

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANGÉLICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS



**ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE ESPECIALIZADOS EM MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE/MS
2019

ANGÉLICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS

**Análise do processo de regionalização dos serviços de saúde
especializados em Mato Grosso do Sul**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito para obtenção do título de mestre pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Dra. Ana Rita Barbieri

CAMPO GRANDE/MS
2019

ANGÉLICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS

**Análise do processo de regionalização dos serviços de saúde
especializados em Mato Grosso do Sul**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de mestre pela Universidade
Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação
da Prof. Dra. Ana Rita Barbieri.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito _____.

Campo Grande, MS, ____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Prof. Dra. Ana Rita Barbieri
INISA – orientadora

Prof. Dra Elen Ferraz Teston
INISA

Prof. Dr. Marcos Antonio Ferreira Júnior
INISA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para a sua construção, em especial aos entrevistados da pesquisa (usuários do sistema de saúde, gestores dos serviços de saúde e secretários municipais de saúde de todas as microrregiões), a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, a Secretaria de Estado de Saúde e aos integrantes do grupo de pesquisa Políticas públicas: planejamento, avaliação e equidade em saúde. Espero que de alguma forma, esta pesquisa possa contribuir para as políticas públicas de saúde do estado de Mato Grosso do Sul.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela oportunidade de estar nesta vida evoluindo como profissional, pela perseverança e força que sempre me deu. A Jesus, meu maior exemplo de sabedoria e fé e aos meus amigos e anjos de luz, que sempre me apoiam e me dão boas energias.

A minha orientadora Professora Ana Rita Barbieri, primeiramente por aceitar me orientar e me transmitir um pouco de todo seu conhecimento. É alguém que me inspira e me faz acreditar que se pode ser alguém melhor quando se dedica e ama o que faz. Sou muito grata pela oportunidade que me concedeu e por todo ensinamento que tive com a senhora nestes dois anos.

Agradeço ao meu companheiro dessa vida Lutero. Por todos os momentos em que eu achava que não fosse dar conta e ele estava lá, segurando minha mão e me mostrando o caminho. Por tantas vezes em que foi minha inspiração de foco e confiança em mim mesma, eu sou eternamente grata.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe que sempre foi a minha motivação para ser alguém melhor. Se eu pude chegar até aqui hoje foi graças a você mãe. Obrigada! A minha irmã Stéphanie, que sempre me inspirou, me levou para escola e para a faculdade e me ajudou nas minhas dificuldades e Pedro Henrique, meu irmão caçula que deu um motivo a mais pra querer ser alguém melhor. Agradeço ao meu sobrinho Guilherme que quando eu estou cansada e saturada, chega com sua luz inocente e tranquiliza tudo. Também agradeço ao meu Pai, que quando criança, me ensinou a gostar de estudar.

A toda a família do Lutero, em especial a sua irmã Cleuzieli, que foi a ponte entre mim e o mestrado. Eu não tenho palavras para agradecer ao que você fez por mim. Você é um exemplo pra mim de profissional e de pessoa.

Agradeço a todos os meus amigos, em especial Thalita, Bia, Leandro, Lu, Simony, Luanna (e minha afilhada linda, Lunna), Maria dos Remédios, Anderson e todos os outros que sempre estiveram ali também, mesmo quando precisei me afastar e focar nos estudos, nunca me abandonaram e sempre me motivaram. Quando precisei ensaiar apresentações, ouviam e me davam ideias. A vocês sou eternamente grata.

Aos integrantes do grupo de pesquisa “Políticas públicas: planejamento, avaliação e equidade em saúde”, que me deram muita força, em especial aos alunos

que viajaram comigo, Akemi, Jean e Alice, obrigada! As professoras Andreia Insabralde e Flavia Zuque, que também me ajudaram desde a coleta de dados a escolha de revistas. E ao Daniel Tsuha que desde o início sempre muito solícito e atencioso me ajudou até com as pequenas coisas. Sou muito grata a todos vocês que me ajudaram a construir este trabalho.

Agradeço a toda equipe da Hiperrim, a equipe técnica e administrativa e em especial aos médicos Dra Paola Bustilho, Dra Rafaela Campanhollo, aos donos Dr Nelson Quintão, Dra Mirian Sandri e Dr Fernando Batoni, ao administrador Sr Alaor que desde o início sempre foram muito compreensivos e me apoiaram a continuar estudando. Sou muito grata por fazer parte de uma equipe como esta. Outro agradecimento especial aos meus colegas de profissão, minha chefe enfermeira Yara Celly, e aos colegas Enfermeira Carmen Gomes, Henrique Oshiro, Rozely de Almeida, Simone Gonçalves e Danilo Vaz. Agradeço a cada um que deixou de fazer algo pra si para trocar plantão comigo para que eu pudesse estar na universidade. Por segurar em dias em que precisei atrasar e por compreender a importância disso na minha vida. Sem vocês eu não teria conseguido.

A todos do programa de Pós Graduação em saúde da família. Todos os professores e equipe administrativa pelo apoio e parceria. E aos meus colegas de mestrado, que se tornaram grandes amigos. Que a nossa turma, tão unida, sempre deu forças um ao outro para que chegássemos até aqui. A todos vocês: Muito Obrigada!

Enfim, aqui deixo meu eterno agradecimento a todos que de alguma forma me ajudaram a construir este trabalho e alcançar o tão sonhado título de mestre.

Muito obrigada!

“(...)Continuarei resoluto nas minhas convicções científicas, e nem um dia eu me afastarei dos sentimentos de zelo pela vida e pela saúde dos meus patrícios nos campos. É meu dever de médico, é a solidariedade humana que me orienta”(Carlos Chagas, 1923).

RESUMO

Em 2015, o Governo do Estado do Mato Grosso do Sul assumiu o compromisso com a reestruturação do sistema de saúde, a fim de ampliar as condições de acesso nas regiões e microrregiões. Um dos programas criados foi a “Caravana da saúde” com oferta de exames e consultas de diferentes especialidades. Outro mecanismo proposto foi a reestruturação e aumento de leitos em hospitais e serviços especializados, distribuído nas microrregiões. Nesse sentido, foi desenvolvida esta pesquisa que tem como objetivo analisar a estruturação da regionalização dos serviços de saúde especializados em Mato Grosso do Sul. Trata-se de uma pesquisa transversal, por meio de entrevistas com gestores municipais, gerentes de serviços e usuários nos municípios sede das microrregiões, que receberam incentivos financeiros ou equipamentos para a atenção especializada. A pesquisa possui autorização do Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. As análises foram realizadas comparando gestores, gerentes e usuários através de dimensões, analisando a distribuição, similaridades e dissimilaridades com nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). O período de coleta de dados foi de março de 2017 a outubro de 2018. Dos 11 gestores entrevistados, 63,3% referem não ter participado do processo de decisão sobre as necessidades da unidade. De 20 gerentes dos serviços, 85% referem atender por situações que poderiam ser resolvidas na atenção primária. Foram entrevistados 108 usuários, onde 53,7%, referem ter tido acesso a unidade através de entrada pelo pronto atendimento. Ao analisar a política, observou-se que os investimentos foram importantes para a regionalização, porém, a falta de comunicação entre os municípios da região ainda é um entrave. O processo decisório também apresenta problemas pois não considera os gestores e também os gerentes para a tomada de decisão. Recomenda-se articulações com os entes de cada região a fim de discutir as principais necessidades dos mesmos para as ações de saúde. Existe uma necessidade de fortalecimento da estratégia saúde da família para melhoria do acesso e equidade em saúde nos municípios estudados. A regionalização deve ser eficaz desde a atenção primária e integrada com a estratégia da saúde da família, diminuindo internações e entradas em pronto atendimentos evitáveis.

Palavras-Chave: Política de Saúde, Avaliação em Saúde, Regionalização, Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde e Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In 2015, the State Government of Mato Grosso do Sul assumed the commitment to the restructuring of the health system, in order to expand access conditions in the regions and microregions. One of the programs created was the "Caravan of health" with offer of examinations and consultations of different specialties. Another proposed mechanism was the restructuring and increase of beds in hospitals and specialized services, distributed in the microregions. In this sense, this research was developed that aims to analyze the structuring of the regionalization of specialized health services in Mato Grosso do Sul. This is a transversal research, through interviews with municipal managers, service managers and users in the municipalities headquarters of micro-regions, which received financial incentives or equipment for specialized care. The analyzes were performed comparing managers, services managers and users through dimensions, analyzing the distribution, similarities and dissimilarities with a level of statistical significance of 5% ($p < 0.05$). The data collection period was from March 2017 to October 2018. Of the 11 managers interviewed, 63.3% reported not having participated in the decision process regarding the unit's needs. Of 20 service managers, 85% report attending to situations that could be resolved in primary care. A total of 108 users were interviewed, where 53.7% reported having access to the unit through entry through the prompt service. When analyzing the policy, it was observed that the investments were important for the regionalization, however, the lack of communication between the municipalities of the region is still an obstacle. The decision-making process also presents problems because it does not consider managers and also services managers to make decisions. It is recommended to articulate with the entities of each region in order to discuss their main needs for health actions. There is a need to strengthen the family health strategy to improve access and equity in health in the municipalities studied. Regionalization should be effective from primary care and integrated with the family health strategy, reducing hospitalizations and entering ready avoidable care.

Keywords: Health policy, Health Evaluation, Regional Health Planning, Equity in Access to Health Services and Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa do Mato Grosso do Sul com detalhamento das microrregiões de saúde, Campo Grande, MS, 2019.....	21
Figura 2 –	Matriz e variáveis de estudo, Campo Grande, MS, 2018.....	25
Quadro 1-	Dimensões da concepção de regionalização e questões respondidas pelos gestores, gerentes dos serviços e usuários, Campo Grande, MS,2018.....	27

LISTA DE TABELAS

EM ARTIGO

- Tabela 1 – Dimensões referentes a condição da regionalização dos serviços de saúde nas sedes de microrregiões de saúde de Mato Grosso do Sul, 2018 38
- Tabela 2 – Dimensões relativas às condições de atendimento referidas pelos usuários no Mato Grosso do Sul, 2018..... 40

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CCAENA	<i>Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención</i>
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COSEMS/MS	Conselho de secretarias municipais de saúde de Mato Grosso do Sul
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
GM	Gestor Municipal de Saúde
GS	Gerente do Serviço de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Mato Grosso do Sul
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SES/MS	Secretaria de Estado Saúde de Mato Grosso do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U	Usuários

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Políticas públicas.....	15
2.2 Descentralização, hierarquização e regionalização.....	15
2.3 Equidade no acesso aos serviços de saúde.....	17
2.4 Saúde da família, serviços especializados e Redes de Atenção à Saúde....	18
2.5 Governança na gestão de redes.....	20
2.6 A cobertura universal de saúde.....	20
2.7 A regionalização no Mato Grosso do Sul.....	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
4 DESENHO METODOLÓGICO	24
4.1 Tipo de Estudo.....	24
4.2 Matriz e variáveis.....	24
4.3 Locais e períodos.....	25
4.4 População e amostra	25
4.5 Coleta de dados.....	26
4.6 Análise dos dados e considerações éticas.....	26
5 RESULTADOS	29
6 ARTIGO	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	56
ANEXOS	66

1 INTRODUÇÃO

Na década de 90, houve um forte movimento de descentralização da atenção primária à saúde, transferindo a sua gestão para os municípios. Na época, os municípios do país assumiram ações básicas de saúde para a totalidade dos seus municípios. No entanto, os serviços de maior complexidade, concentrados em municípios de maior densidade populacional não alcançavam a população que deles precisavam (PAIM *et al.*,2011).

A regionalização foi oficialmente inserida nas normas operacionais nos anos 2000, como uma estratégia política para lidar com a dimensão territorial e organizar a atenção secundária e terciária, uma vez que houve o aumento da desigualdade dentro das regiões entre os municípios (ALBUQUERQUE;VIANA, 2015).O Plano Diretor de Regionalização foi criado no estado do Mato Grosso do Sul no ano de2011 a partir do estabelecimento do modelo assistencial. Em 2015foi aprovado no mesmo estado, por meio das decisões da comissão Inter gestores bipartite estadual, alterações no Plano Diretor de Regionalização (PDR), compondo e dividindo o estado em quatro regiões de saúde: Corumbá, Campo Grande, Dourados e Três Lagoas e onze microrregiões de saúde constituída por: Corumbá, Coxim, Campo Grande, Aquidauana, Paranaíba, Três Lagoas, Jardim, Dourados, Nova Andradina, Ponta Porã e Naviraí (MATO GROSSO DO SUL, 2015).

Neste mesmo ano, o Governo do Estado do Mato Grosso do Sul assumiu o compromisso com a reestruturação do sistema de saúde, afim de ampliar as condições de acesso a saúde nas regiões e microrregiões, proporcionando assim - assistência integral à sua população. Um dos programas criados foi a “Caravana da saúde” com realização de exames e consultas de variadas especialidades, diminuindo as filas e sobrecarga da capital. Outro mecanismo proposto foi a reestruturação e aumento de leitos em hospitais e serviços especializados variados de saúde, como abertura de novos centros de hemodiálise, leitos e aquisição de equipamentos distribuído nas microrregiões. (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

Considerando a importância da Regionalização na formação das redes, a estratégia Saúde da Família, que se inicia no primeiro contato da população aos serviços de saúde, deve proporcionar mecanismos para a articulação das atenções onde o serviço se organiza de fora que possibilite atenção integral ao usuário.

Nesse sentido, justificado pela necessidade de se analisar as políticas de saúde implantadas, foi desenvolvida uma pesquisa acerca do tema grupo de pesquisa “Políticas públicas: planejamento, avaliação e equidade em saúde”, coordenado pela Dra. Ana Rita Barbieri e dividida em duas partes: Uma parte sobre a caravana da saúde e outra sobre a reestruturação dos serviços.

Acerca da reestruturação dos serviços, foi desenvolvido este trabalho, com base na regionalização dos serviços especializados realizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul a partir de 2015. Os resultados deste estudo podem contribuir para a qualidade no atendimento nas regiões de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Políticas públicas

As políticas públicas conferem a legitimidade e recursos para as ações dos gestores. Estas são definidas como a junção de ações para o desenvolvimento dos interesses devendo haver um planejamento e organização para a sua realização. Nos seus processos inclui definição de agenda, desenvolvimento de alternativas, implementação de decisões e avaliação de medidas públicas(WU *et al.*,2014).

O SUS desde a sua criação é considerado uma política pública por estabelecer a saúde como direito de todos e dever do estado. A Constituição de 1988 em sua apresentação reitera que as três esferas de governo devem essencialmente fomentar o sistema para assegurar o acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde estabelece as responsabilidades e atribuições de cada esfera governamental, seja Municipal, Estadual ou Federal. Assim, embora os municípios tenham autonomia, devem se articular com outros da região para, com uma direção única, estabelecer regiões de saúde visando o atendimento das necessidades da população (BRASIL, 1990).

A avaliação é um instrumento essencial para a condução dos processos de governo, uma vez que compõe o processo decisório e é determinante para conhecer os resultados das ações e redesenhar projeto para aperfeiçoamento do seu desempenho no futuro. É de suma importância a sua realização não só por sintetizar, identificar e buscar corrigir um problema, mas também por desenvolver novas informações sobre a eficácia da política (GARCIA, 2015;WU *et al.*,2014).

2.2 Descentralização, hierarquização e regionalização

Desde 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização por meio da descentralização vem sendo um dos princípios norteadores para o sistema, onde os municípios através das regiões de saúde se unem para desenvolver de forma descentralizada as ações de saúde de sua responsabilidade. Logo, regionalização e descentralização consistem em integrações de esferas do governo para a responsabilização e resolutividade de funções que levam ao mesmo fim (BRASIL, 1990).

A descentralização, hierarquização e regionalização fazem parte da estrutura constitucional do SUS, onde todas as esferas devem cooperar para sua manutenção. Descentralização e regionalização são processos políticos em que as esferas do governo, integradas, assumem diferentes funções para o mesmo fim (BRASIL, 1990).

Portanto, hierarquização, descentralização e regionalização são princípios organizativos primordiais para se manter a equidade no sistema de saúde brasileiro. A hierarquização se define como a organização em níveis crescentes de complexidade, ajudando a organizar o serviço por níveis de prioridade.

Por sua vez, descentralização é a transferência do poder onde a região torna-se a total responsável pela execução das ações, ficando o poder então, mais “próximo” do usuário, facilitando até mesmo a tomada de decisão. Porém nem sempre o município é capaz de arcar com as necessidades dos seus munícipes, então a regionalização é uma articulação com base na localização para que os municípios possam se agrupar e unificar os serviços afim de prestar atendimento igualitário para seus usuários (PAIM *et al.*, 2011).

Nesse contexto, deve-se considerar a realidade territorial das regiões e fluxo de população de cada município a fim de elencar prioridades viáveis a serem implementadas (FERREIRA *et al.*, 2018).

