizar suas dores e prover a ela melhor qualidade de vida, respeitando sua autonomia e liberdade de escolha frente à própria saúde, ao mesmo tempo em que contaram com o apoio familiar, estratégia preconizada pelas diretrizes do SUS¹⁶.

Desse modo, a usuária recebeu o cuidado dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a fim de preservar suas capacidades frente a uma condição sem possibilidades de mais intervenções terapêuticas. Até o momento da redação deste relato, ela encontrava-se fazendo uso de medicamentos paliativos para alívio da dor. A Atenção Domiciliar (AD) oferecida a ela, consiste em uma modalidade de cuidado em saúde do SUS e, mesmo ocorrendo à distância das unidades de saúde, é parte das RAS, e visa articular serviços em saúde de modo a se adaptar às singularidades de cada indivíduo¹⁷.

Esse caso permitiu aos discentes compreender a importância da existência de linhas de cuidado voltadas às pessoas com acometimentos oncológicos, uma vez que essas são capazes de estabelecer um cuidado centrado nas singularidades de cada indivíduo, buscando por otimização e racionalização de recursos, além de proximidade de sua comunidade e familiares, já que essa condição de saúde demanda um tratamento extensivo e desgaste físico e emocional¹⁸.

Segunda visita: a importância da perseverança na linha de cuidado e sua relação com um caso de tuberculose multirresistente

Os discentes visitaram uma segunda usuária, Jasmim (nome fictício), 31 anos. Percebendo tosse

persistente com expectoração, cansaço e exaustão física, ela recebeu orientação para buscar ajuda em uma USF. Após buscas na internet e leitura de um cartaz na USF do bairro acerca da tuberculose, desconfiou ter essa doença e consultou-se com um enfermeiro da USF, que a referenciou para o serviço especializado no município. As queixas incluíam alterações ponderais, tosse persistente, febre vespertina, sudorese noturna, falta de apetite que, somando-se ao resultado do exame de baciloscopia direta positivo, exame microscópico para diagnóstico de tuberculose pulmonar, e exame de imagem do tórax, confirmaram o diagnóstico da doença, e início do tratamento padrão: esquema básico de tuberculose.

Durante esse primeiro tratamento, a usuária não apresentou a melhora esperada e teve alterações ponderais, concomitantemente à permanência dos sintomas. Dessa forma, foi orientada pela médica que a acompanhava a enviar amostras de escarro, procedimento padrão, para a cidade de Salvador/BA, a fim de realizar um exame de cultura. Com esse evento, o grupo discente refletiu sobre a importância das linhas de atenção à saúde para o fluxo de informações e exames. As RAS devem se preocupar não somente com o fluxo de pessoas, mas de materiais, informações e profissionais¹⁹.

Após o resultado do exame de cultura, constatou-se tratar de uma forma de bactéria, no caso, Bacilos Álcool Ácido Resistentes (BAAR), mais resistente do que os que infectam a população de forma mais recorrente²⁰. A usuária foi classificada como paciente portadora de bacilos extensivamente resistentes a antimicrobianos, condição clínica rara. Tal resistência é direcionada aos dois medicamentos do esquema básico de tratamento de tuberculose.

Frente a esse caso incomum de resistência extensiva a antibióticos, a usuária foi referenciada para um nível de atenção terciária, por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Na capital do estado, em um hospital de referência, começou novo esquema de medicamentos, cujo tratamento durou nove meses, por terem persistido os sintomas da doença, somado aos efeitos adversos medicamentosos.

Neste percurso, por desconhecer que os serviços de hospedagem e transporte são ofertados gratuitamente pelo SUS e direito de todo cidadão, a usuária deslocou-se para Salvador diversas vezes com financiamento próprio, custeando também sua hospedagem ou contando com apoio de amigos. Após o acesso a essa informação, o transporte,

parte integrante do sistema logístico, componente importante para que a RAS possa funcionar, passou a integrar essa linha de cuidado a fim de garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência.

O segundo tratamento para a tuberculose mostrou-se ineficiente e, por tratar-se de um centro de maior densidade tecnológica e maior especificidade para doenças infectocontagiosas, a usuária foi inserida em um tratamento experimental. Para ter acesso a esse recurso e a possibilidade de fazê-lo no seu domicílio, ela recorreu ao MS e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Durante essa fase, Jasmim recebeu cuidados e serviços de diversos pontos das RAS, tais como no SADT para acompanhamento da evolução da tuberculose, rede de farmácias do SUS, transporte e hospedagem para pacientes não residentes na capital baiana, APS e NASF, além de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais fizeram valer os princípios do SUS, tornando o cuidado a essa usuária o mais integral e longitudinal possível.

Evidenciou-se ao longo da visita que se tratava de uma usuária engajada em seu tratamento, e exemplo disso estava na organização de seus exames, laudos e receitas, inclusive mantendo um relatório sobre seus sintomas e evolução de seu tratamento, a fim de ajudar a equipe multiprofissional que a ela prestava assistência. Outro aspecto importante percebido refere-se ao vínculo estabelecido entre ela e os profissionais de saúde.

Comparação entre os casos: um confronto entre a teoria e as realidades

Foi possível estabelecer uma comparação entre os dois casos com os quais os discentes tiveram contato. Evidenciou-se que, mesmo percorrendo diferentes trajetos pelas RAS por meio das linhas de cuidado, ambas as usuárias estabeleceram vínculo com a USF. Mesmo com acometimentos diferentes, a APS exerceu um papel essencial no diagnóstico precoce de doenças infectocontagiosas e crônicas. Nesse contexto, o ACS continuou acompanhando o usuário, observando sua evolução e necessidades clínicas, fato que tornou o processo de tratamento e apoio à cura do paciente muito mais exitoso. Outro papel importante é o de acompanhar, longitudinalmente, o trajeto dos usuários pelos diferentes pontos das RAS, fornecendo apoio multiprofissional, acolhedor e próximo, uma vez que se faz presente nos domicílios,

seja com visita dos profissionais do NASF, seja com cuidados pelos profissionais da ESF²¹.

