

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
INISA- INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TATIANA DA SILVA SANTOS MATTOS

**Capacidade de Coordenação do Cuidado pela Atenção Primária à Saúde em
Região de Fronteira: repercussões na integração da rede**

CAMPO GRANDE

2022

TATIANA DA SILVA SANTOS MATTOS

**Capacidade de Coordenação do Cuidado pela Atenção Primária à Saúde em
Região de Fronteira: repercussões na integração da rede**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Linha de pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a. Adriane Pires Bastiston

Coorientadora: Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola

**CAMPO GRANDE
2022**

TATIANA DA SILVA SANTOS MATTOS

Capacidade de Coordenação do Cuidado pela Atenção Primária à Saúde em Região de Fronteira: repercussões na integração da rede

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Linha de pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde

BANCA EXAMINADORA	NOTA/CONCEITO
Prof. Dra. Adriane Pires Batiston UFMS – Orientadora	
Prof. Alcindo Antonio Ferla UFRGS (Membro Interno)	
Prof. Dra. Ana Paula Assis Sales UFMS (Membro externo)	
Prof. Arthur de Almeida Medeiros (Suplente interno)	
Prof. Alberto Mesaque Martins (Suplente Externo)	

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter colocado em meu coração o desejo de buscar mais conhecimento e ter me dado a oportunidade de estar entre os alunos nesta formação.

Agradeço a meu esposo e filhos, Júnior, Felipe e Danilo, que estiveram comigo em cada momento e entenderam as ausências, ao incentivo, a compreensão das longas noites, por estar comigo nesta busca de novos saberes.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram e me deram pouso, aconchego e contribuindo com tudo que puderam para que mais esta etapa dos meus estudos fosse finalizada.

A todos meus familiares que sempre demonstraram apoio em cada momento sendo de perto ou de longe, depositando a confiança de que eu pudesse concluir esta trajetória que parecia longe de ser alcançada.

Aos meus colegas de trabalho, em especial ao Rogério, Rosemarie, Dilene, Jackson, Sissy, Waléria, Beatriz e Ricardo que com certeza contribuíram muito, demonstrando acima de tudo, interesse e apoio, além dos demais colegas da minha equipe pela compreensão nos momentos de minha ausência de reuniões e outras atividades.

A minha orientadora Dra. Adriane pela paciência, apoio e contribuição em cada etapa da finalização deste trabalho, a dra. Luiza que incentivou a escolha do tema, acompanhou o desenvolvimento da pesquisa e sempre atenciosa. Também ao prof. Arthur por toda atenção e informações repassadas, de forma muito solícita.

E todos os profissionais da rede de saúde da região de Corumbá/Ladário que, mesmo durante a pandemia, estiveram bravamente atendendo a população e enfrentando um cenário desconhecido para continuidade da assistência à saúde.

RESUMO

A trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem alcançado muitos resultados influenciados pela transição do perfil epidemiológico, contexto geográfico e as características socioeconômicas das diferentes regiões em saúde. Dentre os desafios a serem vencidos, destacam-se a integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a garantia do financiamento, a ampliação do acesso e redução das barreiras territoriais. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma ferramenta que pode ser utilizada para alcance do processo integrativo. Este trabalho tem por objetivo avaliar a capacidade da coordenação do cuidado pela APS em uma região de fronteira e suas repercussões com a RAS durante a pandemia de covid-19. Para isso, foi realizado um estudo com delineamento transversal, com abordagem quantitativa, por meio de coleta de dados primários no período de dezembro de 2020 a abril de 2021. Participaram da pesquisa 54 profissionais, entre médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Corumbá e de Ladário. A avaliação foi aferida pelo Instrumento de Avaliação de Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS), elaborado por Mendes (2010) e adaptado com questões específicas do território da fronteira, autoaplicável. Além da classificação por escore geral, também realizou-se a avaliação por cada dimensão dentre elas distribuídas em população, APS, sistema de apoio, sistema logístico e sistema de governança e correlacionadas com as características sociodemográficas dos profissionais e as variáveis como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e cobertura de APS. Entre os participantes, 72,2% eram do sexo feminino, a faixa etária mais frequente foi entre 26 a 56 anos, sendo a idade média de $39,96 \pm 6,9$ anos (média $\pm$ desvio padrão da média). O escore geral do COPAS resultou em 64,09% com condição boa de coordenação da RAS pela APS na macrorregião. A dimensão das questões COPAS que apresentou o menor resultado de avaliação foi o Sistema de apoio em Corumbá (54,70) e Sistema Logístico em Ladário (61,25). Já o de melhor resultado foi APS tanto em Corumbá (68,74) como em Ladário (69,08). Este estudo atingiu o objetivo de avaliar a coordenação da APS na RAS em uma região fronteira durante a pandemia da covid-19. Também caracterizou sociodemograficamente médicos e enfermeiros correlacionando IDH e cobertura populacional em cada município. Por fim, pode contribuir para o processo de regionalização e integração, com características mais expressivas em região de saúde fronteira durante a pandemia da covid-19. Pode ainda servir como questões disparadoras para elaboração de estratégias de desenvolvimento da integração da RAS no sistema de saúde local, por meio de um planejamento de ações mais eficazes que fortalecem o direito e acesso à saúde em diferentes territórios.