A regionalização foi oficialmente inserida nas normas operacionais nos anos 2000, como uma estratégia política para lidar com a dimensão territorial e organizar a atenção secundária e terciária, uma vez que houve o aumento da desigualdade dentro das regiões entre os municípios (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Considerando o início do processo de descentralização da saúde, a regionalização teve seu início tardio (GUERRA, 2015). Regionalização e descentralização são dois termos interdependentes, porém, distintos. A descentralização induz os municípios a autonomia, onde há definição de responsabilidades com repasses financeiros e conselhos representativos (PAIM *et al.*, 2011). A saúde é o único setor em que as políticas públicas são totalmente descentralizadas. A partir de sua autonomia, gestores municipais ao tomar esse poder para execução das ações, tem auxílio na regionalização. Esta, por uma vez, caracteriza-se pela divisão em regiões com base na organização territorial, para que a execução aconteça de forma descentralizada. Logo, para haver descentralização com equidade, é necessária regionalização e para que a regionalização realmente

ocorra, a descentralização do poder e serviços também é fundamental (PEREIRA *et al.*, 2015).

A municipalização colocou os gestores municipais a frente das decisões da política de saúde ofertada ao município. As intervenções necessárias são realizadas de forma municipalista com a tomada de decisões descentralizada e estabelecida pelo município. Mesmo sob coordenação do Ministério da Saúde a autonomia dos municípios provém o controle público da saúde local (BARRETO JR, 2015).

2.3 Equidade no acesso aos serviços de saúde

A equidade, princípio do SUS que norteia a regionalização, constitui uma das metas para a reorganização dos serviços de saúde (CHEN *et al.*, 2014). Esta pode ser horizontal, quando o tratamento é igualitário para as necessidades afins, ou vertical quando o tratamento é distinto para necessidades distintas (GARCIA-SUBIRATS *et al.*, 2014a).

A ênfase da busca por equidade no sistema está na regionalização como estratégia para a hierarquização e descentralização, uma vez que a organização territorial em regiões e microrregiões objetiva garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços de saúde correspondente a sua necessidade (BARRETO JR, 2015).

Para a atenção primária, os municípios responsáveis têm maior facilidade em atender a demanda, além de dar um melhor atendimento, visto que com a descentralização, o atendimento é mais específico de acordo com região atendida. Porém, para a assistência secundária e terciária, pela falta de estrutura e insumos há uma dificuldade na realização das intervenções, necessitando assim de apoio de municípios vizinhos, acarretando muitas vezes em sobrecargas nos serviços destes (PAIM *et al.*, 2011).

Mas a necessidade de acabar com o sistema centralizado e a responsabilidade concedida aos municípios, estes executores das ações, fez com que as regiões de saúde fossem deixadas de lado. A ideia da integração dos serviços era pensada como algo realizado pelo Estado e União, não sendo trabalhadas propostas e acordos para efetivar a região como foco central do SUS (SANTOS; CAMPOS, 2015).

E também, dentro do fracionamento do sistema proposto pela regionalização há uma centralização federal das políticas de saúde que nem sempre são compatíveis com as necessidades e propostas das determinadas regiões(SANTOS;CAMPOS, 2015).

Outro obstáculo encontrado é a evidente desigualdade econômica entre os municípios. A descentralização em caráter primário traz benefícios aos pacientes por proporcionar a estes, facilidades para o atendimento próximo a sua residência e por possuir profissionais com conhecimento prévio da determinada área. Mas a nível secundário e terciário, este não é tão eficaz por causa da desigualdade geográfica e social existentes nas cidades brasileiras. A taxa de mortalidade infantil no Nordeste, por exemplo, é 2,24 vezes maior que na região Sul (PAIM *et al.*, 2011).

Este mesmo estudo de Paim *et al.* (2011) constata que a internação do paciente ocorre dependente da disponibilidade de leito. Isto é, a probabilidade de internação está ligada diretamente a disponibilidade de leito daquele município. Logo, para a resolução do problema a nível imediato, os municípios vizinhos que possuem maior estrutura cedem aos que necessitam as vagas que possuem acarretando muitas vezes em sobrecarga e superlotação destes serviços.

Garcia-Subirats *et al.* (2014b) afirmam que essa desigualdade no Brasil é evidente com a separação social no atendimento. Enquanto a atenção primária é mais eficaz nas classes mais pobres, com a atenção secundária acontece o inverso.

Para estas situações, a solidariedade e cooperação intermunicipal são intervenções incentivadas pela regionalização (GUERRA, 2015). A descentralização causou a necessidade de pactos intermunicipais, para negociações de repasses financeiros do Ministério da Saúde para as cidades (BARRETO JR, 2015).

2.4 A estratégia de Saúde da família, serviços especializados e as Redes de Atenção à Saúde

O programa Saúde da Família, nascido em 1993 como uma proposta para reestruturação do serviço de saúde no Brasil, se inicia no primeiro contato da população e suas necessidades. O cuidado, integral e longitudinal propicia maior racionalidade na utilização dos serviços (BRASIL, 2010).

Todavia, mesmo não sendo maioria, não é rara a necessidade de atendimento especializado nos casos mais graves ou de maior dificuldade diagnóstica. O acesso especializado é necessário para a integralidade da assistência (TESSER, 2017).

Logo, para a assistência total do cuidado, são necessárias articulações da atenção primária, fornecida pela Estratégia de Saúde da Família, com serviços especializados, gerando assim, organização no serviço possibilitando atenção integral ao usuário (BRASIL, 2010).

Este serviço especializado pode ser caracterizado como o nível de atenção e atuação de profissionais no cuidado de condições mais incomuns para a atenção primária, que exigem alto nível de conhecimento técnico e/ou equipamentos especializados. É o segundo acesso da população a assistência à saúde e deve atuar como referência e consultoria para a atenção primária (BRASIL, 2010).

O decreto 7508 de junho de 2011 define redes de atenção à saúde como “Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. Logo, a organização da atenção articulada e integrada por redes na égide da regionalização organiza a atenção por níveis de complexidade e oferece mecanismos para a cobertura e acesso universal equânime (BRASIL, 2011).

Com a implantação das redes de atenção, a política de financiamento diferencia os valores repassados aos municípios de acordo com o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, número de aderentes a plano de saúde privado, população com auxílio Bolsa Família e percentual de população em extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2014).

Também as redes de atenção à saúde são constituídas de forma hierarquizada, onde os municípios de pequeno porte devem oferecer minimamente os serviços de atenção primária enquanto que os maiores devem acolher a sua população e a dos municípios do entorno de forma a cobrir toda a população da região com serviços hospitalares e ambulatoriais especializados. O financiamento e a garantia do acesso devem ser partilhados e definidos de forma participativa entre os envolvidos, com a gestão do estado (GODOI *et al.*, 2017).

A ordenação de redes está diretamente conectada com o planejamento adequado. A atenção básica deve reconhecer a necessidade da sua população abrangente a fim de organizar-se para a promoção dos serviços necessários aos

seus usuários. A resolutividade destas ações na atenção básica é um componente primordial para os mecanismos de gestão da governança. No momento em que a atenção básica é resolutiva, diminui-se a busca pela atenção secundária (BRASIL, 2018).

A utilização de protocolos para a qualificação dos encaminhamentos à média e/ou alta complexidade também aumentam de forma indireta a resolutividade na atenção, uma vez que, as diretrizes estabelecem padrões e organizam o acesso de forma igualitária (BRASIL, 2018).

A gestão da rede regionalizada é essencial para a conservação de uma política social como o SUS.

2.5 Governança na gestão de redes

O principal foco de discussão sobre a governança no âmbito do SUS tem sido sobre a gestão de redes de atenção à saúde. A ideia é de que, as organizações trabalhem de forma horizontal, ou seja, sem hierarquia, para alcançar os objetivos do SUS (BRASIL, 2018).

A governança, componente indispensável na organização de uma rede regionalizada, caracteriza-se como a participação no processo decisório, integrado por vários sujeitos com diferentes graus de autonomia. Esta representa a diversidade dos interesses entre os sujeitos em um quadro institucional estável, favorecendo assim as relações e cooperação entre a sociedade, os trabalhadores e seus governantes (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

As comissões Intergestores são importantes no processo de regionalização, pois estas possibilitam a identificação dos tipos de governança. Esta depende da forma da instituição e do diálogo dos grupos para as ações de definição, acompanhamento, implementação e avaliação de políticas públicas (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

2.6 A cobertura universal de saúde

A cobertura universal é uma prioridade para a saúde global e meta definida pelos países signatários das Nações Unidas, ONU (OMS, 2014). Dentre os Objetivos do Milênio está a garantia de promover a saúde e o bem-estar para a população em

todas as idades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a meta de alcançar 80% da população com serviços essenciais, sendo assim, definiu um modelo que inclui a cobertura de serviços de saúde e equidade no acesso aos serviços de saúde (HAN *et al.*, 2018).

Países de baixa renda, que apresentam dificuldades para fornecer os serviços de saúde pública às suas populações, estão reformulando as políticas a fim de oferecer a cobertura de serviços essenciais até 2030 (RAHMAN *et al.*, 2018, SUN *et al.*, 2017).

2.8 A regionalização no Mato Grosso do Sul

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa, IBGE, (2010), o Estado do Mato Grosso do Sul possui população estimada de 2.682.386 habitantes, distribuídos em 79 municípios. Como em todo o território brasileiro, após a consolidação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), cada esfera do governo realiza a sua função para o desenvolvimento da saúde no Estado, sendo os municípios os maiores responsáveis pela execução.

Situado na região Centro-Oeste do Brasil, o Estado do Mato Grosso do Sul é considerado um estado com baixa densidade demográfica (IBGE, 2010) seus municípios são divididos em quatro regiões e onze microrregiões como apresentadas na figura 1 (MATO GROSSO DO SUL, 2012):

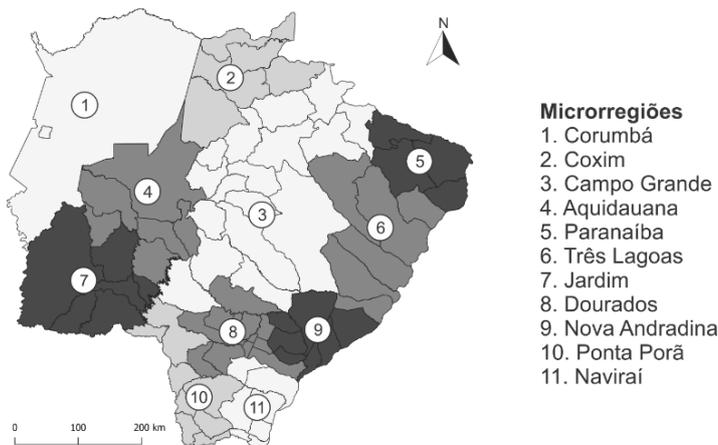


Figura 1: Mapa do Mato Grosso do Sul com detalhamento das microrregiões de saúde, Campo Grande, MS, 2019.

Mesmo com a regionalização, os serviços mais complexos estão concentrados em Campo Grande, sua capital, gerando sobrecarga. No setor de hemodiálise, por exemplo, até 2015 haviam 12 clínicas no Estado, sendo cinco na capital e sete no interior e para mais de 16% dos pacientes, a distância percorrida para a realização de cada sessão era maior que 100 km. Isso resulta muitas vezes em migrações para outras cidades, mortes prematuras decorrentes da não adesão ou abandono do tratamento por causa da distância (BARBIERI, 2015).

Nesta situação, o Governo do Estado do Mato Grosso do Sul por meio da Secretaria Estadual de Saúde promoveu ações para estimular a regionalização, com incentivo e verbas em diferentes cidades sedes de microrregiões, levando maior número de leitos, aparelhos e insumos a nível secundários e terciários, afim de diminuir a sobrecarga em determinadas regiões e dar maior qualidade de atendimento e conforto aos usuários (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

O princípio número três do plano de governo da atual gestão estabelece atendimento igualitário a todas as regiões promovendo a equidade e regionalização. Tem como objetivo a extinção da política de “ambulanciaterapia”, esta, acarretada pelo excesso de tratamento fora de domicílio registrado no Estado (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o processo de regionalização dos serviços de saúde especializados em Mato Grosso do Sul de 2015 a 2017 sob a ótica de gestores, gerentes e usuários.

3.2 Específicos

- a) Descrever a participação de gerentes e gestores dos serviços de saúde nas microrregiões de Mato Grosso do Sul no processo de regionalização;
- b) Identificar o acesso, resolutividade e satisfação do usuário dos serviços de saúde especializados em Mato Grosso do Sul.
- c) Analisar a estrutura regionalizada dos serviços de saúde das microrregiões de Mato Grosso do Sul.

4 DESENHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa realizada no estado do Mato Grosso do Sul, por meio de dados secundários e entrevistas (primários) nos municípios que receberam incentivos financeiros ou equipamentos para a atenção especializada: Aquidauana, Campo Grande, Coxim, Jardim, Corumbá, Dourados, Nova Andradina, Naviraí, Ponta Porã, Paranaíba e Três Lagoas.

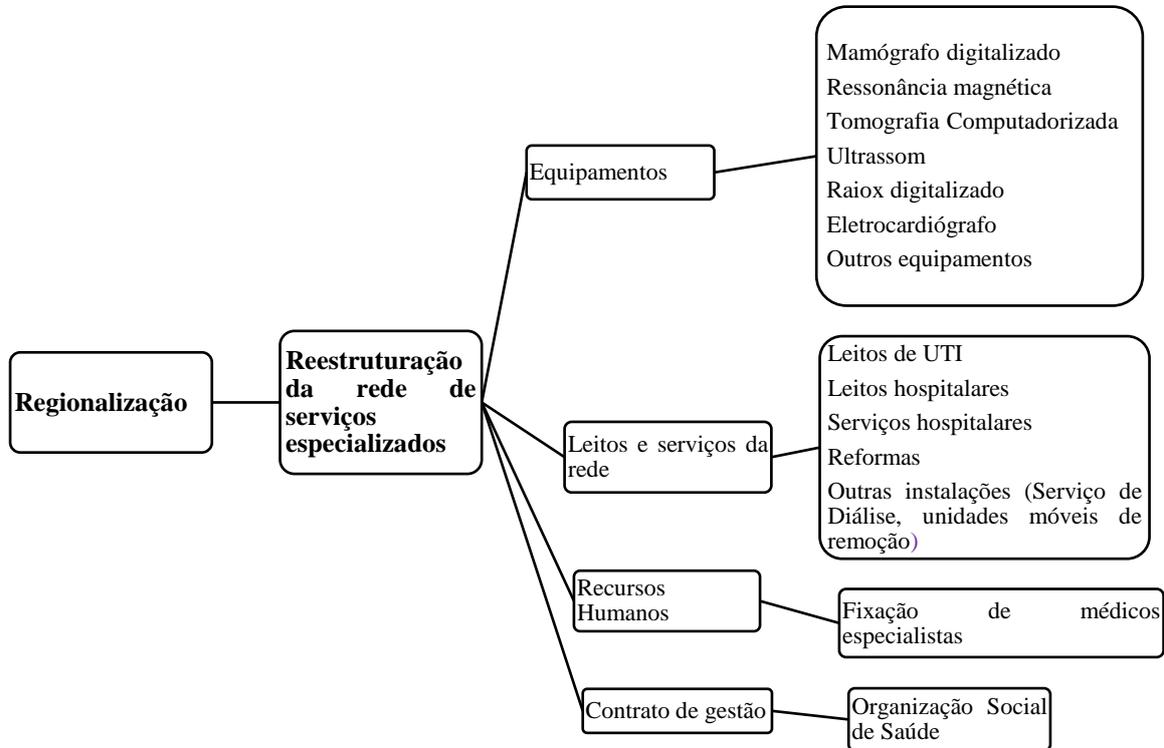
Os dados secundários foram obtidos por meio de uma busca por todos os investimentos realizados nas microrregiões no período de 2015 a 2017, através da leitura do diário oficial do Mato Grosso do Sul e site oficial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES-MS). Foram selecionados todos os investimentos em que constam na matriz da figura 2.

As informações primárias foram colhidas com a aplicação de formulários em entrevistas semiestruturadas com os gestores de saúde dos municípios, gerentes dos serviços de saúde e usuários.

4.2 Matriz e variáveis

Os serviços especializados no qual foram avaliados os incentivos para regionalização foram: Investimentos em hospitais, clínicas de diálise e os serviços apresentados na figura 2. Os formulários abordaram as seguintes dimensões: 1) Usuário: satisfação, acesso, resolutividade. 2) Gestor: participação na tomada de decisão, apoio e parceria; relevância dos investimentos estaduais, dificuldades e facilidades na gestão dos serviços de referência, facilidades e na regulação do serviço. 3) Gerente do serviço: apoio e parceria para execução do serviço e organização do serviço, relevância dos investimentos para a unidade.

Figura 2: Matriz e variáveis de estudo, Campo Grande, MS, 2018.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, SES/MS

4.3 Locais e período de coleta

Foram agendadas e realizadas entrevistas em todas as microrregiões de saúde do estado do Mato Grosso do Sul. Após agendar as entrevistas por telefone, o pesquisador foi ao município onde realizou a coleta dos dados, por meio de entrevistas junto ao secretário de saúde do município, o gerente das unidades que receberam incentivos e aos usuários presentes nas respectivas unidades. Os contatos telefônicos foram obtidos nos sites oficiais.

Foram agendadas entrevistas por telefone com os gestores de saúde dos municípios e com os gerentes dos serviços especializados. As entrevistas com os usuários aconteceram no mesmo período das entrevistas agendadas, por conveniência.

O período de coleta dos dados secundários foi de março a junho de 2017 e período de coleta de dados primários de julho de 2017 a outubro de 2018.