O que destoou nos dois casos não foi a força de vontade para manter contato ou uma falha na relação com os serviços de saúde, mas a diferença no alcance das informações e possibilidades que são garantidas por lei e que ainda demandam busca ativa pelos usuários. Ou seja, é preciso insistência pessoal no acompanhamento e tratamento a fim de que os profissionais consigam estabelecer o fluxo de informações e usuários no sistema. Além disso, é essencial que a APS persevere nas práticas de educação em saúde e longitudinalidade do cuidado, corresponsabilizando-se tanto pelos cuidados em saúde dos usuários quanto pelo trajeto que esses desenvolvem nas RAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As linhas do cuidado são ferramentas essenciais ao cuidado longitudinal, humanizado e acolhedor, o qual preze pela individualidade e singularidade de cada usuário. Assim, considera-se que é indispensável conhecer a estrutura e o funcionamento das RAS e as linhas de cuidado em cada região. Para acompanhar cada usuário(a) do SUS em seu percurso pelas instituições de saúde, ao alinhar os objetivos dessas a um ponto comum, é necessário que profissionais de saúde compreendam de forma adequada as linhas de cuidado e seu funcionamento.

Mesmo tratando-se de enfermidades distintas, as quais destoam em suas causas, cursos, diagnósticos e tratamentos, ambas as usuárias percorreram trajetos com pontos em comum. Tal percurso iniciou na APS, que encontra na USF seu principal expoente. Nesse ponto da atenção, as práticas de educação em saúde, conscientização, prevenção de agravos e diagnóstico desses, além de tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, permitem concluir sua importante função de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, e o vínculo e aproximação com os usuários.

As atividades práticas possuem potencial para fortalecer conhecimentos teóricos, além de possibilitar maior compreensão acerca de como funciona a rede de saúde na teoria e na prática cotidiana. Ademais, essas atividades possibilitam a construção de um conhecimento crítico acerca das qualidades e adversidades presentes nas políticas de saúde, podendo, portanto, sempre evoluir e melhorar a saúde pública da cidade, do estado e do país. O melhor método para estabelecer uma boa relação

entre acadêmicos dos cursos de saúde, usuários do SUS e profissionais de saúde é a convivência e o diálogo. A partir disso, será possível compartilhar vivências, construir mutuamente conhecimentos teóricos e práticos, e, por fim, desenvolver habilidades humanistas, acolhedoras e integrais, essenciais à concretização dos princípios do SUS na realidade das RAS e das linhas de cuidado.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos usuários do serviço de saúde e agentes comunitárias de saúde que contribuíram com a realização desta atividade.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Hellen de Carvalho Lima e Adson Aragão de Araújo Santos contribuíram igualmente na elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação. Roberta Stofeles Cecon, Anacely Guimarães Costa e Maria Augusta Palácio contribuíram igualmente na orientação e supervisão da atividade, na redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores são responsáveis por seu conteúdo e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-134.
2. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WDS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Cien Saude Colet* 2016; 21: 843-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
3. Silva Junior AGD, Alves CA, Alves MGDMA. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
4. Kalichman AO, Ayres JRDCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 32: e00183415.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*, 2010;15: 2297-2305.
6. Chueiri OS, Harzheim E, Takeda SM. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde—uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade* 2017; 12(39): 1-18. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1363>
7. De Freitas MAS, De Araújo MRN. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Revista Brasileira de Políticas Públicas* 2018;8(3). <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5739>
8. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Do Nascimento MN, Cavalcante YA, *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da Atenção Primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *Sanare* 2018; 17(1). <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1224>
9. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PFD, *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Cien Saude Colet* 2017; 22: 1141-1154. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
10. Almeida PFD, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate* 2018; 42: 244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
11. Araújo EMNFD, Freitas DAS, Henriques AHB, Nogueira MF *et al.* Managing care for older adults with tuberculosis in Primary Care: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2020; 23(6). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190269>
12. Megier ER, Monteiro AS, Da Silva Gomes E, Oliveira IC *et al.* Atenção à saúde de indivíduos com tuberculose: itinerário terapêutico e proposição de fluxograma. *Research, Society and Development* 2021;10(1): e58610112099-e58610112099. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12099>
13. Brasil. Ministério de Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Ministério da Saúde Brasília (DF) 2017.
14. Neta OAG, Arruda GMMS, Carvalho MMB, Gadelha RRM. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2017;30(2):239-248. <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p239>
15. De Barros FPC, Amaral TCL. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 2017; 16:39-45.
16. Gaspar RB, Silva MMD, Zepeda KGM, Silva Í R. O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso

na terminalidade da vida. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2019; 72(6):1639-1645. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0768>

17. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KLD *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate* 2019; 43:592-604.

18. Da Silva KF, Pucci VR, Flores TG, Giaretton DWL *et al.* Construindo a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo em um município do sul do Brasil: relato de experiência. *Revista de APS* 2018; 21(3). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15944>

19. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Cien Saude Colet* 2017; 22:1281-1289. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>

20. Ballesterero JGDA, Garcia JM, Bollela VR, Ruffino-Netto A *et al.* Management of multidrug-resistant tuberculosis: main recommendations of the Brazilian guidelines. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2020; 46(2). <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20190290>

21. Neves ACDOJ, De Castro EAB, Da Costa SRD. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enfermagem* 2016; 21 (4) <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653833015/html/>