Palavras chave: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde, Saúde da Família, Saúde na fronteira, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The trajectory of the Unified Health System (SUS) in Brazil has achieved many results influenced by the transition of the epidemiological profile, geographic context and the socioeconomic characteristics of the different health regions. Among the challenges to be overcome, we highlight the integration of the Health Care Network (RAS), the guarantee of funding, the expansion of access and the reduction of territorial barriers. The strengthening of Primary Health Care (PHC) is a tool that can be used to achieve the integrative process. This work aims to evaluate the ability of PHC care coordination in a border region and its repercussions with RAS during the covid-19 pandemic. For this, a cross-sectional study was carried out, with a quantitative approach, through the collection of primary data from December 2020 to April 2021. 54 professionals participated in the research, including doctors and nurses from Basic Health Units (UBS) from Corumbá and Ladário. The assessment was measured using the Assessment Instrument for the Coordination of Health Care Networks for Primary Health Care (COPAS), prepared by Mendes (2010) and adapted to specific issues of the border territory, self-applied. In addition to the classification by general score, the evaluation was also carried out by each dimension, among them distributed in population, APS, support system, logistic system and governance system and correlated with the sociodemographic characteristics of professionals and variables such as Human Development Index (HDI) and PHC coverage. Among the participants, 72.2% were female, the most frequent age group was between 26 and 56 years, with a mean age of 39.96 ± 6.9 years (mean $\pm$ mean standard deviation). The overall COPAS score resulted in 64.09% with good condition of RAS coordination by PHC in the macro-region. The dimension of the COPAS questions that presented the lowest evaluation result was the Support System in Corumbá (54.70) and Logistic System in Ladário (61.25). The best result was APS both in Corumbá (68.74) and in Ladário (69.08). This study achieved the objective of evaluating the coordination of PHC in RAS in a border region during the covid-19 pandemic. It also sociodemographically characterized physicians and nurses, correlating HDI and population coverage in each municipality. Finally, it can contribute to the process of regionalization and integration, with more expressive characteristics in border health regions during the covid-19 pandemic. It can also serve as triggering questions for the elaboration of development strategies for the integration of HCN in the local health system, through the planning of more effective actions that strengthen the right and access to health in different territories.

Keywords: Health Care Network Assessment, Family Health, Border Health, Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das regiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, 2014.....	19
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de equipes de APS de acordo com a classificação, na região de saúde de Corumbá, 2020.....	20
Tabela 2 – Distribuição da população por situação de domicílio e sexo, Corumbá, 2021.....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Instrumento de Avaliação da Coordenação da RAS pela APS, COPAS e suas dimensões.....	26
Quadro 2 – Questões a serem invertidas por dimensão.....	28
Quadro 3 – Escore para classificação da capacidade da APS em coordenar a RAS	28