4.4 População e amostra

Foram incluídos gerentes e gestores que estavam exercendo o cargo no momento e usuários maiores de 18 anos. Foram excluídos usuários menores de idade, estrangeiros e indígenas.

4.5 Coleta de dados

Os instrumentos para as entrevistas com gestores, gerentes e usuários foram adaptados do *Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención* (CCAENA©) que desenvolveu e validou um questionário para conhecer a continuidade da assistência entre os níveis de atenção na Espanha e na América Latina (NAVARRETE *et al.*, 2011; SAMICO *et al.*, 2015). O questionário foi validado no Brasil em 2015 por Garcia-Subirats *et al* (2015).

Os instrumentos foram adaptados para gestores municipais, gerentes dos serviços e usuários, estes divididos em três categorias: usuários de serviço de diálise, de hospitais e serviços gerais. O usuário do serviço de diálise foi entrevistado na clínica, para a categoria hospital foram entrevistados usuários que se encontravam internados e estavam conscientes e orientados e em condições de responder o formulário e usuários de serviço geral eram os usuários que estavam aguardando algum procedimento ambulatorial.

4.6 Análise dos dados

Para análise foi construída uma matriz com as dimensões da concepção de regionalização e variáveis que compõem a sua operacionalização (Figura 3). Os resultados são apresentados a partir da resposta dada pelos gestores, gerentes e usuários e realizada associações das informações sob o ponto de vista dos gestores, gerentes e usuários.

No quadro1, apresentam-se as dimensões e itens investigados:

Quadro 1: Dimensões da concepção de regionalização e questões respondidas pelos gestores, gerentes dos serviços e usuários, Campo Grande, MS, 2018.

Dimensões	Itens investigados
Participação na tomada de decisão	O investimento realizado era a principal necessidade? (GS) (GM) Participou da decisão acerca das necessidades da unidade? (GS)(GM)
Apoio e parceria do estado ou município	Houve investimento nos últimos dois anos? (GS) (GM) Qual a fonte de financiamento? (GS) (GM)
Relevância dos investimentos	Antes dos investimentos havia uma sobrecarga por uma alta demanda? (GS) (GM) Com o investimento a situação modificou? (GS)(GM)
Gestão dos serviços de referência da região	Qual a quantidade de atendimentos de outros municípios da microrregião? (GS) (GM) O município está preparado para atender a demanda, considerando a região de saúde/municípios vizinhos? (GM) Os recursos destinados à saúde no seu município são suficientes para suprir as necessidades do mesmo? (GM) Quem encaminha o usuário a unidade? (U)
Regulação do serviço	Há distribuição de vagas entre municípios? (GS)(GM) Há encaminhamento de pacientes para o atendimento em outro município? (GM)
Satisfação	A população confia no serviço prestado pela unidade? (GS)(GM)(U)
Acesso	A unidade/município recebe pacientes de outros municípios? (GS)(GM)(U) Tempo de espera (U) Meio de transporte utilizado (U)
Resolutividade	Há uma procura de pacientes no serviço por motivos que poderiam ser resolvidos no nível primário? (GS) Recomendaria o serviço de saúde da unidade/município? (GS)(GM) Teve dificuldades para agendar atendimento na unidade? (U) Continuidade do tratamento e atendimento (U)

Legenda: GM: gestor de saúde do município; GS: gerentes dos serviços de saúde especializados; U: usuário.

As informações foram armazenadas em bancos de dados e as análises foram realizadas com uso do software *IBM SPSS 23*. Tabelas foram construídas comparando gestores, gerentes e usuários através das dimensões supracitadas para analisar de forma quantitativa a partir das respostas dadas, analisando a

distribuição, similaridades e dissimilaridades entre gestores municipais e gerentes de serviços e entre tipos de usuários com nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa teve autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) através do presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Mato Grosso do Sul (COSEMS/MS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética com protocolo de nº 2.437.948 (Anexo D).

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em forma de artigo intitulado "Processo de regionalização dos serviços especializados na perspectiva de gestores, gerentes e usuários", realizado através da coleta de dados primários, tem como objetivo avaliar a reestruturação, com base na regionalização dos serviços especializados realizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul a partir de 2015. Este artigo foi submetido à Revista Saúde e Sociedade ISSN: 1984-0470(anexo E).

Foi publicado um artigo na Revista *International Journal of Development Research* volume 11, ano 2018, intitulado "*Equity in access to cataract surgeries in a brazilian region: Health Caravan Program*" que trata do acesso aos serviços de saúde por meio de uma Caravana da Saúde, como alternativa para levar as cirurgias de catarata mais próxima da população (anexo F).

Resultados parciais foram apresentados em Congresso: intitulado "Avaliação de desempenho de uma política pública de saúde em Mato Grosso do Sul: Caravana da Saúde". Este resumo foi apresentado no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (anexo G).

Artigo:

Processo de regionalização dos serviços especializados na perspectiva de gestores, gerentes e usuários

Process of regionalization of specialized services from the perspective of managers, services managers and users

Angélica Fernanda Saraiva Campos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde - INISA - Cidade Universitária, Av. Costa e Silva - Pioneiros, MS, 79070-900, Campo Grande, MS- Brasil. E-mail: angélica.fscampos@gmail.com

Ana Rita Barbieri - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde – INISA. E-mail: ana.barbieri@ufms.br

Resumo

A universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde é um desafio, pelos aspectos geográficos, econômicos, demográficos e de estrutura dos serviços de saúde. Em Mato Grosso do Sul o governo do estado promoveu uma reestruturação do sistema, para melhorar o acesso da população aos serviços. Esta pesquisa investigou a participação dos gestores, gerentes e a satisfação de usuários ante o processo de regionalização dos serviços especializados. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com gerentes, gestores e usuários dos serviços de saúde dos municípios que receberam investimentos no processo de regionalização. Os dados foram coletados por meio de entrevistas no período de março a outubro de 2017. A análise considerou as dimensões e as similaridades foram identificadas com nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria dos gestores e gerentes afirma que não participaram da tomada de decisão acerca da alocação dos investimentos e a maior dificuldade é a insuficiência de recursos financeiros. Não houve similaridade nas respostas sobre regulação dos serviços com predomínio do pronto atendimento como porta de entrada. Aproximadamente dois terços dos usuários entrevistados apesar de ter acesso aos serviços de saúde, não tiveram seu problema resolvido, evidenciando a necessidade de fortalecer a capacidade resolutiva na rede de atenção.

Palavras-chave: Política de saúde; Avaliação em Saúde; Regionalização; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Universality and equity in access to health services is a challenge, due to the geographic, economic, demographic and health services structure aspects. In Mato Grosso do Sul, the state government promoted a restructuring of the system to improve the population's access to services. This research investigated the participation of managers, managers and the satisfaction of users before the process of regionalization of specialized services. **Method:** Cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with managers, managers and users of the health services of the municipalities that received investments in the regionalization process. The data were collected through interviews from March to October 2017. The analysis considered the dimensions and similarities were identified with significance level of 5%. **Results:** Most managers and managers affirm that they did not participate in the decision on the allocation of investments and the greatest difficulty is the lack of financial resources. There was no similarity in the responses about regulation of services with a predominance of prompt service as a gateway. Approximately two-thirds of the users interviewed despite having access to health services did not have their problem solved, evidencing the need to strengthen the problem-solving capacity in the care network.

Keywords: Health Policy; Health Evaluation; Regional Health Planning; Equity in Access to Health Services; Family Health Strategy.

Introdução

A cobertura universal é uma prioridade para a saúde global e meta definida pelos países signatários das Nações Unidas, ONU (OMS, 2014). Dentre os objetivos do milênio está a garantia de promover saúde e bem-estar para a população em todas as idades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe, como meta, o alcance de 80% da população aos serviços de saúde essenciais e assim, definiu um

modelo que inclui a cobertura de serviços e equidade no acesso aos serviços de saúde (Han et al., 2018).

Países de baixa renda, que apresentam dificuldades para fornecer os serviços de saúde pública as suas populações, têm a tarefa de reorganizar suas iniciativas a fim de oferecer a cobertura de serviços essenciais até 2030 (Rahman et al., 2018, Sun et al., 2017).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui em um modelo descentralizado no qual as responsabilidades são atribuídas às três esferas do governo (Paschoalotto et al., 2018). A regionalização, implantada em 2001 através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) foi influenciada pelas dinâmicas socioeconômicas e políticas com a necessidade de promover as articulações dos componentes governamentais de cada região (Duarte et al., 2015).

A orientação é que o planejamento seja compartilhado pelas três esferas, com competências específicas para os municípios voltadas à coordenação do sistema local de saúde e aos estados a organização das redes de saúde (Vargas et al., 2015).

Nesta lógica, as redes de atenção à saúde são constituídas de forma hierarquizada, onde os municípios de pequeno porte devem oferecer os serviços de atenção primária enquanto que os municípios maiores devem acolher a sua população e a dos municípios do entorno, de forma que toda a população da região tenha acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais especializados. O financiamento e a garantia do acesso devem ser partilhados e definidos de forma participativa entre os envolvidos, com a gestão do estado (Godoi et al., 2017).

O Decreto 7.508 de junho de 2011 reafirma a regionalização e define as redes de atenção à saúde como ações e serviços articulados a fim de garantir a continuidade do atendimento (Medeiros et al., 2017). Logo, a organização da atenção articulada e integrada por redes na égide da regionalização, organiza a atenção por níveis de complexidade e oferece mecanismos para a cobertura e acesso universal equânime.

Apesar de ter sido o primeiro estado a assinar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), as dificuldades enfrentadas para o alcance da cobertura universal são muitas. Para isso, o governo do estado assumiu o compromisso de reestruturação do sistema de saúde para ampliar o acesso das populações e fortalecer a regionalização no estado (Mato Grosso do Sul, 2015).

O mecanismo utilizado para a regionalização foi a reestruturação dos serviços nos municípios sedes de microrregiões com o aumento de leitos hospitalares, instalação de equipamentos para exames de imagem, hemodiálise e incentivos para ampliar a capacidade dos serviços especializados (Mato Grosso do Sul, 2017).

A Secretaria de Estado de Saúde assumiu o processo para viabilizar a formação de redes regionalizadas de assistência com investimentos para reformas e ampliação e alocação de equipamentos. É importante que esta iniciativa seja investigada sob a ótica dos gestores, gerentes de serviços que receberam os investimentos bem como identificar de que forma os usuários estão sendo beneficiados. Esta pesquisa analisou o processo de regionalização dos serviços de saúde em um estado brasileiro.

Método

Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada no estado do Mato Grosso do Sul, situado na região Centro-Oeste do Brasil. O estado tem uma densidade geográfica baixa, de 6,48 hab/km² (IBGE, 2010). Possui 79 municípios e destes, 59 tem menos de 25 mil habitantes e conta com 11 microrregiões de saúde (Figura 1) (IBGE, 2016; Mato Grosso do Sul, 2012):

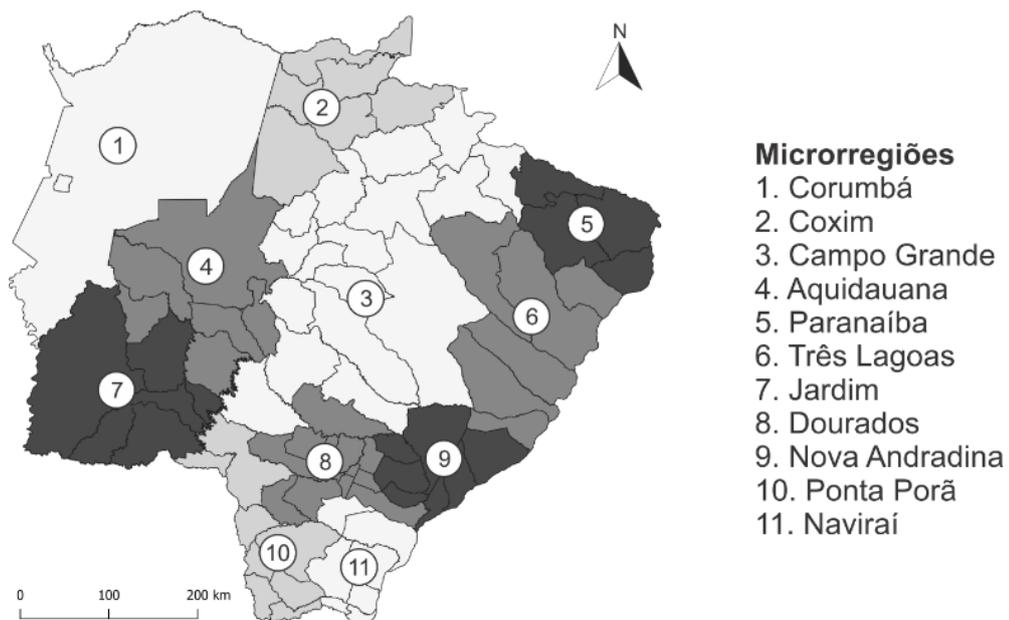


Figura 1: Mapa do Mato Grosso do Sul com detalhamento das microrregiões de saúde, Campo Grande, MS, 2019

Inicialmente, os dados secundários foram obtidos por meio pesquisa documental dos investimentos realizados nas microrregiões no período de 2015 a 2017, através da análise do diário oficial do Mato Grosso do Sul e site oficial da Secretaria de Estado de Saúde, para seleção dos investimentos formulação de uma matriz.

O estudo foi desenvolvido nos 11 municípios sede de microrregião de saúde que receberam incentivos financeiros ou equipamentos para serviços especializados da Secretaria de Estado de Saúde.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas, com uso de formulários adaptados dos instrumentos do *Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención* (CCAENA©), desenvolvidos para conhecer a continuidade da assistência entre os níveis de atenção na Espanha e na América Latina. Tais instrumentos foram validados no Brasil em 2014 por Garcia-Subirats et al(2014).

Os formulários abordaram as seguintes dimensões: 1) Usuário: satisfação, acesso, resolutividade. 2) Gestor: participação na tomada de decisão, apoio e parceria; relevância dos investimentos estaduais, dificuldades e facilidades na gestão dos serviços de referência, facilidades e na regulação do serviço. 3) Gerente do serviço: apoio e parceria para execução do serviço e organização do serviço, relevância dos investimentos para a unidade.

Foram incluídos gerentes e gestores que exerciam o cargo na época da realização da pesquisa e usuários maiores de 18 anos que possuíam condições de serem entrevistados. Foram excluídos usuários menores de idade, estrangeiros e indígenas.

O agendamento das entrevistas nos municípios sede de microrregiões de saúde foi feito por contatos via telefone. Os secretários municipais de saúde foram entrevistados nas respectivas secretarias de saúde e os gerentes nas unidades hospitalares ou ambulatoriais. Os usuários foram entrevistados por conveniência, ou seja, estavam nos serviços de saúde como clínicas de diálise, ambulatórios e nos hospitais, nos dias em que foram entrevistados os gestores e gerentes. Foram entrevistados 11 gestores (secretários municipais de saúde), 20 gerentes de serviços (clínicas de hemodiálise, hospitais e ambulatórios ou clínicas para exames de imagem) e 108 usuários.

Esta pesquisa foi desenvolvida no período de março de 2017 a outubro de 2018. Os resultados consideraram as respostas dos gestores, gerentes e usuários

dos serviços a partir de uma matriz com as dimensões da regionalização e questões (itens) que identificam sua operacionalização (Quadro 1).

Quadro 1: Dimensões da concepção de regionalização e questões respondidas pelos gestores, gerentes dos serviços e usuários, Campo Grande, MS, 2018.

Dimensões	Itens investigados
Participação na tomada de decisão	O investimento realizado era a principal necessidade? (GS) (GM) Participou da decisão acerca das necessidades da unidade? (GS)(GM)
Apoio e parceria do estado ou município	Houve investimento nos últimos dois anos? (GS) (GM) Qual a fonte de financiamento? (GS) (GM)
Relevância dos investimentos	Antes dos investimentos havia uma sobrecarga por uma alta demanda? (GS) Com o investimento a situação modificou? (GS)(GM)
Gestão dos serviços de referência da região	Qual a quantidade de atendimentos de outros municípios da microrregião? (GS) O município está preparado para atender a demanda, levando em consideração a região de saúde/municípios vizinhos? (GM) Os recursos destinados à saúde no seu município são suficientes para suprir as necessidades do mesmo? (GM) Quem encaminha o usuário a unidade? (U)
Regulação do serviço	Há distribuição de vagas entre municípios? (GS) (GM) Há encaminhamento de pacientes para o atendimento em outro município? (GM)
Satisfação	A população confia no serviço prestado pela unidade? (GS)(GM)(U)
Acesso	A unidade/município recebe pacientes de outros municípios? (GS)(GM)(U) Tempo de espera (U) Meio de transporte utilizado (U)
Resolutividade	Há uma procura de pacientes no serviço por motivos que poderiam ser resolvidos no nível primário? (GS) Recomendaria o serviço de saúde da unidade/município? (GS)(GM) Teve dificuldades para agendar atendimento na unidade? (U) Continuidade do tratamento e atendimento (U)

Legenda: GM: gestores de saúde dos municípios; GS: gerentes dos serviços de saúde especializados; U: usuários.

As informações foram armazenadas em bancos de dados e as análises realizadas com uso do software *IBM SPSS 23*. Foi usado o teste qui-quadrado para identificar as similaridades e dissimilaridades entre gestores municipais e gerentes de serviços e entre tipos de usuários com nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa foi realizada mediante a autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e foi

aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, protocolo de nº 2.437.948

Resultados

Gerentes de serviços e gestores municipais

Foram entrevistados 11 secretários municipais de saúde e 20 gerentes de serviços, dos quais apresentam em sua maioria idade entre 35 e 44 anos (63% dos gestores municipais e 35% dos gerentes de serviços). Destes, oito (73%) gestores e 12 (60%) gerentes de serviços eram do sexo masculino. O tempo em que estavam na função era variável. Os gestores ocupam o cargo a menos tempo, sendo que oito (72%) são secretários de saúde pelo período de um a dois anos, enquanto nove (45%) gerentes de serviços exercem a função há três anos ou mais.

A formação profissional também foi diferente entre os cargos, dos quais 37% dos gestores eram profissionais médicos, 18% enfermeiros e os demais distribuídos em outras categorias profissionais. Quanto aos gerentes de serviços, as profissões mais citadas são administração, contabilidade, economia em 55% dos entrevistados.

Gestores e gerentes afirmam que há distribuição de vagas entre a microrregião e que o município/unidade recebe pacientes de outros municípios. Citam, como principais dificuldades poucos recursos financeiros como um grande problema, para nove (81,1%) gestores e 16 (80%) gerentes. Estrutura física insuficiente ou precária foi citada por cinco gestores (45,4%) e sete gerentes (35%). Insuficiência de profissionais é uma preocupação para cinco gestores (45%) e cinco gerentes (25%).

Seis (30%) gerentes de serviços destacaram também a superlotação e oito (40%) a regulação de vagas ineficiente, como problemas graves do cotidiano. Para 17 (85%) grande parte dos problemas de saúde poderia ser resolvida no nível primário.

Entre os gestores, sete (63,6%) destacam o pouco comprometimento dos municípios da região e dez (91%) relatam que pacientes são encaminhados para atendimento em outros municípios.

Na tabela 1 estão distribuídas as respostas de gestores e gerentes através das dimensões:

Tabela1: Dimensões referentes a condição da regionalização dos serviços de saúde nas sedes de microrregiões de saúde de Mato Grosso do Sul, 2018.

Dimensões	Itens	Gestor n=11 (n=100%)	Gerente n=20 (n=100%)	Valor de p	
Participação na tomada de Decisão	Era a principal necessidade do município/unidade				
	Sim	07 (63,6)	15 (75,0)	0,493	
	Não	04 (36,4)	04 (20,0)		
	Não soube responder	00 (00,0)	01 (05,0)		
	Participou na tomada de decisão	Participou na tomada de decisão			
		Sim	03 (27,3)	05 (25,0)	0,375
Não		07 (63,6)	15 (75,0)		
Não soube responder		01 (09,1)	00(00,0)		
Apoio e parceria do estado ou município	Recebeu recursos para ampliação/reforma				
	Sim	10 (90,9)	16 (80,0)	0,429	
	Não	01 (09,1)	04 (20,0)		
	Fontes do Financiamento*				
	Recursos Municipais	07 (63,6)	06 (30,0)	0,069	
	Recursos Estaduais	06 (54,5)	15 (75,0)	0,244	
	Recursos Federais	08 (72,7)a	06 (30,0)b	0,022	
	Outros	03 (27,3)	03 (15,0)	0,408	
	Não se aplica	01 (09,1))	04 (20,0)	0,429	
	Relevância dos investimentos	Antes dos investimentos havia uma sobrecarga por uma alta demanda?			
Sim		10 (90,9)	14 (70,0)	0,326	
Não		01 (09,1)	03 (15,0)		
Não sabe/Não se aplica		00(00,0)	03 (15,0)		
Melhora da sobrecarga com o incentivo					
Sim		06 (54,5)	10 (50,0)	0,503	
Não		01 (09,1)	03 (15,0)		
Em partes		02 (18,2)	02 (10,0)		
Não soube responder	01 (09,1)	00 (00,0)			
Não se aplica	01 (09,1)	05 (25,0)			
Gestão dos serviços de referência da região	Quantidade de atendimentos de outros municípios da microrregião				
	Menos de 10%	02 (18,2)	03 (15,0)	0,617	
	Entre 11 e 30%	02 (18,2)	07 (35,0)		
	Entre 31 e 50%	07 (63,6)	08 (40,0)		
	Mais de 50%	00 (00,0)	01 (05,0)		
	Não soube responder	00 (00,0)	01 (05,0)		

	Unidade/Município está preparada para atender demanda			
	Sim	03 (27,3)b	15 (75,0)a	
	Não	02 (18,2)	03 (15,0)	0,160
	Em partes	06 (54,5)a	02 (10,0)b	
	Como ocorre a distribuição de Vagas*			
	Igual para todos os Municípios	05 (45,5)a	01 (05,0)b	0,006
Regulação do Serviço	Feita conforme negociação entre os municípios com apoio da SES	06 (54,5)a	02 (10,0)b	0,007
	Feita conforme a solicitação e demanda dos municípios	06 (54,5)	09 (45,0)	0,611
	Outra forma	02 (18,2)	08 (40,0)	0,214
	Confia no serviço			
Satisfação	Sim	11 (100,0)	18 (90,0)	
	Não	00 (00,0)	01 (05,0)	0,555
	Em partes	00 (00,0)	01 (05,0)	
	Recomendaria o serviço de saúde da unidade/município?			
Resolutividade	Sim	11 (100,0)	19 (95,0)	
	Não	00 (00,0)	00 (00,0)	0,451
	Em partes	00 (00,0)	01 (05,0)	

*Era possível a escolha de mais de uma alternativa
 Legenda: a: variável maior, b: variável menor.

Usuários

Dos usuários entrevistados, 65(61%) eram do sexo feminino e 42(39%) do sexo masculino. Dentre eles, 16 (14,8%) estão na faixa etária de 18 a 24 anos, 11 (10,2%) de 25 a 34 anos, 12 (11,1%) de 35 a 44 anos, 20 (18,5%) de 45 a 54 anos, 27 (25%) de 55 a 64 anos e 22 (20,4%) possuíam 65 anos ou mais.

A maioria dos entrevistados, 74 (68,5%) residiam no mesmo município onde foram atendidos. Dos atendimentos, 76 (70,3%) eram para realização de exames de imagem (mamografia: 28,94%, raio X: 56,57%, ressonância magnética: 1,31%, tomografia: 6,57%, outros exames de imagem: 6,57%), 15 (13,8%) estavam internados em unidade hospitalar clínica, três (2,7%) internados em Centro de Terapia Intensiva (CTI), dez (9,2%) estavam em procedimento hemodialítico e quatro (3,7%) aguardavam consulta ambulatorial com médico especialista.

Dos usuários entrevistados, 58 (53,7%), referem ter acesso a unidade através de entrada pelo pronto atendimento. Dos demais, 30 (27,7%) referem ter passado pela regulação de vagas e encaminhados da unidade básica, 13 (12,0%) encaminhados por médicos especialistas e sete (06,4%) por outros meios.

A tabela 2 apresenta as respostas dos usuários entrevistados nos serviços de saúde na sede das microrregiões.

Tabela 2: Dimensões relativas às condições de atendimento referidas pelos usuários no Mato Grosso do Sul, 2018.

Dimensões	Itens	Tipo de Usuário				Valor de p
		Diálise n=10 (=100%)	Internação n=18 (=100%)	Consulta n=4 (=100%)	Exame n=76 (=100%)	
Serviços de referência	Como foi encaminhado					
	Médico do Posto	00 (00,0)ab	01 (05,6)b	00 (00,0)ab	29 (38,9)a	
	Especialista do Município	01 (10,0)a	00 (00,0)a	00 (00,0)a	06 (07,9)a	
	Especialista de outro município	01 (10,0)a	00 (00,0)a	01 (25,0)a	04 (05,3)a	<0,001
	Clínica de atendimento	06 (60,0)a	01 (05,6)b	00 (00,0)ab	00 (00,0)b	
	Conta própria/emergência	02 (20,0)a	16 (88,9)b	03 (75,0)ab	37 (48,3)a	
Acesso	Foi atendido no município onde reside?					
	Sim	03 (30,0)b	10 (55,6)ab	02 (50,0)ab	58 (76,3)a	0,013
	Não	07 (70,0)a	08 (44,4)ab	02 (50,0)ab	18 (23,7)b	
	Tempo de Espera					
De 0 a 15 dias	08 (80,0)	15 (83,3)	04 (100,0)	61 (80,3)		
De 16 a 60 dias	02 (20,0)	03 (16,7)	00 (00,0)	07 (09,2)	0,792	
De 61 a 100 dias	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	04 (05,3)		
101 dias ou mais	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	04 (05,3)		
Satisfação	O que acha do tempo de espera					
	Demorado	01 (10,0)a	01 (05,6)	01 (25,0)a	20 (26,3)	0,114
	Razoável	00 (00,0)	06 (33,3)	00 (00,0)	14 (18,4)	
	Rápido	09 (90,0)	11 (61,1)	03 (75,0)	42 (55,3)	
	Satisfeito com o atendimento					
Sim	10 (100,0)	18 (100,0)	04 (100,0)	67 (88,2)	0,659	
Não	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	03 (03,9)		

	Em partes	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	06 (07,9)	
	Realizava tratamento anterior					
	Sim	07 (70,0)a	02 (11,1)b	01 (25,0)ab	40 (52,6)a	0,004
	Não	03 (30,0)a	16 (88,9)b	03 (75,0)ab	36 (47,4)a	
	Apresentou dificuldade para conseguir vaga na unidade					
Resolutividade	Sim	01 (10,0)	04 (22,2)	00 (00,0)	05 (06,6)	0,198
	Não	09 (90,0)	14 (77,8)	04 (100,0)	71 (93,4)	
	Teve dificuldade para continuar o tratamento					
	Sim	01 (10,0)a	00 (00,0)a	00 (00,0)a	09 (11,8)a	
	Não	09 (90,0)a	02 (11,1)b	02 (50,0)ab	65 (85,5)a	<0,001
	Não sabe	00 (00,0)bc	16 (88,9)a	02 (50,0)ab	02 (02,6)c	

Discussão

O sistema de saúde é bastante complexo, envolve muitos atores sociais com interesses diversos. Se houve uso de ferramentas para apoiar a decisão, ou se foi compartilhada e discutida mediante a análise da realidade local, este fato não foi observado neste estudo, que constatou o relevante papel do estado na indução na regionalização, pois a maior parte dos gestores e gerentes entrevistados referem ter recebido algum incentivo para a regionalização e caracterizam este incentivo como prioridade para o sistema de saúde local.

Gestores e gerentes dos serviços entrevistados afirmaram não participar do processo de tomada de decisão quanto a alocação de recursos ou equipamentos, o que contraria a importância da participação dos atores envolvidos nos processos decisórios. Estudos apontam para a relevância do processo decisório conjunto em sistemas organizados em formato de redes ou parcerias que só é eficaz quando todos os níveis são considerados para a tomada de decisão (Pacheco Junior; Gomes, 2016). Ao considerar a participação dos gestores municipais aumentam as chances de suprir as necessidades da população local (Flexa, 2018).

A estrutura física inadequada ou menor do que a demanda para atendimentos em saúde foi reiterada pelos gestores e gerentes no que diz respeito aos serviços especializados o que reforça a tese de que há de fato, menos leitos e serviços especializados do que o julgado necessário, fato que restringe a capacidade operacional para a melhor utilização do serviço de regulação de vagas em redes de atenção (Santos; Giovanella, 2014).

Vale lembrar que a ampliação dos serviços, com vistas a atendimento das demandas, deve ocorrer com a articulação dos serviços da atenção primária e fortalecimento da governança local e regional e autonomia municipal (Santos; Giovanella, 2014).

Para os gestores e gerentes de serviços, a insuficiência de recursos financeiros e a dificuldade de fixar profissionais nos municípios, inviabilizam a concretização dos pactos, uma vez que, mesmo com a discussão das necessidades locais, ao final as decisões são limitadas ao orçamento, que é determinante na tomada de decisão final (Flexa, 2018).

Quando o teto financeiro é determinante, as recomendações acerca do uso de evidências no âmbito epidemiológico e a adoção de protocolos, necessários para viabilizar as redes de atenção à saúde, sofrem prejuízos e reduz a capacidade de gestão e de atendimento à população nas suas reais necessidades (Phelps et al., 2016; Ferreira et al., 2018).

A utilização de protocolos ou linha guia como proposto pelas redes para a qualificação dos encaminhamentos à média e/ou alta complexidade de serviços de interfere positivamente tanto na regulação da vaga quanto solicitada quanto na capacidade resolutive de todos os pontos de atenção existentes na rede de saúde (Tesar, 2017).

Os gestores municipais referiram uma distribuição ordenada de vagas dos serviços especializados entre os municípios da região, de acordo com negociação regional coordenada pela Secretaria de Saúde Estadual (SES). Afirmam que mesmo com os pactos para distribuição de vagas na região, há pouco comprometimento dos municípios que compõem a região de saúde, que sobrecarrega o município sede quanto aos custos dos usuários que utilizam o pronto socorro como porta de entrada.

Os gerentes dos serviços por sua vez, afirmaram que as vagas são distribuídas por solicitação do serviço de regulação, mas que a demanda provocada pelo acesso dos usuários pelos serviços de pronto-socorro sem encaminhamento, desestabiliza esse sistema.

Assim, observa-se no estudo, que a visão dos gestores e dos gerentes são complementares e apontam para a complexidade da governança das redes de atenção. O enfrentamento do problema envolve principalmente o nível político, que pode reorientar o sistema com mudanças na forma de pagamento, implantação de

integração vertical e horizontal de serviços o que supera a lógica que se baseia em níveis de atenção, organização de centros de referência ambulatoriais e hospitalares em redes com base nos critérios de resolutividade e acessibilidade com programas de gestão compartilhada de riscos e a superação da crise de legitimidade pelo qual o sistema de saúde passa (Morales-Sánchez; García-Ubaque, 2017).

Mato Grosso do Sul foi o primeiro estado a assinar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (Mato Grosso do Sul, 2015). O PDR nasce da pactuação dos municípios da região, sob coordenação estadual a fim de organizar e elaborar a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que dará efetividade ao pacto. A PPI é um instrumento onde se programam as ações a serem realizadas por cada município da região, não é de responsabilidade desta programação resolver todas as necessidades das secretarias municipais e sim, aspectos e questões de interesse compartilhadas. Cada gestor deve ter a programação das ações referenciadas e assim, regular para os usuários (Silveira Filho et al., 2016).

São necessárias articulações das redes em todos os níveis de atenção nos municípios para se alcançar a cobertura e acesso igualitário. A atenção primária, porta de entrada preferencial para o atendimento do usuário, deve ser fortalecida e organizada para que o usuário sinta confiança em buscá-la preferencialmente. A proporção de usuários que chegaram ao atendimento encaminhados pela atenção primária, ainda é baixa, se considerar que esta seria a porta de entrada mais eficiente para a regionalização e regulação do serviço. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde primário e sua capacidade resolutiva é importante para alcançar a equidade na saúde (Richard et al., 2016).

Os usuários referem em sua grande maioria satisfação com o atendimento recebido nas unidades. O tempo de espera, relatado como de 0 a 15 dias é considerado rápido e não referem dificuldades para conseguir a vaga. Apesar de a satisfação ser quase unânime entre os entrevistados, o desfecho pelo atendimento especializado ainda deixa a desejar. Os usuários relatam que são atendidos, mas, aproximadamente dois terços dos entrevistados, não tiveram seus problemas resolvidos.

Quanto à capacidade resolutiva dos serviços, enquanto os gestores afirmam que há problemas os gerentes dos serviços dizem que, mesmo com a superlotação, os serviços têm capacidade para resolver os problemas de saúde. E, na visão de grande parte dos usuários, os problemas não são resolvidos. Diferente dos

resultados entre usuários em atendimento nas clínicas de hemodiálise onde evidencia-se que a regulação é eficaz. Os usuários entrevistados nos serviços de hemodiálise, mesmo residentes em outros municípios, são na sua maioria encaminhados com base em protocolos, atendidos, e tem o problema resolvido mediante o imediato acesso à máquina de hemodiálise. Relatam que caso não tenha o serviço no município onde reside, há regularidade e rotina para o transporte, com vaga reservada.

Para a maioria dos gerentes, grande parte da demanda nos pronto-socorros poderia ser resolvida a nível primário. Isso demonstra que o acesso por si só não garante a resolução do problema os quais dependem de redes de atenção eficientes. Muito pelo contrário, tais usuários, que retornam sistematicamente com a mesma queixa, oneram e incham os serviços de saúde, pois ainda precisam do serviço de saúde, e geram mais demanda. Abrir portas de acesso não qualificadas parece ser uma prática comum no país e precisa ser questionada. Diversos estudos apontam a ampliação do acesso sem a estrutura necessária, com equipamentos e materiais, acesso aos exames e condições de trabalho, restringem a ação dos profissionais de saúde, que diante da impotência em resolver os problemas nos pontos de atenção, terminam por encaminhar o paciente que fica em constante ida e vinda em busca da solução para o seu problema (FRANÇA et al., 2016; GIRARDI et al., 2017).

A resolutividade ainda é um entrave para usuários das microrregiões, que também necessitam de atendimento fora de suas sedes. Observa-se que 91% dos gestores encaminham os pacientes para serviços de saúde em outros municípios.