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa no contexto geral, e de acordo com o município de atuação, Mato Grosso do Sul, 2021.....	35
Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis quantitativas do estudo apresentadas no contexto geral e de acordo com o município de atuação. Mato Grosso do Sul, 2021.	36
Tabela 3 – Desempenho dos municípios da macrorregião de saúde de Corumbá de acordo com o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS). Mato Grosso do Sul, 2021.....	37
Tabela 4 – Correlação entre a pontuação dos domínios do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS) em relação às variáveis relativas aos profissionais e ao município da macrorregião de Corumbá. Mato Grosso do Sul, 2021.....	38
Tabela 5 – Comparação entre a pontuação global do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS) em relação as variáveis do estudo. Mato Grosso do Sul, 2021.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
COPAS	Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária
PDR	Plano Diretor de Regionalização
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	11
2.2 COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
2.3 CONTEXTUALIZANDO A APS NA REGIÃO DE FRONTEIRA.....	16
2.4 ASPECTOS DA REGIÃO DE SAÚDE DE CORUMBÁ.....	18
2.5 ESTUDO AVALIATIVO DA RAS E DA APS.....	20
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4 MÉTODOS.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PERÍODO.....	24
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	25
4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	25
4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
4.6 NORMAS DE BIOSSEGURANÇA PARA COLETA DE DADOS.....	29
5 RESULTADOS.....	30
5.1 ARTIGO 1.....	30
5.2 ENSAIO TEMÁTICO.....	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
7 RECOMENDAÇÕES.....	57
REFERÊNCIAS.....	58
ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA (COPAS).....	65
APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DE SAÚDE....	72
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73

1 INTRODUÇÃO

A coordenação do cuidado é um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS)¹ e, para que esta ocorra, é necessária conexão entre os pontos de atenção da rede, ajustando-se à necessidade do usuário, competências e formas de organização específicas, isto é, a capacidade de responder adequadamente às necessidades e especificidades dos problemas de saúde da população. Assim, considerando a relação entre o fortalecimento da APS e a organização estruturada da Estratégia Saúde da Família (ESF), é evidente que a autoanálise das equipes favorece a elaboração de ações para redução dos problemas e integração da RAS (ALMEIDA *et al.*, 2018). O que se destaca aqui é que necessidades e problemas de saúde são constituídos em territórios que são, ao mesmo tempo, particulares e submetidos às condições gerais dos sistemas de saúde e que a síntese dessas duas dimensões é feita com uma certa alquimia das equipes na organização do trabalho.

No Brasil, a extensa faixa de fronteira (15.719 km) facilita que estrangeiros busquem atendimentos no SUS, relacionados diretamente à oferta de seus serviços e à proximidade geográfica gerando maior demanda (BRASIL, 2009; GIOVANELLA *et al.*, 2007). Os territórios de fronteira são, ao mesmo tempo, parte do território e do sistema de saúde brasileiro, de outro lado, têm especificidades muito grandes. Baseado nas legislações vigentes, o acesso da pessoa natural da cidade limítrofe ao território nacional é possível apenas com apresentação de documento brasileiro, podendo, assim, utilizar os serviços de saúde mesmo não residindo no país (BRASIL, 2009).

Mato Grosso do Sul possui 12 municípios na linha de fronteira, dentre os quais apenas Corumbá faz fronteira com a Bolívia e os demais com o Paraguai (Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Japorã, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho e Sete Quedas) (BRASIL, 1979; TAMAKI *et al.*, 2008).

A Região de Saúde de Corumbá foi selecionada para este estudo por tratar-se de uma região de fronteira, com oferta de serviços de saúde de todos os níveis

1 Embora a política específica nomeie essa dimensão do cuidado nos sistemas de atenção à saúde de Atenção Básica, neste trabalho optamos por utilizar a expressão Atenção Primária à Saúde, de uso no contexto internacional e progressivamente mais utilizada no contexto brasileiro. Essa escolha não pretende ignorar a diferença conceitual e epistemológica entre as duas expressões, mas apenas fazer referência à principal estratégia de reorganização da atenção à saúde, que é a Saúde da Família.

de atenção e características epidemiológicas e de situações crônicas significativas. Por se tratar de uma região fronteira, apresenta um maior dinamismo na área da saúde, principalmente, quando coexiste um sistema de saúde assimétrico, como do Brasil com a Bolívia. A gratuidade e a qualidade do serviço de saúde brasileiro são atrativos para os moradores bolivianos buscarem o município de Corumbá (MARQUES, 2012).

Esta Região é composta pelos municípios de Corumbá e Ladário, que possuem uma cobertura populacional da ESF de 72,82%, com equipes distribuídas em todas as suas áreas geográficas (BRASIL, 2020a). Além das características de região fronteira, também há especificidades do Pantanal, com presença da população ribeirinha, áreas rurais e indígenas, consideradas de difícil acesso que demandam a expansão da APS (CORUMBÁ, 2017).