A escolha da população pelos serviços hospitalares e de emergência reflete a dificuldade cultural de se utilizar a atenção primária e a pouca estrutura existente (Viana et al., 2018).

Fortalecer os primeiros níveis de atenção à saúde com sua inclusão nas redes pode melhorar o acesso e equidade do acesso aos serviços de saúde nos municípios nos quais foi desenvolvido o estudo. No modelo inglês, o médico da família tem capacidade resolutiva, realizam as ações de prevenção e estão integrados à rede de atendimento. No Canadá a atenção primária foi fortalecida com a mudança no sistema de pagamento que envolve a equipe e a resolutividade do atendimento (Cookson et al., 2017).

Para isso, a equipe de saúde da família deve ser clinicamente competente e sensível para adaptação aos contextos sociais onde atende com uso de protocolos.

Este estudo apresenta limitações ao se avaliar apenas os serviços especializados e os municípios sedes das microrregiões. Faz-se necessário aprofundar a investigação para que se possa avaliar de forma mais abrangente a organização das redes e articulações dentro das regiões de saúde. Também é interessante aprofundar a avaliação dos encaminhamentos para atenção especializadas realizados pela atenção primária, para que se encontre a dificuldade existente na regulação nos serviços onde ocorreu o maior desequilíbrio da porta de entrada principal.

Conclusão

A alocação de recursos por meio de reformas, ampliação e transferência de equipamentos foi importante para os municípios que compuseram este estudo. No entanto, não foi possível identificar se tais investimentos correspondem as reais necessidades de saúde da população. A regionalização dos serviços de saúde é um tema caro e bastante complexo uma vez que as decisões precisam ser tomadas tanto para aproximar os serviços da população quanto estabelecer pontos de atendimento especializado pautados na lógica da economia de escala. É por tal complexidade que as políticas públicas de saúde são propostas necessárias. A organização, em um modelo de sistema de saúde baseado em rede, ao mesmo tempo que está próximo da população com serviços resolutivos, pode ter pontos de atenção distantes, mas articulados e coordenados por uma única gestão, com sistemas de apoio eficazes e comunicação ágil.

Rever o modelo de atenção primária e estratégia da saúde da família existente hoje pode ser um exercício árduo, mas imprescindível para a busca da resolutividade e eficiência dos serviços de saúde. Não é mais possível, nem sob o ponto de vista da eficiência, nem sob o ponto de vista da satisfação da população que o legitima ou não, manter unidades de saúde com baixa capacidade resolutiva.

A satisfação do usuário é crucial para que se avalie as políticas implantadas, porém é o seu caráter de resolutividade que confere a sua eficácia. Os resultados desta pesquisa permitem inferir que a regionalização não deve ser organizada a partir dos serviços especializados de média e alta complexidade. O diálogo entre

gestores e gerentes dos serviços e sua participação na tomada de decisões são essenciais para a equidade do acesso da população aos serviços.

Foi possível conhecer a reestruturação dos serviços especializados em Mato Grosso do Sul. Outros estudos acerca do processo de regionalização se fazem necessários para que se possa avaliar a eficácia do serviço prestado nas microrregiões não só nos serviços de média e alta complexidade, mas também a nível primário, para que esta seja a real porta de entrada do usuário no sistema.

Referências

1. COOKSON, R. et al., Primary care and health inequality: Difference-in-difference study comparing England and Ontario. *Plos One*, Cambridge, v. 12, n. 11, p. e0188560, 2017.
2. DUARTE, C. M. R. et al., Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p 1163- 1174, 2015.
3. FERREIRA, J. et al., Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.
4. FLEXA, R. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão da literatura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.27, n.3, p.729-739, 2018.
5. FRANÇA, V. H. et al. Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2795, 2016.
6. GARCIA-SUBIRATS, I. et al. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluarla continuidade asistencial entre niveles de atención em Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 29, n. 2, p. 88-96, 2015.
7. GIRARDI, S. N. et al. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17, supl. 1, p. s185-s198, 2017.
8. GODOI, H.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. e00133516, 2017.

9. HAN, S. M. et al. Progress towards universal health coverage in Myanmar: a national and subnational assessment. *Lancet*, London, v. 6, n. 9, p. 938-939, 2018.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Sinopse do Censo demográfico 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=00&dados=1>> Acesso em: 20 de out. 2018.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, 2016. Disponível em: <www.ibge.com.br>. Acesso em 20 de out. 2018.
12. MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução 059/SES/MS, de 27 de junho de 2012. Aprova as alterações no Plano Diretor de Regionalização/PDR de Mato Grosso do Sul. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul*, Poder Executivo, Campo Grande, MS, 29 jun. 2012. Disponível em: <http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO8221_29_06_2012>. Acesso em: 20 dez. 2018.
13. MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução n.º 122/SES/MS, de 24 de novembro de 2015. Aprova a estimativa populacional do ano de 2015 do Plano Diretor de Regionalização/ PDR de Mato Grosso do Sul, referente ao período 2015/2016. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul*, Poder Executivo, Mato Grosso do Sul, MS, n. 9.075, p. 24, 13 nov. 2014. Disponível em: <http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9075_30_12_2015>. Acesso em: 20 out. 2018.
14. MATO GROSSO DO SUL. Caravana da Saúde. Cuidar de você é a nossa prioridade, 2017. Disponível em: <<http://www.caravanadasaude.ms.gov.br/a-caravana/>>. Acesso em: 22 out. 2018.
15. MEDEIROS C. R. G. et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017.
16. MORALES-SÁNCHEZ, L. G.; GARCÍA-UBAQUE, J. C. Gestión de lacrisis del sistema de salud en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 19, n. 1, p. 129-133, 2017.

17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; Relatório mundial da saúde 2013: Pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra: OMS, 2014; Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf;jsessionid=B4238500E5F86B3EF978B0755EB66DBC?sequence=26> Acesso em: 10 dez. 2018.
18. PACHECO JUNIOR, J. M. C.; GOMES, R. Tomada de decisão e alta administração: a implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2485-2496, 2016.
19. PASCHOALOTTO, M. A. C.; et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1. P. 80-93, 2018.
20. PHELPS, C.; et al. Strategic planning in population health and public health practice: a call to action for higher education. *Milbank Quarterly*, v.94, n. 1, p.109-125.
21. RAHMAN, S.et al. Trends in, and projections of, indicators of universal health coverage in Bangladesh, 1995–2030: A Bayesian analysis of population-based household data. *Lancet*, London, v. 6, n. 1, p. 84-94, 2018.
22. RICHARD, L. et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health*. London, v. 15, n. 1, 2016.
23. SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.
24. SUN, D. et al. Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries. *Plos One*, Cambridge, v. 12, n. 3, p. 1-13, 2017.
25. SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.
26. VARGAS, I. et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy and Planning*, London, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2015.

27. VIANA, A. L. D'A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível por meio dessa pesquisa identificar e analisar o processo de regionalização dos serviços, identificando os investimentos, sua distribuição e conhecendo a opinião dos gestores, gerentes e usuários.

Ao avaliar a política, observou-se que os investimentos foram importantes para a regionalização, porém, a falta de comunicação entre os municípios da região ainda é um entrave para que o processo funcione de forma mais eficaz.

O processo decisório também não é totalmente eficiente quando este exclui os gerentes e gestores da tomada de decisão, uma vez que estes são os elementos fundamentais nos serviços de saúde.

Outro importante fato observado é que há um grande índice de satisfação dos usuários, porém o nível de resolutividade ainda não é o esperado. Para que se possa avaliar um serviço de saúde, deve-se levar em consideração além da satisfação dos usuários, os níveis de resolutividade de uma política.

Recomenda-se articulações com os entes de cada região a fim de discutir as principais necessidades dos mesmos para as ações de saúde. Outra ação que pode ter efeito positivo nas políticas implantadas seria uma maior adequação dos programas de encaminhamentos, saído da atenção básica para a especializada.

Existe uma necessidade de fortalecimento da estratégia saúde da família para melhoria do acesso e equidade em saúde nos municípios estudados, onde a atenção primária possa se tornar porta de entrada preferencial pelo usuário.

Os altos números de usuários que dão entrada ao serviço pela unidade de pronto atendimento podem ser minimizados ao se realizar uma abordagem inicial mais efetiva nas microrregiões.

Esta pesquisa possui uma limitação ao se investigar a regionalização apenas nos municípios sede das microrregiões. Fazem-se necessárias outras pesquisas acerca do assunto a fim de investigar o processo de regionalização nas cidades pertencentes às microrregiões, para se entender os mecanismos utilizados por cada gestão para encaminhamentos.

Os achados desta pesquisa consideram que as políticas implantadas foram eficientes, porém, ainda é necessário implantar melhores condições para a regionalização em outras esferas. A regionalização deve ser eficaz desde a atenção primária, diminuindo internações e entradas em pronto atendimentos evitáveis.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. N. d'Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015.

BARBIERI, A. R.; GONÇALVES, C. C. M.; CHEADE, M. F. M.; SOUZA, C.; TSUHA, D. H.; FERREIRA, K. C.; RASI, L.; FILHO, A. C. P. Hemodialysis services: are public policies turned to guaranteeing the access? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 7, p. 1505-1516, jul. 2015.

BARRETO JR, I. F. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região metropolitana da Grande Vitória, ES. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 24, n. 2, p. 461-471, jun. 2015.

BRASIL. Artigo 196 de Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988. Seção 1.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Decreto Lei n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa, e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. p. 1.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Tribunal de Contas da União. **Guia de governança e gestão em saúde : aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018.

CHEN, R.; ZHAO, Y.; DU, J.; WU, T.; HUANG, Y.; GUO, A. Health Workforce Equity in Urban Community Health Service of China. **Plos One**, San Francisco, v. 9, n. 12, Dec. 2014.

COOKSON, R.; MONDOR, L.; ASARIA, M.; KRINGOS, D.S.; KLAZINGA, N.S.; WODCHIS, W.P. Primary care and health inequality: Difference-in-difference study comparing England and Ontario. **PlosOne**, Cambridge, v. 12, n. 11, p. e0188560, 2017.

DUARTE, C.M.R.; PEDROSO, M.M.; BELLIDO, J.G.; MOREIRA, R.S.; VIACAÇA, F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1163- 1174, 2015.

FERREIRA, J.; CELUPPI, I. C.; BASEGGIO, L.; GREMIA, D. S.; MADUREIRA, V. S. F.; SOUZAM J. B. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, jan. 2018.

FLEXA, R. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.3, p.729-739, set. 2018.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliação da ação governamental. In: CARDOSO Jr., J. C.; CUNHA, A. S. (Org.). **Planejamento e avaliação de políticas públicas**. 1.ed. cap. 7, p. 235- 296. Brasília, 2015.

GARCIA-SUBIRATS, I.; VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; PAEPE, P.; SILVA, M. R. F.; UNGER, J. P.; VÁSQUEZ, M. L. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 106, n. p. 204-213, 2014a.

GARCIA-SUBIRATS, I.; VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A.S.; PAEPE, P.; SILVA, M. R. F.; UNGER, J. P.; BORRELL, C.; VÁSQUEZ, M. L. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **International Journal for Equity in Health**, Baltimore, v. 13, n. 10, p. 1-15, 2014b.

GARCIA-SUBIRATS, I.; BEATRIZ ALLER, M.; VARGAS LORENZO, I.; VAZQUEZ NAVARRETE, M. L. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de Atención em Colombia y Brasil. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 29, n. 2, p. 88-96, 2015.

GODOI, H., ANDRADE, S. R., MELLO, A. L. S. F. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00133516, set. 2017.

GUERRA, D. M. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: Uma análise do índice de dependência**. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Serviço de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

HAN, S. M.; RAHMAN, M. M.; SWE, K. T.; PALMER, M.; SAKAMOTO, H.; NOMURA, S.; SHIBUYA, K. Progress towards universal health coverage in

Myanmar: a national and subnational assessment. **Lancet**. London, v. 6, n. 9, p. 938-939, jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Sinopse do Censo demográfico 2010.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução 059/SES/MS, de 27 de junho de 2012. Aprova as alterações no Plano Diretor de Regionalização/PDR de Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul**, Poder Executivo, Campo Grande, MS, 29 jun. 2012.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução n.º 122/SES/MS, de 24 de novembro de 2015. Aprova a estimativa populacional do ano de 2015 do Plano Diretor de Regionalização/ PDR de Mato Grosso do Sul, referente ao período 2015/2016. **Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul**, Poder Executivo, Mato Grosso do Sul, MS, n. 9.075, p. 24, 13 nov. 2015.

MATO GROSSO DO SUL. **Caravana da Saúde**. Cuidar de você é a nossa prioridade, 2017.

MEDEIROS C.R.G. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017.

NAVARRETE, M. L. V.; VARGAS, I.; HERNÁNDEZ, A.; LASSALETTA, J. C.; SÁNCHEZ, I. P.; MERCADÉ, M. F.; FIGUERA, L. C.; LÓPEZ, J. L. **Qüestionari CCAENA** - Continuïtat assistencial entre nivells d'atenció. Consorci de Salut i Social de Catalunya, Infrestructura científica cofinanciada por elfondoeuropeo de desarrollo regional, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2013**: Pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra: OMS, 2014.

PACHECO JÚNIOR, J. M. C.; GOMES, R. Tomada de decisão e alta administração: a implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2485-2496, ago. 2016.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet. Health in Brazil**. May 2011.

PASCHOALOTTO, M. A. C. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1. P. 80-93, 2018.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; FREIRE, J. M. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 11-27, dez. 2015.

PHELPS, C.; MADHAVAN, G.; RAPPUOLI, R.; LEVIN, S.; SHORTLIFFE, E.; COLWELL, R. Strategic planning in population health and public health practice: a call to action for higher education. **Milbank Quarterly**, v.94, n. 1, p.109-125.

RAHMAN, S.; RAHMAN, M.; GILMOUR, S.; SWE, K. T.; ABE, S. K.; SHIBUYA, K. Trends in, and projections of, indicators of universal health coverage in Bangladesh, 1995–2030: a Bayesian analysis of population-based household data. **The Lancet**, London, v. 6, n. 1, p. 84-94, jan. 2018.

RICHARD, L.; FURLER, J.; DENSLEY, K.; HAGGERTY, J.; RUSSEL, G.; LEVESQUE, J. - F. ; GUNN, J. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. **International Journal of Equity in Health**, Baltimore, v. 15, n. 64. Apr. 2016.

SAMICO, I.; ALBUQUERQUE, P. C.; VÁSQUEZ, M. L.; VARGAS, I.; UNGER, J. P.; PAEPE, P.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; EGUIGUREN, P.; CISNEROS, A. I.; HUERTA, A.; MURUAGA, C.; BERTOLOTTI, F. **Cuestionario de coordinación entre niveles de atención – COORDENA-LA**. Proyecto de Investigación “Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina. Equility-LA II”. 2015.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, jun. 2015.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago. 2014.

SILVEIRA FILHO, R.M.; SANTOS, A.M.; CARVALHO, J.A.; ALMEIDA, P.F. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

SUN, D.; AHN, H.; LIEVENS, T.; ZENG, W. Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries. **Plos One**, San Francisco, v. 12, n. 3, p. e0173346, Mar.2017.

TESSER, C. D.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017.

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; UNGER, J. P.; SILVA, M. R. F.; PAEPE, P.; VÁSQUEZ, M. L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, London, v. 30, n. 6, p. 705-717, Jul. 2015.

VIANA, A. L. D. A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23,

n. 6, p.1791-1798, jun. 2018.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEM, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: Enap, 2014.

APENDICE A- FORMULÁRIO PARA USUÁRIOS SERVIÇO DE DIÁLISE

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação:	
Idade:	Sexo: () Feminino () Masculino
Município de residência:	
Município de atendimento:	
Data do (s) atendimento(s):	
Tipo de atendimento (s):	

1- De acordo com nossos registros, o (a) senhor (a) realiza tratamento na clínica de diálise _____ . Essa informação está correta?

() Sim () Não

2- Esta clínica está situada no município que o (a) senhor (a) reside?

() Sim () Não

3- Se não, qual a média em quilômetros que o (a) senhor (a) precisa percorrer para fazer a diálise? (Considerando ida e volta).

- () menos de 50 quilômetros
 () entre 51 e 100 quilômetros
 () entre 101 e 150 quilômetros
 () acima de 150 quilômetros
 () ACIMA DE 250

4- Qual o meio de transporte principal?

- () veículo próprio
 () veículo do município
 () ônibus ou transporte público
 () carona
 () outros: _____

5 - Qual a média de tempo entre sua casa e a clínica?

- () aproximadamente ou até meia hora
 () entre meia e uma hora
 () entre uma hora e duas horas
 () mais de duas horas

6- Quem lhe encaminhou para esta clínica?

- () Médico do posto de saúde
 () Médico particular
 () Especialista do município
 () Especialista de outro município
 () Clínica em que realizava tratamento antes
 () Conta Própria
 () Outros

7- Teve algum problema para conseguir vaga nesta unidade?

Sim Não

8- Antes de realizar nesta clínica, o (a) senhor (a) já realizava o tratamento dialítico em outro local?

Sim Não

8.1- Se sim, foi uma escolha sua a transferência para este local?

Sim Não Em parte Não se aplica

8.1.1- Se sim, qual motivo te levou a transferir o local de tratamento?

Mais próximo da residência em que vive

Melhor tratamento

Horário flexível

Outros: _____

Não se aplica

8.2- Se sim, neste outro local o (a) senhor (a) precisava se deslocar mais de 100 Km para o tratamento?

Sim Não Não se aplica

8.2.1- Se sim, o que o (a) senhor (a) acha dessa distância?

Pequena Razoável Grande Não se aplica

8.2.2- Se sim, o seu tratamento já foi prejudicado por conta dessa distância?

Sim Não Não se aplica

9- Quanto tempo demorou entre o encaminhamento e a liberação de vaga nesta unidade?

_____ anos _____ meses

9.1- O que o (a) senhor (a) acha desse tempo?

Demorado Razoável Rápido

10- O (a) senhor (a) teve alguma dificuldade para continuar o tratamento nesta unidade?

Sim Não Em parte

11- O (a) senhor (a) está satisfeito com o atendimento que recebe hoje?

Sim Não Em parte

12- O (a) senhor (a) recomendaria o tratamento que recebe a algum amigo ou familiar que necessite do mesmo?

Sim Não NS/NQR

APENDICE B- FORMULÁRIO PARA USUÁRIO HOSPITAL

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação:	
Idade:	Sexo: () Feminino () Masculino
Município de residência:	
Município de atendimento:	
Data (s) do (s) atendimento (s):	
Tipo de atendimento (s):	

1- De acordo com nossos registros, o (a) senhor (a) foi atendido (a) neste hospital. Essa informação está correta?() Sim () Não

2- Este hospital está situado no município que o (a) senhor (a) reside?() Sim () Não

3- Se não, o (a) senhor (a) precisou se deslocar mais de 100 km para o atendimento neste hospital?
() Sim () Não

4- O (a) senhor (a) já precisou em alguma vez passada ser encaminhado para algum hospital com uma distância maior que essa?
() Sim () Não

4.1 O que o (a) senhor (a) acha dessa distância?
() Pequena () Razoável () Grande () Não se aplica

4.2 O seu tratamento já foi prejudicado por conta dessa distância?
() Sim () Não () Não se aplica

5- Quem lhe encaminhou para este hospital?
() Médico do posto() Especialista de outro município
() Clínica em que realizava tratamento antes() Médico particular
() Especialista do município() Conta Própria
() Outros

6- Teve algum problema para conseguir vaga nesta unidade?() Sim () Não

7- Quanto tempo demorou entre o encaminhamento e a liberação de vaga nesta unidade?
_____ anos _____ meses

7.1- O que o (a) senhor (a) acha desse tempo?() Demorado () Razoável () Rápido

8- O (a) senhor (a) teve alguma dificuldade para continuar o tratamento após a alta hospitalar?
() Sim () Não

9- O (a) senhor (a) está satisfeito com o atendimento que recebeu?() Sim () Não

10- O (a) senhor (a) recomendaria o tratamento que recebeu a algum amigo ou familiar?() Sim () Não

APENDICE C- FOMULÁRIO PARA USUÁRIO SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação:	
Idade:	Sexo: () Feminino () Masculino
Município de residência:	
Município de atendimento:	
Data do (s) atendimento (s):	
Tipo de atendimento (s):	

1- De acordo com nossos registros, o (a) senhor (a) recebeu algum atendimento na unidade _____. Essa informação está correta?

() Sim () Não () Não me lembro

2- Antes de ser atendido pelo especialista, o (a) senhor (a) havia se consultado com um médico do posto de saúde por esse motivo?

() Sim () Não

3- O (a) senhor (a) já havia sido encaminhado (a) para o mesmo especialista que lhe atendeu na unidade?

() Sim () Não

3.1- Se sim, o (a) senhor (a) conseguiu ser atendido?

() Sim () Não

3.2- Se sim, seu problema foi resolvido?

() Sim () Não () Em parte

4- Quem lhe encaminhou para esta unidade?

() Médico do posto

() Médico particular

() Especialista do município

() Especialista de outro município

() Outros. Especifique: _____

5- Teve algum problema para conseguir marcar a consulta/exame nesta unidade?

() Sim () Não

6- Quanto tempo demorou entre o encaminhamento e o atendimento na unidade?

_____ anos _____ meses

6.1- O que o (a) senhor (a) acha desse tempo?

() Demorado () Razoável () Rápido

7- O motivo pelo qual o (a) senhor (a) procurou o serviço foi resolvido na unidade?

() Sim () Não () Em parte

8- Depois do atendimento, o (a) senhor (a) teve alguma dificuldade para continuar o tratamento ou realizar os exames que o médico lhe solicitou?

Sim Não

9- Depois da consulta, para onde o especialista lhe encaminhou com maior prioridade?

- A lugar nenhum/casa
- A outro especialista
- Ao médico do posto
- Programou uma hospitalização
- Marcou nova consulta
- Urgência
- Outro _____

10- Se recebeu receita, o (a) senhor (a) teve dificuldade para receber os medicamentos prescritos?

Sim Não

11- Se o (a) senhor (a) realizou algum exame, o (a) senhor (a) recebeu o resultado?

Sim Não

12- Depois do atendimento na unidade, o tratamento está sendo continuado?

Sim Não

12.1- Se sim, onde?

- Posto de saúde
 - Centro de especialidade
 - Consultório particular
 - Hospital
 - Clínica
 - Outro: _____
- No município onde reside
 Em outro município

13- O (a) senhor (a) ficou satisfeito com o atendimento que recebeu?

Sim Não

14- O (a) senhor (a) recomendaria o tratamento que recebeu a algum amigo ou familiar?

Sim Não

APENDICE D – FORMULÁRIO PARA GESTOR MUNICIPAL

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação:	
Idade:	Sexo: () Feminino () Masculino
Município em que atua:	
Profissão:	

1- Há quanto tempo o (a) senhor (a) é gestor (a) de saúde deste município?
 _____ anos _____ meses

2- A secretaria de saúde o (a) senhor (a) administra, recebe pacientes de outros municípios?
 () Sim () Não () NS/NQR

2.1- Se sim, o (a) senhor (a) pode opinar sobre a quantidade de atendimentos de outros municípios da microrregião?

() menos de 10% () entre 11 e 30% () entre 31 e 50%
 () mais de 50% () Não sei

2.2- A distribuição das vagas aos outros municípios:

() é igual para todos os municípios
 () é feita conforme a negociação entre os municípios com apoio da SES
 () é feita conforme a solicitação e demanda dos municípios
 () outra forma: _____

3- A secretaria de saúde encaminha pacientes para o atendimento em outro município?
 () Sim () Não () NS/NQR

3.1- Se sim, o (a) senhor (a) pode opinar sobre a quantidade de encaminhamentos para outros municípios?

() menos de 10% () entre 11 e 30% () entre 31 e 50%
 () mais de 50% () Não sei

4- Seu município recebeu recursos para aumento/reforma do serviço de saúde nos últimos dois anos?

() Sim () Não () NS/NQR

4.1- Se sim, qual a fonte de financiamento da obra e ou reforma?

() recursos municipais
 () recursos estaduais
 () recursos federais
 () outros. _____

() Não se aplica

5- Como gestor de saúde, o (a) senhor (a) acredita que esta reforma era a principal necessidade do seu município?

() Sim () Não () NS/NQR

6- Antes da realização da mesma, o (a) senhor (a) participou da decisão acerca das necessidades de estrutura para os serviços de saúde do seu município?

() Sim () Não () NS/NQR

7- Antes dos investimentos da obra e ou reforma, o (a) senhor (a) acredita que havia uma sobrecarga por uma alta demanda?

() Sim () Não () NS/NQR

7.1 - Se sim, com os investimentos feitos essa situação melhorou?

() Sim () Não () NS/NQR () Não se aplica () Em partes

8- O município está preparado para atender a demanda, considerando a região de saúde/municípios vizinhos?

() Sim () Não () Em parte () NS/NQR

8.1- Por quê?

9- Na sua opinião, quais as 3 maiores dificuldades enfrentadas?

() Superlotação () Materiais de consumo
 () Estrutura () Leitos
 () Recursos Humanos () Regulação de vagas
 () Recursos financeiros () Pouco comprometimento dos municípios da região
 () Outros: _____

10- O (a) senhor (a) acredita que o programa Caravana da saúde do governo Estadual ajudou/ foi útil para o seu município?

() Sim () Não () NS/NQR

10.1- Por quê?

11- O (a) senhor (a) acredita que o município está preparado para atendimentos de alta complexidade, tendo em consideração a necessidade da microrregião?

() Sim () Não () NS/NQR

12- Os recursos destinados à saúde no seu município são suficientes para suprir as necessidades do mesmo?

() Sim () Não () NS/NQR

13- O (a) senhor (a) recomendaria a um amigo ou familiar o serviço de saúde neste município?

() Sim () Não () NS/NQR

14- O (a) senhor (a) acredita que a população confia no serviço prestado pelas unidades de saúde do município?

() Sim () Não () NS/NQR

APENDICE E- FORMULÁRIO GESTOR DO SERVIÇO

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação:	
Idade:	Sexo: () Feminino () Masculino
Município em que atua:	
Profissão:	

1- Há quanto tempo o senhor (a) trabalha nesta unidade?
 _____ anos _____ meses

2- Qual é o seu vínculo com esta instituição?

- () Contrato por prazo determinado
 () Emprego público/estatutário
 () Emprego público/Celetista
 () Cargo Comissionado
 () Contrato por tempo indeterminado
 () Outros

3- A unidade em que o (a) senhor (a) administra, recebe pacientes de outros municípios?
 () Sim () Não () NS/NQR

3.1- Se sim, o (a) senhor (a) pode opinar sobre a quantidade de atendimentos de outros municípios da microrregião?

- () menos de 10% () entre 11 e 30% () entre 31 e 50% () mais de 50% () Não sei

4- Esta unidade recebeu aumento de leitos/reforma nos últimos dois anos?
 () Sim () Não () NS/NQR

4.1 Se sim, qual a fonte de financiamento da obra e ou reforma?

- () recursos municipais
 () recursos estaduais
 () recursos federais
 () outros. _____
 () Não se aplica

5- Como gestor do serviço, o (a) senhor (a) acredita que esta reforma era a principal necessidade da sua unidade?
 () Sim () Não () NS/NQR

6- Antes da realização da mesma, o (a) senhor (a) participou da decisão acerca das necessidades da unidade?
 () Sim () Não () NS/NQR

7- Antes dos investimentos da obra e ou reforma, o (a) senhor (a) acredita que havia uma sobrecarga por uma alta demanda na unidade em que o (a) senhor (a) trabalha?
 () Sim () Não () NS/NQR

7.1 - Se sim, com a reforma/ampliação essa situação melhorou?

Sim Não NS/NQR Não se aplica Em partes

8- A distribuição das vagas aos outros municípios:

é igual para todos os municípios

é feita conforme a negociação entre os municípios com apoio da SES

é feita conforme a solicitação e demanda dos municípios

outra forma: _____

9- A unidade está prepara para atender a demanda, considerando a região de saúde/municípios vizinhos?

Sim Não Em parte NS/NQR

9.1 - Por quê?

10- Na sua opinião, quais as três maiores dificuldades enfrentadas neste serviço de saúde?

Superlotação Materiais de consumo

Estrutura Leitos

Recursos humanos Regulação de vagas

Recursos financeiros Pouco comprometimento dos municípios da região

Outros? _____

11- O (a) senhor (a) acredita que o programa Caravana da saúde do governo Estadual ajudou/ foi útil para sua unidade?

Sim Não NS/NQR

11.1- Por quê?

12- O (a) senhor (a) acredita que há uma procura de pacientes no serviço por motivos que poderiam ser resolvidos no nível primário?

Sim Não NS/NQR

13- O (a) senhor (a) recomendaria a um amigo ou familiar o serviço na unidade em que trabalha?

Sim Não NS/NQR

14- O (a) senhor (a) acredita que a população confia no serviço prestado pela unidade?

Sim Não NS/NQR

APENDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pelas pesquisadoras Angélica Fernanda Saraiva Campos e professora Dra. Ana Rita Barbieri.

A finalidade deste estudo é de avaliar a política de regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso do Sul.

O presente estudo será realizado inicialmente na Secretaria de Estado de Saúde do estado do Mato Grosso do Sul e posteriormente in loco nos onze municípios sede de microrregiões de saúde, estes: Aquidauana, Campo Grande, Coxim, Jardim, Corumbá, Dourados, Nova Andradina, Naviraí, Ponta Porã, Paranaíba e Três Lagoas.

Sua colaboração nesta pesquisa consiste em responder a algumas perguntas realizadas pelo entrevistador. A entrevista tem duração média de 15 (quinze) minutos e tudo que você disser será registrado. Após a entrevista o pesquisador irá ler suas respostas e você poderá modificar algo se achar necessário. Você não realizará nenhum procedimento, exame ou alteração no tratamento através da pesquisa. Se você é usuário, as questões do formulário dizem respeito à realização do procedimento, tempo de espera, forma de deslocamento e continuidade da assistência. Se você é gestor as questões serão a respeito de demandas na unidade e no município, capacidade de atendimento, sobrecarga e qualidade do serviço. Será realizada a entrevista em local seguro onde suas respostas serão transmitidas unicamente ao entrevistador.

Esta pesquisa não trará riscos atuais e nem potenciais a você.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode decidir participar ou não. Esta não lhe trará compensação financeira de nenhum modo e nem estabelecerá vínculo com a instituição responsável pelo desenvolvimento da pesquisa. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, e/ou não responder um ou mais quesitos durante a entrevista em caso de desconforto ou constrangimento, sem prejuízos diretos ou indiretos. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e não haverá prejuízo de forma alguma.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade da coordenadora da pesquisa, por um período de cinco anos, e os resultados decorrentes do estudo serão apresentados em eventos científicos com a estruturação de resumos, publicação de artigos científicos e relatórios técnicos, preservando o anonimato de todos envolvidos.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para a responsável pela pesquisa Angélica Fernanda Saraiva Campos telefone: 992412151. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você poderá recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimento de qualquer natureza.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

_____/_____/_____
Assinatura do Participante data

_____/_____/_____
Assinatura do Pesquisador data

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

824833

SES
Secretaria de Estado
de Saúde



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul

Ofício n. 1.205/GAB/SES

Campo Grande/MS, 4 de maio de 2017.

PROTOCOLO CENTRAL
DIVISÃO DE PROTOCOLO / UFMS
RECEBI EM: 04/05/17
HORA: 13:44 ASS: Siller

Prezada Senhora,

Eu, Nelson Barbosa Tavares, Secretário de Estado de Saúde, autorizo à Vossa Senhoria a disponibilização de consulta e utilização dos bancos de dados SIA/SIH do SUS, para fins da pesquisa Avaliação das políticas de saúde para a regionalização no Estado de Mato Grosso do Sul, cujo objetivo é avaliar a política de regionalização dos serviços de saúde no MS.

Atenciosamente,

NELSON BARBOSA TAVARES
Secretário de Estado de Saúde
Assinado Digitalmente

Este documento é cópia do original. Para conferir o original, acesse o site www.edoc.ms.gov.br, e informe o código 0F00415E7 Assinado digitalmente por NELSON BARBOSA TAVARES:31304095640 - Hora do servidor: 04/05/2017 10:21:53

À Senhora
DRA. ANA RITA BARBIERI
Docente e pesquisadora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Elaborado por: carolinej

Av. do Poeta - Parque dos Poderes , S/N, Jardim Veraneio, Bloco 7 - CEP 79031902 - Campo Grande/MS

Protocolo: _____
Data: _____

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DO PRESIDENTE DO COSEMS/MS

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA COSEMS/MS

Prezado Presidente,

Convidamos-lhe a contribuir com uma pesquisa intitulada: "AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL". A pesquisa está sendo desenvolvida a pedido da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, pela Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob a coordenação da Prof. Dra. Ana Rita Barbieri.

Trata-se de um estudo avaliativo que tem por objetivo avaliar a política de regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso do Sul. A pesquisa irá 1. Analisar os procedimentos demandados e realizados na Caravana da Saúde por região e microrregião de saúde de acordo com a população residente; 2. Discutir a continuidade assistencial após o atendimento na caravana da saúde; 3. Analisar o acesso dos usuários nos serviços de saúde de referência e a continuidade do tratamento nas regiões e microrregiões de saúde; 4. Discutir a distribuição de procedimentos de média e alta complexidade nas microrregiões de saúde, de acordo com a população residente; 5. Analisar a equidade no acesso da população dos municípios de Mato Grosso do Sul como resultado das políticas de saúde voltadas à regionalização. As entrevistas serão realizadas de duas formas: por telefone para os pacientes atendidos na ação Caravana da Saúde e de forma presencial nos municípios sede de microrregiões: Aquidauana, Campo Grande, Coxim, Jardim, Corumbá, Dourados, Nova Andradina, Naviraí, Ponta Porã, Paranaltina e Três Lagoas. Serão entrevistados usuários dos serviços hospitalares, gestores municipais e administradores/gerentes dos serviços hospitalares.