Em municípios fronteiriços os sistemas de saúde apresentam influência na RAS na perspectiva de integração das políticas públicas, especialmente na saúde, a qual exige políticas específicas. No que tange aos desafios vivenciados nesta região é necessário antever os resultados parciais sempre que o objetivo é formular estratégias de melhoria de vida e garantia dos direitos sociais e de saúde com base em iniciativas inspiradas em modelos urbanos e metropolitanos (AZEVEDO, 2012).

Sendo a APS responsável pela coordenação da RAS, o processo de avaliação da rede se torna necessária como proposta de estratégia de melhoria dos resultados e qualidade da assistência prestada (GONTIJO *et al.*, 2017). Especialmente quando se trata de um território com tamanha complexidade, onde a implementação de iniciativas requer monitoramento constante e ajustes frequentes, como processo de educação permanente em saúde.

A realidade de uma região fronteira apresenta características epidemiológicas próprias, que apesar de haver diferentes formas de viver e ser para sua população, envolvendo aspectos organizacionais, sociais, econômicos e políticos nem sempre são destacados em pesquisas que os qualifiquem, realidade vivenciada, inclusive por muitos municípios no Brasil (MOCHIZUKE, 2017).

Considerando a perspectiva do trabalhador em saúde com foco na pesquisa de avaliação e educação permanente em serviço, foi elaborado este estudo associado a vivência profissional e a participação dos trabalhadores. A percepção diária dos profissionais que atuam na RAS da região fronteira foi o estímulo para o desenvolvimento deste estudo e identificar características específicas desta região.

Para tanto, foi necessário adaptação de um instrumento que avaliasse a Atenção Primária como ordenadora da rede de saúde.

No contexto da pandemia, as equipes de ESF também foram influenciadas pela situação adversa vivenciada em comunidades isoladas e em regiões de fronteira (SCWEICKARDT, LIMA e FERLA, 2021). Assim como em outros territórios, a perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros desta região contribui para desenvolvimento da gestão e da formação do trabalhador em saúde em contexto específico.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo avaliar a capacidade de coordenação do cuidado pela APS em região de fronteira e suas repercussões na integração com a RAS durante a pandemia da covid-19, no período de 2020-2021, podendo a partir dos resultados, contribuir no planejamento de saúde e na organização da rede.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

No Brasil, a RAS pode ser definida como organização responsável pelos serviços de saúde, articulados e vinculados entre si, tendo a APS como ordenadora do cuidado e, como principal foco a Estratégia Saúde da Família (ESF), delimitada pelo território dos usuários, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial e melhorar os serviços de saúde e seus indicadores (SOUSA; SOUSA, 2018; SILVA *et al.*, 2019).

A literatura apresenta como marco da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no contexto mundial, o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, o qual utilizou o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e que influenciou na reorganização de diversos sistemas de saúde pelo mundo. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica o relatório mundial reconhecendo a necessidade de se institucionalizar os sistemas de saúde com base em Atenção Primária à Saúde forte e qualificada (LAVRAS, 2011).

A percepção de integração do cuidado por meio de uma coordenação de práticas clínicas foi proposta há alguns anos, mesmo antes de sua regulamentação. A visão que leve ao usuário, com problemas de saúde, segurança à continuidade dos serviços necessários em seu tratamento já era almejada em diversos países. Esta visão considera o conhecimento disponível nas organizações de saúde com diferentes profissionais e articulada no tempo e espaço (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Em 1920, foi descrito e apresentado no Relatório de Dawson (DAWSON, 1964) a proposta de uma rede regionalizada e integrada, após a solicitação do governo inglês. O texto mencionava a busca de uma forma para organizar a provisão de serviços de saúde para toda população em um território. Acrescentou que seu objetivo teria alcance, caso fosse coordenada pela medicina preventiva e curativa. Tratou, ainda, da integração mediante o atendimento domiciliar, com apoio nos serviços de saúde primário e complementares, inclusive de internação. Os profissionais que atenderiam nestes serviços, chamados de generalista seriam referência e trabalhariam de forma integrada (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No Brasil, o conceito, princípios e diretrizes para implantação da RAS foi formalizado por meio da Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). No entanto, foi considerada uma etapa de transição até que se tornou oficial seu processo de implantação, quando então foram reeditados tais diretrizes da formação RAS na publicação da Portaria de Consolidação nº. 6, em 03 de março de 2017, definida como:

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017b).

A Portaria de 2010, que foi consolidada na legislação de 2017, produz um deslocamento conceitual importante: da centralidade em recursos físicos e tecnológicos, a definição de Redes de Atenção incorpora e, podemos dizer, se desloca para o apoio técnico, logístico e de gestão voltados para ampliar a integralidade do cuidado em cada território. A transposição também desloca o conceito de redes da ordem da abstração (modelo ideal Weberiano) para a pragmática dos arranjos possíveis em cada local, com a ideia de que também são movediças essas formas de organização, mobilizadas pelas condições locais. Ou seja, o conceito se desloca da centralidade na estrutura para os mecanismos de gestão, destacando as ações de apoio, educação permanente em saúde e desenvolvimento do trabalho (FERLA, 2021). Na transição conceitual, se amplia também a relevância das ações de monitoramento e avaliação, sobretudo de caráter participativo, que transformam “evidências do cotidiano” em conhecimentos oportunos e tecnologias assistenciais.

No decorrer da história das discussões para a integração dos serviços de saúde, país como Canadá foi visto como exemplo de sistema integrado. No Brasil, é recente a evolução sobre o tema RAS com movimentos crescentes para concretização de uma mudança de organização dos sistemas de saúde. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde consolidaram ao longo do tempo a reorganização e integração da rede assistencial dos serviços de sua composição geográfica, tais como Vitória e Curitiba (MENDES, 2011).

Para Mendes, os sistemas de saúde hierarquizados, fragmentados e focados nas doenças agudas são sistemas contrários aos modelos de rede, nos quais a forma organizacional é pautada na ação cooperativa e interdependente para uma atenção contínua e integral, cuja coordenação é feita pela atenção primária

(MENDES, 2011). Essa nova vertente é defendida no contexto das diversas publicações sobre RAS e na formulação da política de Atenção à Saúde no Brasil e influenciada pela OPAS (OMS, 2010).

Historicamente, o processo de implantação das RAS foi fundamentado na Regionalização do SUS, sobretudo após a publicação do Decreto nº. 7508/2011 (BRASIL, 2011), que implica em esforços conjuntos pelas três esferas de governo com articulação intermunicipal e interestadual, e estabelecimento de responsabilidades entre si. O modelo de territorialização inclui a APS com eixo de linhas de cuidados clínicos, distribuição intersetorial, planejamento integrado, marcos regulatórios integrados, financiamentos intergovernamentais, definição de objetivos e metas unificadas em processos decisórios. Apesar de devidamente documentada a efetivação do processo de regionalização ainda é um desafio (REIS *et al.*, 2017).

Esse desafio permeia na corresponsabilidade das esferas de gestão, no papel do usuário, mecanismos, estratégias, melhoria de comunicação entre os pontos de atenção, regulação do acesso, gestão dos processos e fluxos dentro do sistema regional. Nem sempre a regionalização da RAS tem suas definições territoriais em apenas um município, mas definido a partir de gestão regional (GONZAGA; FERREIRA, 2017). Ou seja, os processos de regionalização e formação de redes assumem também um caráter próprio das ações de gestão, deslocando-se do âmbito exclusivamente técnico, para o âmbito político, da negociação e da pactuação interna (dos serviços e pontos de atenção no mesmo território municipal) e interfederativa (dos serviços e pontos de atenção no território ampliado de uma região, macrorregião ou mesmo de um sistema estadual e regional de saúde).

Outro aspecto quanto à necessidade da regionalização envolve a garantia do cuidado necessário ao usuário do serviço de saúde, pois apesar de ter apresentado avanços na APS ainda é insuficiente. A integração dos pontos de atenção no território, também chamado territorialização, inclui a organização da assistência, formação e operacionalização do sistema de saúde. Este é um processo complexo, no sentido de criar e manter a governança comum entre os pontos de atenção, caracterizado por uma coordenação que permita cooperação entre os serviços. Assim a regulação das necessidades da população, integram os direitos das pessoas e da sociedade, entre os diversos setores envolvidos (VIANA *et al.*, 2018).