Para atender às exigências quanto aos aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres humanos e aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, este projeto será precedido de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O projeto conterá um Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Ressalta-se que a pesquisa não trará riscos imediatos ou futuros aos participantes dos grupos pesquisados e os benefícios são indiretos. Diante de qualquer evento danoso não previsto, a pesquisa será suspensa, fato que será informado às instituições promotoras e participantes.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade da coordenadora da pesquisa, por um período de cinco anos, e os resultados decorrentes do estudo serão apresentados em eventos científicos com a estruturação de resumos, publicação de artigos científicos e relatórios técnicos, preservando o anonimato de todos envolvidos.

Sua aprovação e autorização são necessárias para que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e, assim, iniciar a coleta de dados. Para autorizar, basta preencher os dados abaixo e assinar a autorização, digitalizá-la e nos enviar para o e-mail: anaritabarbieri@gmail.com.

Agradecemos sua contribuição para realização deste estudo e nos colocamos à disposição para demais esclarecimentos.

Ana Rita Barbieri
Coordenadora da pesquisa
(67) 99982.2024

Eu, Sérgio Perius, Presidente do COSEMS/MS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul, autorizo a pesquisa, conforme objetivos descritos acima e quero receber todas as informações, resultados e produtos originados desta pesquisa bem como conhecer os produtos intermediários a qualquer tempo.

Campo Grande, 09 junho de 2017

Sérgio Perius

Sérgio Perius
Presidente

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DO GRUPO DE PESQUISA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Prezada Coordenadora

Convidamos-lhe a contribuir com uma pesquisa intitulada: "Regionalização dos serviços de saúde especializados: Estudo de caso no Mato Grosso do Sul".

Trata-se de um estudo derivado da Pesquisa intitulada: "Avaliação das políticas de saúde para a regionalização no Estado de Mato Grosso do Sul" na qual a Vossa Senhoria é a coordenadora responsável.

Para atender às exigências quanto aos aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres humanos e aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, este projeto será precedido de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O projeto conterà um Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Ressalta-se que a pesquisa não trará riscos imediatos ou futuros aos participantes dos grupos pesquisados e os benefícios são indiretos. Diante de qualquer evento danoso não previsto, a pesquisa será suspensa, fato que será informado às instituições promotoras e participantes.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade da responsável da pesquisa, por um período de cinco anos, e os resultados decorrentes do estudo serão apresentados em eventos científicos com a estruturação de resumos, publicação de artigos científicos e relatórios técnicos, preservando o anonimato de todos envolvidos.

Sua aprovação e autorização são necessárias para que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e, assim, iniciar a coleta de dados. Para autorizar, basta preencher os dados abaixo e assinar a autorização.

Agradecemos sua contribuição para realização deste estudo e nos colocamos à disposição para demais esclarecimentos.


 Angélica Fernanda Saraiva Campos
 Pesquisadora responsável
 (67) 99241-2151

Eu, Ana Rita Barbieri, coordenadora da pesquisa intitulada: "Avaliação das políticas de saúde para a regionalização no Estado de Mato Grosso do Sul" autorizo a disponibilização de consulta e utilização dos dados coletados na pesquisa, conforme objetivos descritos acima e quero receber todas as informações, resultados e produtos originados desta pesquisa bem como conhecer os produtos intermediários a qualquer tempo.

Campo Grande, 30 Novembro de 2017.


 Ana Rita Barbieri

ANA RITA BARBIERI FIGUEIREDES
 SIAPE: 11452373

ANEXO D- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS: ESTUDO DE CASO NO MATO GROSSO DO SUL

Pesquisador: ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73179317.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.437.948

Apresentação do Projeto:

Proposta de pesquisa para Curso de Mestrado Profissional, Saúde da Família, que investiga a divisão do Estado de Mato Grosso do Sul em 4 regiões de saúde e 11 microrregiões com concentração das especialidades na capital, Campo Grande. A sobrecarga de serviços fez com que a Secretaria de Estado de Saúde estabelecesse um plano de reestruturação visando distribuir os serviços especializados ambulatoriais e hospitalares nas microrregiões de saúde. Nesse contexto, esse estudo se propõe a analisar a implementação dos serviços de saúde especializados no estado do Mato Grosso do Sul. Este irá se desenvolver por meio de dados secundárias extraídas de diferentes bancos de dados e informações primárias por meio de entrevistas e formulários junto aos usuários dos serviços e gestores de saúde dos municípios que receberam incentivos do Governo do Estado.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o processo de regionalização dos serviços de saúde especializados no Mato Grosso do Sul; analisar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de referência e a continuidade do tratamento nas regiões e microrregiões de saúde; analisar a distribuição de procedimentos de média e alta complexidade nas microrregiões de saúde, de acordo com a população residente; discutir a equidade no acesso da população os municípios como resultado das políticas de saúde voltadas à regionalização.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bloetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.437.948

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão registrados apenas na participação dos pesquisadores, isto é, não realizarão intervenções nos cuidados fornecidos aos usuários participantes, apenas dando forma a coleta dos dados. Quanto aos benefícios, estão delineados sobre a avaliação da qualidade e do desempenho do tratamento especializado nos Municípios e Estado, o que impactará a qualidade de atendimento das unidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo avaliativo de uma política de saúde, a regionalização em Mato Grosso do Sul, desenvolvido por meio de informações secundárias, extraídas de diferentes bancos de dados e informações primárias, através de entrevistas junto aos usuários dos serviços, gestores de saúde municipais e gestores de serviços locais. Em relação aos critérios de inclusão e exclusão, informa que serão incluídos neste estudo usuários e gestores maiores de idade, de ambos os sexos e que aceitarem participar da pesquisa após esclarecimentos e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, excluídos, os usuários menores de idade, indígenas e pacientes ou gestores, que não aceitarem participar da pesquisa ou assinar o TCLE. As entrevistas serão realizadas nos municípios sede de microrregiões: Aquidauana, Campo Grande, Coxim, Jardim, Corumbá, Dourados, Nova Andradina, Naviraí, Ponta Porã, Paranaíba e Três Lagoas. Serão entrevistados usuários dos serviços hospitalares e dos ambulatórios de especialidades onde houve investimentos estaduais, de acordo com o PDR, gestores municipais e administradores/gerentes dos serviços hospitalares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado caracteriza a intencionalidade da pesquisa, bem como informa aos participantes as condições necessárias para a sua participação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em conclusão, registramos a apresentação de Termo de Compromisso para utilização do Banco de Dados, bem como os formulários com dados para as entrevistas com os gestores e usuários dos serviços.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

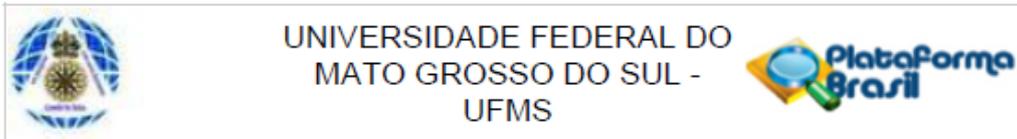
Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS				
Bairro: Caixa Postal 549		CEP: 79.070-110		
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE			
Telefone: (67)3345-7187	Fax: (67)3345-7187	E-mail: bioetica@propp.ufms.br		



Continuação do Parecer: 2.437.948

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_924806.pdf	04/12/2017 15:20:44		Aceito
Outros	APENDICE_H_TERMO_DE_COMPROMISSO.docx	04/12/2017 15:17:56	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Outros	APENDICE_F_SOLICITACAO_DE_AUTORIZACAO_PARA_REALIZACAO_DE_PESQUISA.docx	04/12/2017 15:16:45	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Outros	APENDICE_E.doc	04/12/2017 15:16:15	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Outros	APENDICE_D.doc	04/12/2017 15:15:51	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Outros	APENDICE_C.doc	04/12/2017 15:15:13	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Outros	ANEXO_B.pdf	04/12/2017 15:11:01	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Outros	ANEXO_A.pdf	04/12/2017 15:10:07	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_G_TCLE.docx	04/12/2017 15:09:19	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ANGELICA_FERNANDA.docx	04/12/2017 15:08:18	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	doc20170727100855.pdf	27/07/2017 14:35:15	ANGELICA FERNANDA SARAIVA CAMPOS	Aceito

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.437.948

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 14 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Edilson José Zafalon
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO E: CONFIRMAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

13/02/2019 ScholarOne Manuscripts

 **Saúde e Sociedade**

[# Home](#)

[/ Author](#)

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to
Saúde e Sociedade

Manuscript ID
SAUSOC-2019-0120

Title
Processo de regionalização dos serviços especializados de saúde sob a ótica dos gestores, gerentes e usuários

Authors
Campos, Angélica
Insabralde, Andreia
Souza, Albert
Zuque, Flávia
Tsuha, Daniel
Reis, Alice
Leite, Jean
Tsuha, Andressa
Barbieri, Ana

Date Submitted
13-Feb-2019

[Author Dashboard](#)

<https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo> 1/2

ANEXO F- ARTIGO EQUITY IN ACCESS TO CATARACT SURGERIES IN A BRAZILIAN REGION:HEALTH CARAVAN PROGRAM



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 08, Issue, 11, pp.24239-24243, November, 2018



ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

EQUITY IN ACCESS TO CATARACT SURGERIES IN A BRAZILIAN REGION: HEALTH CARAVAN PROGRAM

¹*Angélica Fernanda Saraiva Campos, ¹Andreia Insabralde, ²Flavia Renata da Silva Zuque,
³Daniel Henrique Tsuha, ¹Lúisa BruschiCarneiro, ⁴Alice BizerraReis, ⁵Jean Ribeiro Leite,
¹Andressa Akeime Yamakawa Tsuha and ¹Ana Rita Barbieri

¹Integrated Institute of Health (Instituto Integrado de Saúde - INISA), Federal University of Mato Grosso do Sul- Cidade Universitária, Av. Costa e Silva - Pioneiros, Campo Grande, MS- Brasil

²Federal University of Mato Grosso do Sul - UFMS/CPCX. Av. Marcio Lima Nantes, S/N, Vila da Barra, estrada do Pantanal - Coxim, MS- Brasil

³State Department of Health of Mato Grosso do Sul- Av. do Poeta, 1441-1587, Campo Grande, MS- Brazil

⁴School of Medicine (Faculdade de Medicina - FAMED), Federal University of Mato Grosso do Sul- Cidade Universitária, Av. Costa e Silva - Pioneiros, Campo Grande, MS- Brazil

⁵School of Dentistry (Faculdade de Odontologia - FAODO), Federal University of Mato Grosso do Sul- Cidade Universitária, Av. Costa e Silva - Pioneiros, Campo Grande, MS- Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 07th August, 2018

Received in revised form

09th September, 2018Accepted 16th October, 2018Published online 30th November, 2018

Key Words:

Cataract,
Ocular health,
Health policy,
Health equity,
Brazil.

ABSTRACT

This article aims to assess equity in the population's access to cataract extraction procedures in the Health Caravan Program and its coverage in Mato Grosso do Sul, Brazil. It is a cross-sectional study, with analysis of secondary data from the Informatics Department of the Ministry of Health and productivity reports of the Health Caravan Program with standardization of the coefficient of cataract surgeries in Brazil. The results showed the execution of 13,361 cataract surgeries in 2015 and 23,340 in 2016. There was no significant difference in the distribution of surgical procedures among the public health regions. However, the increase in the amount of surgeries is relevant when analyzing the number of procedures performed in each public health region, which indicates a repressed demand. The Health Caravan Program expanded people's access to the surgical procedure to eliminate cataracts. The coefficient of cataract surgeries exceeded the average of the previous year in the state, as well as the national average. Considering a demographically dispersed area such as Mato Grosso do Sul, this program proved to be a good alternative to ensure people's access to the surgical procedure.

Copyright © 2018, Angélica Fernanda Saraiva Campos et al., This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Angélica Fernanda Saraiva Campos, Andreia Insabralde, Flavia Renata da Silva Zuque et al., 2018. "Equity in access to cataract surgeries in a Brazilian region: health caravan program", *International Journal of Development Research*, 8, (11), 24239-24243.

INTRODUCTION

Universal health coverage, which encompasses access to public health services, is one of the millennium development goals defined by the United Nations (Buss et al., 2016). The idea that health must be present in all public policies is in the 2030 agenda and has been ratified by the signatory countries of the Pan American Health Organization (PAHO). In this context, equity becomes the most important measure of development of a region (Costa, Gartner, 2017).

*Corresponding author: Angélica Fernanda Saraiva Campos, Integrated Institute of Health (Instituto Integrado de Saúde - INISA), Federal University of Mato Grosso do Sul- Cidade Universitária, Av. Costa e Silva - Pioneiros, Campo Grande, MS- Brasil.

With the same logic, and due to the high prevalence of preventable blindness in Latin America as a whole, the health ministers of the Americas approved the Action Plan for Preventing Blindness and Visual Impairment, in order to reduce inequities in access to health services. The goal is solving the problem until the year of 2020 (Silva et al., 2015). With the increase in life expectancy and the aging of the population, in addition to chronic diseases such as Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, the prevalence of visual problems increases along with the number of elderly people. Regardless of social class, the incidence of blindness rises due to advanced age (CBO, 2015). Cataract is the leading cause of preventable blindness in low- and middle-income countries, and both its occurrence and access to health care are

unevenly distributed (Ramke *et al.*, 2017). Latin America and the Caribbean comprise the most unequal region in terms of distribution of goods, services, social and health conditions. Inequalities persist and the highest rates of preventable blindness and visual impairment are among low-income and rural people, who face the most hindrance when accessing both primary and advanced health services (Silva *et al.*, 2015). In Brazil, the three major causes of blindness that affect the elderly are glaucoma, age-related macular degeneration and cataract (CBO, 2018). In Mato Grosso do Sul, in 2015, the State Department of Health defined the strategic plans for consolidating the regionalization of health as public policies. One of the programs that were created is called Health Caravan, which provides consultations, exams and medium complexity surgeries for all of the eleven public health micro-regions of the state, with the goal of expanding service coverage. Among the many services offered by the program, attention is drawn to cataract extraction surgeries (Brasil, 2015). This article analyzes equity in population's access to cataract surgeries as a result of the health policy adopted in Mato Grosso do Sul: the Health Caravan Program.

MATERIALS AND METHODS

Study Scenario: Mato Grosso do Sul is a state in Brazil's Midwest region, bordering Bolivia and Paraguay and five other Brazilian states. It has a population of 2,713,147 inhabitants in 35,7145,531 square kilometers, which represents a low demographic density, of approximately 6.86 inhabitants per square kilometer, distributed in 79 municipalities distant from each other and predominantly of small size (IBGE, 2010). Thus, the health system in the state was organized in four public health macro-regions, with eleven municipalities being the center of a micro-region, each with a hospital and outpatient clinic qualified for medium and high complexity assistance with the main medical specialties. Given the significant territorial extension and low demographic density, population's access to the most complex health services demands a networked organization with efficient transportation and communication logistics in order to ensure equity. However, most health services are currently concentrated in Campo Grande, capital of the state.

Study Design: this is a cross-sectional study that discussed the Health Caravan Program regarding the performance of cataract extraction surgeries in Mato Grosso do Sul. It presents the amount and distribution of procedures throughout the years of 2014 (before the advent of Health Caravan), 2015 and 2016. The information was extracted from the Informatics Department of the Ministry of Health (DATASUS), through outpatient information system (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA) and hospital information system (Sistema de Informação Hospitalar - SIH) (Brazil, 2018). TabWin version 4.14 was used to extract the data. Production reports of the Health Caravan Program from the Department of Health of Mato Grosso do Sul were made available for study through tables in Microsoft Excel version 16.0. The Health Caravan professionals adopted the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), which includes Z01.0 (eye and vision examination) and H25.9 (unspecified senile cataract) and the procedures in this study were selected according to it (WHO, 2008).

Composition of the analysis: variables analyzed in this study were: 1) number of inhabitants per public health region in the

years 2014, 2015 and 2016; 2) number of inhabitants per public health region over 40 years of age with estimated number of unspecified senile cataract by municipality of residence; 3) number of cataract surgeries performed by municipality of residence. For the estimates of Brazilian population and population by each public health region in Mato Grosso do Sul, data from the demographic census of 2010 by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, 2010) and its estimates for population over 40 years of age in 2016 were used (IBGE, 2016). Age of population was standardized for the entire population of the state by the indirect method, based on the Latin American population older than 40 in the age groups of 40 to 64, 65 to 74 and 75 years or more. For the statistical analysis, the population of Mato Grosso do Sul was standardized using information from the population projection by the Latin American and Caribbean Demographic Observatory of the United Nations (ECLAC, 2015). In order to estimate the amount of cataract cases and cataract extraction surgeries in Brazil, we used the following data of prevalence of senile cataract: in 17.6% of people under 64 years of age; in 47.1% of the age group from 65 to 74 years; 73.3% in individuals over 75 years of age (CBO, 2018).

Data assessment and processing: descriptive statistical assessments with prevalence stratified by age groups (<64 years, 65-74 years, > 75 years) were performed. Maps were created to present the proportional distribution of surgeries per population over 40 years of age. A geographic information system of the open source software QGIS was used and quantile was the classification method chosen, in which each interval has a uniform quantity of objects, consisting of the representation of the public health regions. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Mato Grosso do Sul, under Opinion no. 2,152,157, CAAE: 69784517.0.0000.0021.