Quando se trata de estrutura da RAS, o perfil antes epidemiológico, demográfico, nutricional e tecnológico passa a ser voltado às condições que concorrem entre agudas e crônicas, geradas pelo atual hábito de vida e podem ser incluídas ainda as causas externas somadas as demais condições. Assim, a estruturação do novo modelo de organização dos serviços de saúde passa a responder a realidade das pessoas (PEITER *et al.*, 2019).

O perfil assistencial de uma região de saúde é estabelecido com base na definição da população e território, de acordo com suas necessidades. Os pressupostos de base para a operacionalização da regionalização da RAS são: suficiência dos serviços de saúde, responsabilização do usuário e a coordenação assistencial. São espaços onde são estabelecidas relações econômicas, sociais, políticas, culturais e cuidado em saúde, pactuadas entre os responsáveis, condicionados à oferta dos serviços (BOUSQUAT *et al.*, 2019). Também é importante considerar que esse perfil não é fixo, sendo que a evolução inclui variáveis antecipáveis (envelhecimento, evolução natural de doenças crônicas, níveis econômicos e capacidade de consumo de bens fundamentais à vida, padrões de deterioração do ambiente natural) e intangíveis (pandemias, epidemias, acidentes de grandes proporções, tragédias ambientais, guerras, mudanças abruptas decorrentes das mudanças de gestão nas três esferas de governo), o que requer o desenvolvimento permanente do trabalho de atenção e de gestão.

A implantação da RAS foi justificada pela necessidade de organizar o sistema de saúde e responder à estratégia de resolução do tripé que envolve processos infecciosos, condições crônicas e causas externas, com foco na obtenção de melhores resultados para o cuidado em saúde. Também está fundamentada na justificativa de ampliar o acesso e dar continuidade ao cuidado com aplicação de recursos econômicos, análises epidemiológicas mais adequadas e pontos de atenção interligados entre si (SILVA, MAGALHÃES JÚNIOR, 2008; TOFANI *et al.*, 2021).

2.2 COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A coordenação da APS é um dos principais atributos e requer de alguma forma a continuidade, seja por meio da assistência integral prestada no atendimento

clínico, seja por meio do registro no prontuário ou ainda na identificação do problema para um encaminhamento adequado e oportuno para outros serviços da rede. Assim, a coordenação é essencial para garantir a longitudinalidade e integralidade, considerando que o primeiro contato do usuário deve ser prioritariamente na APS, mas não é necessariamente esta que atenderá todas as necessidades deste usuário, e sim, encaminhará aos serviços adequados exercendo a coordenação do cuidado (PINTO, 2017).

São considerados atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) o acesso com acolhimento, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. A principal função da RAS é a coordenação, que também é definida como uma integração entre os pontos da RAS e suas ações, articulada com objetivo comum de oferta de serviços e informações aos usuários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

De acordo com Portela (2017) com o decorrer das publicações de portarias que incluem a revisão do modelo de financiamento para Política Nacional de APS foram reformuladas características da formação dos serviços a partir do fundamento da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990a).

O principal atributo da APS fundamenta-se no primeiro contato do usuário com o serviço/ profissional de saúde, mas não apenas o médico, todos profissionais que compõe as Estratégia Saúde da Família (ESF). Com isso, as unidades de ESF se fortaleceram e se expandiram para diversas localidades urbanas e ampliaram as ofertas de especificidades com a presença de profissionais de apoio, consolidada através da vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP). Tal modelo foi reorganizado pela publicação da Portaria de Consolidação nº. 2, de 28 de Setembro de 2017 (BRASIL, 2017c).

Para que a APS esteja apta a acolher as pessoas de acordo com suas necessidades, os profissionais que compõe as equipes devem estar sensíveis e cumprir de forma colaborativa o papel de coordenação do cuidado com enfoque na integração. O preparo dos profissionais deve contribuir no processo de trabalho, identificando os pontos críticos que afastem a população do cuidado integral (SUDERLAN; MONTEIRO, 2017).

Os gestores de saúde devem buscar seus objetivos em comum aos profissionais de saúde, focados na missão de prestação de cuidados integral, contínuo, coordenado pela APS. A produção em saúde mais eficiente e eficaz acontece com o processo de trabalho em rede, definida por áreas prioritárias com

estabelecimentos de arranjos eficientes para o enfrentamento das diversidades e complexidades sociais que está definida em sua área geográfica (LAPÃO *et al.*, 2017).

A APS foi sendo desenhada com a concepção de seus componentes essenciais, tais como acesso universal, contato inicial do usuário no serviço de saúde, determinantes sociais e, por fim, a participação social. No entanto, no decorrer da história da saúde pública no Brasil, com o Movimento Sanitário Brasileiro houve a busca ideológica da atenção primária, a qual passou a usar o termo Atenção Básica (AB) em continuidade aos debates dos seus aspectos definidores, inclusive buscando base no contexto internacional. Este debate conceitual permanece atual e é defendido pela concepção dos princípios do SUS e a expansão da AB. Assim, tanto AB quanto APS podem alinhar-se no fundamento de um sistema de saúde pública universal e de qualidade (GIOVANELLA, 2018).

Cerca de 16% da população brasileira reside na zona rural e possui uma forte dependência dos serviços públicos de saúde, com pouca utilização da saúde suplementar. É interessante destacar que o acesso aos serviços se apresenta de forma distinta em cada região geográfica. O acesso é tanto geográfico quanto sócio-organizacional, relacionando neste último com o tempo de espera, atendimento imediato e organização da rotina do serviço de saúde. A cobertura assistencial é um indicador relevante na avaliação da APS e atuação da ESF e, em municípios de menor porte há evidências de maiores coberturas, mas não necessariamente maior acesso geográfico ou organizacional (GARNELO *et al.*, 2018).

A APS tem responsabilidade na coordenação das ações de saúde e assume um papel de eixo estruturante e funcional do sistema de saúde. No primeiro momento as redes foram discutidas com estados e municípios na priorização do perfil epidemiológico e assistencial para tornar a APS mais resolutiva e em seguida, foram definidas fases nos processos de implantação, respeitando a especificidade em cada rede temática no cuidado clínico. Ainda que regulamentada, o grande desafio tem sido sua consolidação e a racionalização de recursos (DAMACENO *et al.*, 2019).

2.3 CONTEXTUALIZANDO A APS NA REGIÃO DE FRONTEIRA

Considerando as legislações referentes à definição de fronteira, Decreto nº. 85.064 de 26 de agosto de 1980 que regulamenta a Lei nº. 6.634 de 2 de maio de 1979, resumidamente a fronteira é a faixa interna de 150 quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre do território (BRASIL, 1979).

No Brasil, a área de fronteira engloba 27% do território nacional e é formada por 11 estados brasileiros, totalizando 588 municípios, com a estimativa populacional de dez milhões de habitantes (BRASIL, 2009).

Na Zona de fronteira entre Brasil e Bolívia há 200 km de extensão (destes 150 km correspondem ao território brasileiro e os outros 50 km ao boliviano), situada no Arco Central (BRASIL, 2009), de acordo com a classificação territorial (SILVA, 2018). No Estado do Mato Grosso do Sul há 12 municípios na linha de fronteira, sendo que 11 fazem fronteira com o Paraguai e apenas um município faz fronteira com a Bolívia, sendo este último o escolhido para o presente estudo.

As dificuldades de diálogo e comunicação entre os países localizados na região de fronteira não é recente. As intervenções públicas apresentam discussões negativas, em especial, no Brasil e os países da América do Sul, cujo debate está pautado em segurança nacional e, quando se trata de saúde, a integração tornou-se estratégia de planejamento necessária ao desenvolvimento das ações entre as regiões envolvidas. Para o desenvolvimento nacional a faixa de fronteira é área prioritária e impacta diretamente a organização do sistema de saúde em todo território brasileiro (GADELHA; COSTA, 2007).

De acordo com Cazola *et al.* (2011) os municípios fronteiriços devem ser analisados de forma diferenciada por haver uma proporção de atendimentos superior em todos os níveis assistenciais. Na APS há um percentual de atendimentos acima do esperado, principalmente, na ESF na fronteira com o Paraguai.