RESULTS

In 2014, before the Health Caravan Program existed, 1,408 cataract surgeries were performed in Mato Grosso do Sul (16.08 surgeries per 10 thousand inhabitants), with no information on queues or repressed demand. With Health Caravan, 13,361 and 23,340 cataract surgeries were performed in 2015 and 2016 respectively, with a total of 36,701 surgeries (402.34 surgeries per 10 thousand inhabitants over 40 years of age). In 2015 and 2016, cataract surgeries were performed in seven and four regions of the state respectively, therefore distributing the service among all public health regions of Mato Grosso do Sul (Brasil, 2016; Brasil, 2017). The procedures registered in the program indicate that, out of the 36,701 surgeries performed, 16,582 (45.18%) were in men and 20,119 (54.82%) in women. Regarding distribution by age, 86.99% of the surgeries occurred in people over 60 years of age, of whom 30.15% were older than 64, 45.39% were 65 to 74, and 24.46% were older than 75. The cataract extraction surgeries were distributed by region according to the map presented in Figure 1. The difference in the number of surgeries performed before and after the Health Caravan Program is highlighted. The estimate of people with cataracts in the state of Mato Grosso do Sul and comprehensiveness of surgeries by public health micro-region can be observed in Table 1. Brazil has 205,743,000 inhabitants over 40 years of age and has performed 788,366 cataract surgeries through the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) in the years of 2015 and 2016, resulting in a ratio of approximately

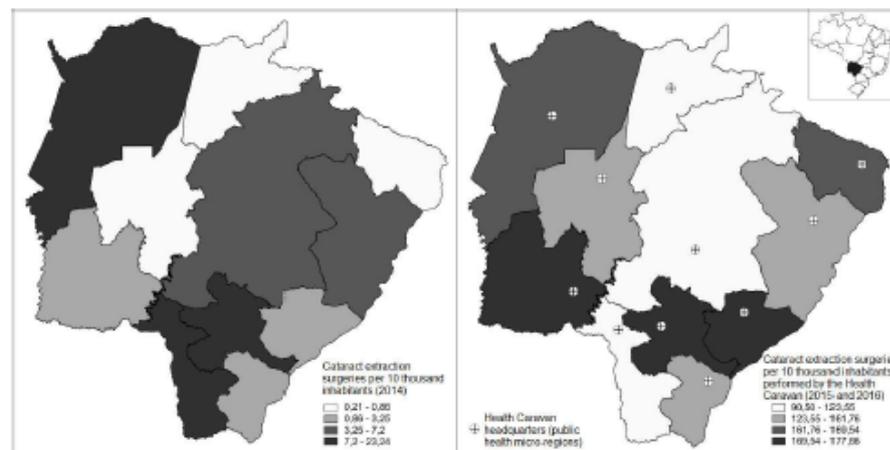


Figure 1. Distribution of cataract surgeries in the public health micro-regions of Mato Grosso do Sul in the years of 2014, 2015 and 2016

Table 1. Proportion of surgeries performed in relation to the estimated population with cataract over 40 years of age in the public health micro-regions of Mato Grosso do Sul, during the years of 2015 and 2016. Campo Grande - MS, 2018

Public health region	Estimated population >40 years of age with cataract	Total of surgeries performed	% of surgeries performed in the estimated population >40 years of age
Aquidauana	11.533	1.688	14.64
Campo Grande	99.962	13.486	13.94
Coxim	7.409	749	10.11
Jardim	8.767	1.775	20.25
Dourados	31.319	6.292	20.09
Naviraí	11.339	1.869	16.48
Nova Andradina	10.368	2.005	19.34
Ponta Porã	14.694	2.034	13.84
Paranaíba	9.606	1.548	16.12
Três Lagoas	14.996	2.877	19.19
Corumbá	10.415	2.193	21.06
Total	230.408	36.516	15.85

Table 2. Cataract extraction surgeries performed in Mato Grosso do Sul and Brazil, with the population older than 40, in the years of 2015 and 2016. Campo Grande - MS, 2018

Groups of age	Estimated population with cataract in MS	Cataract surgeries performed in MS		Estimated population with cataract in Brazil	Cataract surgeries performed in Brazil	
		No.	%		No.	%
40 to 64 years	126.627	11.010	8.70	4.895.906	233.829	4.78
65 to 74 years	53.867	16.574	30.77	4.923.867	336.812	6.84
75 years or more	49.914	8.932	17.89	9.906.702	217.725	2.20
Total	230.408	36.502	15.82	19.726.475	788.366	4.00

* MS: Mato Grosso do Sul

Sources: MS and Brazil population adjusted according to IBGE's population estimate of 2015 and proportion of people with cataract according to age through parameters recommended in the report of the Brazilian Council of Ophthalmology (CBO)¹. The number of surgeries performed was extracted from the Department of Informatics of the Ministry of Health (DATASUS), using the outpatient information system (SIS) and the hospital information system (SIH)² and the production reports of the Health Caravan Program of the State Department of Health of Mato Grosso do Sul, made available for study in Microsoft Excel version 16.0.

123.47 surgeries to 10,000 inhabitants older than 40. When comparing the estimated number of people with cataract in the country and the amount of surgeries performed with the information for Mato Grosso do Sul, it is possible to note an important increase in access to the procedure with the Health Caravan program, as shown in Table 2.

DISCUSSION

The Health Caravan Program increased the amount of surgeries performed by more than 500%. Figure 1 shows that the region with the highest number of surgeries went from 7.2 to 23.24 cataract surgeries per 10,000 inhabitants in 2014.

It is also shown in Figure 1 that the three regions with the least amount of surgeries performed throughout 2015 and 2016 presented a distribution of 90.50 to 123.55 procedures per 10,000 inhabitants. As expected due to vision impairment with aging, the number of surgeries performed was higher in the population older than 60, with 86.99% of the procedures occurring above this age group. The incidence of senile cataract tends to rise as a result of increased life expectancy. This situation can be reversed improving quality of life and increasing access to health services (Ramke *et al.*, 2017). However, the results of this research indicate that the population under 64 performed more surgeries than the population older than 75 years, in which a higher prevalence of

cataract is expected (CBO, 2018). With Health Caravan, comprehensiveness of the health service in Mato Grosso do Sul was increased. The number of surgeries uprose from 16.08 to 402.34 for every 10 thousand inhabitants over 40 years of age. Information from the Brazilian Council of Ophthalmology (CBO) indicates that there are still a number of people with impaired vision. Table 2 shows that, considering the estimation of people with cataract, the number of surgeries performed is still lower than expected, since the coverage reaches approximately only 15.85% of the estimated population with senile cataract. Brazil presents an accelerated rising of the elderly population, making its demographic profile similar to that of developed countries. However, Brazil is not prepared for the aging of its population, with a lack of organized and orientated services that causes disparities and inequalities (CBO, 2018). When analyzing the amount of cataract extractions in the state of Mato Grosso do Sul during the year prior to the program, a low coverage is noted, which is similar to the national coverage and insufficient for the demand. With the program, the coefficient of Mato Grosso do Sul surpassed the Brazilian index, indicating that it provided better access to the service. Cataract extraction is an important procedure that extends autonomy and quality of life in the affected elderly.

A study indicates that improving visual acuity positively affects the quality of life in elderly people, despite the inherent limitations of age (Paz *et al.*, 2018). Satisfaction and quality of life are increasingly deemed to be important indicators of overall health, with a significant impact on reducing health services' costs. The Action Plan for Preventing Blindness and Visual Impairment in Latin America lies within the scope of providing autonomy and quality of life and reducing the expenses of the health systems (Silva *et al.*, 2015) (SCHNEIDER *et al.*, 2018). Investments in health policies, according to specific needs such as cataract surgery, and in preventive actions are generally more effective than hospitalizations (Goel *et al.*, 2018). The surgical procedure performed in mobile units, when guaranteeing all aspects of patient safety, brings the service closer to those who need it, since the distribution of ophthalmology doctors and clinics is still disproportionate in the country (Gonçalves de Lima, Barbosa de Souza, 2005). The Health Caravan program is important for regions with low demographic density, such as the Midwest region of Brazil, due to its contribution on reducing geographical disparities in access to health services. The program is also compatible with one of the millennium development goals defined by the United Nations, aimed at coverage and equity of access to health services (WHO, 2014). Latin America has a significant degree of socioeconomic inequality and discrepancies in public health systems. In Brazil, where a unified health system financed by taxes was adopted, equity must be a foundation for health policy-making, therefore, the services must be organized in order to cover the target population as a whole (Atun *et al.*, 2015). Projections for 2020 indicate that the prevalence of preventable visual impairment is not sufficiently low to meet WHO's plan, since the health policies around the world are not following the demographic changes (Flaxman *et al.*, 2017). One of the strategies suggested by WHO is the expansion of equitable access focused on assistance for people and communities (PAHO, 2014). This strategy was used in the development of the Health Caravan program. In spite of the large number of surgeries performed during the years of 2016 and 2017, it is noted that there was no equity in the access to health services, when considering the number of procedures performed by

municipality/region of residence of the target population. These differences demand further studies focused on scheduling and locomotion processes that were established along with the municipalities (Giovannella *et al.*, 2018; Stopa *et al.*, 2017). The present study has some limitations. Since it is based on the program's reports, there may be some inconsistency regarding the data, especially immunicipality of residence. Another aspect that limits the study is the lack of information on queues. However, the estimates of elderly people in the regions allowed the assessing of the coefficients of procedures performed. It is very important to conduct further studies to identify the reasons that led people of younger age groups to have a greater participation in the cataract extraction service. This information is very relevant for developing health policies in this realm. Even with its limitations, investigation of access and coverage of health services through population-based studies is highly valuable for assessing health systems and proposing assertive policies.

Conclusion

The research findings point out that the Health Caravan Program has increased people's access to cataract extraction surgeries. The coefficients of execution of the procedure exceeded the average of the previous year in the state of Mato Grosso do Sul as well as the national average of Brazil. The program proved to be a good alternative for a demographically dispersed region to ensure people's access to the surgical procedure. The Health Caravan Program may be a good way to reduce inequities in access to health services, which is a goal of the Action Plan for Preventing Blindness and Visual Impairment. Even with wide coverage, it was observed that there still are differences in the distribution of procedures among regions. Such differences can be overcome with greater participation of the local managers of the health system and sharing responsibilities. Strategies for population displacement need to be built up to ensure equity of access, especially for older patients with mobility restrictions, since they compose the stratum most affected by cataract. It is important to encourage studies that capture information on the people who have been served by the program, in order to know better the limits and the scope of policies as described in this article.

Acknowledgments: this study was supported by the State Department of Health of Mato Grosso do Sul.

Conflicts of Interest: None

REFERENCES

- Atun, R., de Andrade, L.O., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., *et al.*, 2015. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet.*, 385(9974), pp. 1230–1247.
- Brasil, 2015. Mato Grosso Do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Decreto nº 14.151, DE 16 de março de 2015. Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul, Poder Executivo, *Mato Grosso do Sul*, MS 2015 mar 18; n. 8.883. p. 1.
- Brasil, 2016. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Governo e Gestão Estratégica e Secretaria de Estado de Saúde. Mensagem à assembleialegislativa. pp. 60-106. Available online at: http://www.segov.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/3/2016/05/mensagem_a_assembleia_1_egislativa_2016.pdf. Accessed on January 26th, 2018.

- Brasil, 2017. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Governo e Gestão Estratégica e Secretaria de Estado de Saúde. Mensagem à assembleia legislativa. pp. 43-62. Available online at: http://www.segov.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/3/2017/03/mensagem_ALMS_digital_alta.pdf. Accessed in January 26th, 2018.
- Brasil, 2018. Ministério da Saúde, Departamento de informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde, Produção Ambulatorial; Available online at: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Accessed on August 8th, 2018.
- Buss, P.M., Fonseca, L.E., Galvão, L.A.C., Fortune, K. 2016. Health in all policies in the partnership for sustainable development. *Rev Panam Salud Publica.*, 40(3), pp. 186-91.
- CBO - Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2015) As condições de Saúde Ocular no Brasil. São Paulo: CBO. Available online at: http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf Accessed in July 18th, 2018.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2015. Observatorio demográfico 2014 (LC/G.2649-P), Santiago.
- Costa, G.P.C.L., Gartner, I.R. 2017. O efeito da função orçamentária alocativa na redução da desigualdade de renda no Brasil: uma análise dos gastos em educação e saúde no período de 1995 a 2012. *Rev de Admin Pública.*, 51(2), pp. 264-293.
- Flaxman, S.R., Bourne, R.R.A., Resnikoff, S., Ackland, P., Braithwaite, T., Cicinelli, M. *et al.*, 2017. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.*, 5(12), pp. 1221-1234.
- Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A.C.A., Rosa, M.C., Martins, G.B., Santos, I.S. *et al.* 2018. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva.* 23(6), pp. 1763-1776.
- Goel, V., Rosella, L.C., Fu, L., Alberga, A. 2018. The Relationship Between Life Satisfaction and Healthcare Utilization: A Longitudinal Study. *Am J Prev Med.*, 55(2), pp. 142-150.
- Gonçalves de Lima, L.H.S., Barbosa de Souza, L. 2005. Análise da viabilidade econômica da unidade móvel de um serviço de referência em oftalmologia. *Arq Bras Oftalmol.*, 68(5), pp. 609-14
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2010. Censo Demográfico. Available online at: www.ibge.com.br. Accessed in June 13th, 2018.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, 2016. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. Available online at: www.ibge.com.br. Accessed on March 20th, 2018.
- Organização mundial da saúde OMS, 2014. Relatório mundial da saúde de 2013: Pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde, 2008. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão, Volume III. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.
- Organização Pan-americana de saúde – OPAS, 2014. Organização mundial da saúde. Estratégia para a cobertura universal de saúde. Washington DC: 154ª sessão do comitê executivo.
- Paz, L.P.S., Borges, L.L., Marães, V.R.F.S., Gomes, M.M.F., Bachion, M.M., Menezes, R.L. 2018. Fatores associados a quedas em idosos com catarata. *Ciênc. saúde coletiva.* 23(8), pp. 2503-2514.
- Ramke, J., Petkovic, J., Welch, V., Blignault, I., Gilbert, C., Blanchet, K., Christensen, R.Z.A.B., Tugwell, P. 2017. Interventions to improve access to cataract surgical services and their impact on equity in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD011307. DOI: 10.1002/14651858.CD011307.pub2.
- Schneider, A.V., Mota, J.C., Brustolin, C.L., Takiguchi, L.T.T. 2018. Quality of life: an approach in the rural communities of the city of Paranaguá, Paraná, Brazil, *International Journal of Development Research*, 8(10), pp. 23427-23432.
- Silva, J.C., Mújica, O.J., Veja, E., Barcelo, A., Lansingh, V.C., McLeod, J., *et al.*, 2015. A comparative assessment of avoidable blindness and visual impairment in seven Latin American countries: prevalence, coverage, and inequality. *Rev Panam Salud Publica*, 37(1), pp. 13–20.
- Stopa, S.R., Malta, D.C., Monteiro, C.N., Szwarcwald, C.L., Goldbaum, M., Cesar, C.L.G. 2017. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica.* 51 Supl1:3s.

ANEXO G- RESUMO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL: CARAVANA DA SAÚDE

Título:

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL: CARAVANA DA SAÚDE.

Modalidade desejada:

Comunicação Oral

Tipo:

Relato de Pesquisa

Tema:

Organização da Atenção da Saúde: Modelos, Redes e Regionalização da Saúde

Texto (resumo):

Apresentação/Introdução

Em 2015 foi aprovado em Mato Grosso do Sul um Plano de Reestruturação da Saúde (e a “Caravana da Saúde” foi uma estratégia para promover o acesso da população aos serviços especializados. Foram disponibilizados serviços de consultas especializadas, cirurgias e exames. A ação teve início no ano de 2015 e término em 2016, realizando atendimento em 11 microrregiões do estado de MS.

Objetivos

Avaliar o desempenho da “Caravana da Saúde”, como uma ação de promoção da equidade no acesso da população às consultas, exames e cirurgias nas diferentes microrregiões de saúde.

Metodologia

Estudo transversal com abordagem quantitativa da ação “Caravana da Saúde”. Foi utilizado o Banco de Dados da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS). Para cada microrregião foi calculada a prevalência de atendimentos por 10 mil habitantes, com base na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) das microrregiões de saúde do estado para os anos de 2015 e 2016. Os atendimentos foram agrupados em 03 categorias: consultas especializadas; cirurgias e exames. Foi desenvolvida análise estatística descritiva com identificação das prevalências relativas com nível de significância menor que 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Resultados

A “Caravana da Saúde” realizou 227. 593 atendimentos diretos à população, destes, 21% foram cirurgias, 69,25% consultas médicas especializadas e 9,31% exames. As maiores prevalências de consultas, por microrregião de residência foi: Campo Grande (430), Dourados (126), Paranaíba (123) e Três Lagoas (122). Cirurgia: Dourados (43), Aquidauana (38), Naviraí (29) e Corumbá (23). Os exames de diagnóstico por imagem concentraram-se na microrregião de Dourados, com predomínio de ressonância magnética (n=500) e tomografia (n=1200), representando 100% e 49,8% respectivamente destes exames realizados na Caravana da Saúde.

Conclusões/Considerações

Foi observado que o maior número de consultas ocorreu em municípios com maior contingente populacional e a maior demanda de cirurgias concentrou-se nas microrregiões compostas por municípios de pequeno porte. A “Caravana da Saúde” teve efetividade, permitindo o acesso da população aos serviços disponibilizados e possibilitando o acesso destes indivíduos na rede de atenção especializada do Sistema Único de Saúde.