A fronteira tem sido um espaço de vivência e de relação entre os habitantes que envolvem fatores sociais, econômicos e culturais em seu cotidiano. Na área da saúde, enquanto há um sistema universal no Brasil, na Bolívia os serviços são ofertados de forma gratuita a um determinado grupo e essa diferença acentua a procura de cidadãos bolivianos por acesso à saúde brasileira, levando a sobrecarga do custo aplicados na RAS (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

Apesar de várias iniciativas para financiamentos federais permanente para garantir a assistência ofertada a população flutuante na região de fronteira, é

importante destacar que não houve definição efetiva de recursos na política de saúde existente. Assim, a base de cálculo tem sido prevista no custeio fundo a fundo que no caso da Atenção Básica onde estão vinculadas as receitas para manutenção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF são alocados no Bloco de financiamento da Atenção Básica (PAB) que atualmente baseia-se nos cadastros dos usuários do SUS vinculados a população brasileira ou naturalizados (BOTH, 2019).

No Brasil há muitas particularidades em relação a assistência à saúde para população de fronteira e deve ser analisada a realidade de cada contexto geográfico tendo em vista que o deslocamento das pessoas é influenciado pela busca de melhores condições de acesso ao cuidado e atenção à saúde. Esta situação é conhecida como migração pendular, com movimentos cotidianos de pessoas entre locais de residência e locais de trabalho e estudo. Ela ocorre quando dois países de fronteiras entre si têm disparidade em termos socioeconômicos e na oferta da qualidade do serviço (ZASLAVSKY, GOULART, 2017).

Os diferentes problemas existentes na região de fronteira em diversas áreas têm levado a interesse por pesquisas sobre o tema, com projetos e políticas públicas em desenvolvimento que envolvem, por exemplo, os gestores do Brasil e da Bolívia, cujo objetivo é promoção e prevenção à saúde, identificando a realidade da população local e vivenciada na região de fronteira. A região apresenta sistemas territorializados, com características geográficas semelhantes e socioculturais distintas (SILVA, OLIVEIRA NETO e MARIANI, 2017).

Considerando as particularidades de uma região de fronteira quando comparadas as demais regiões do país em relação à assistência à saúde, observa-se que a rede de saúde é estruturada com influência direta sobre o contexto do território. A população flutuante, as características sociais e culturais, a distribuição dos recursos financeiros são alguns desafios que influenciam diretamente na organização das ações ofertadas em todos os níveis de atenção e no que se refere a APS estes desafios são ainda mais evidentes (HORTELAN *et al.*, 2019).

Lima e Toso (2019) contextualizam o aspecto dos brasileiros que residem em regiões de fronteiras domiciliados em países vizinhos e que acessam os serviços de saúde do Brasil por meio da APS. Desta forma, o acesso na RAS não ocorre necessariamente pela APS e é frágil para o cidadão não residente no território que

apesar de ser acolhido na RAS apresenta entraves nos fluxos assistenciais e na coordenação do cuidado.

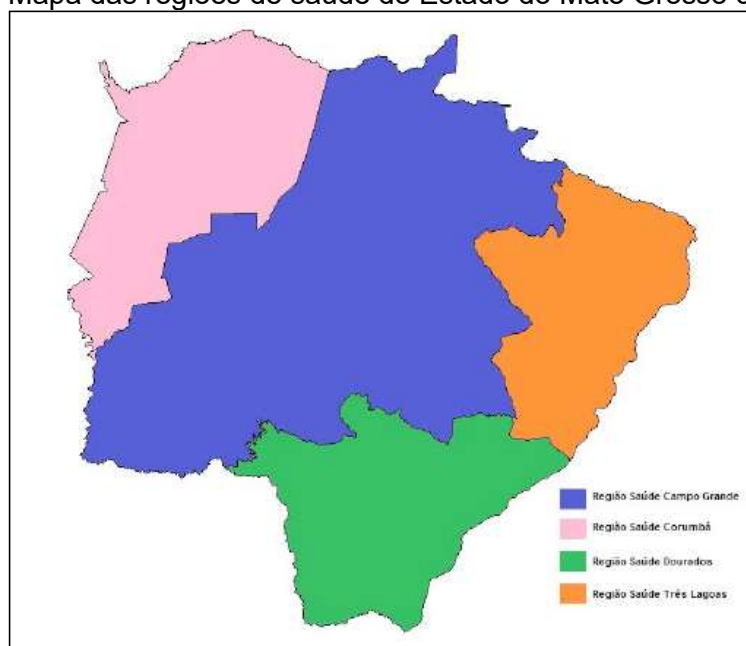
2.4 ASPECTOS DA REGIÃO DE SAÚDE DE CORUMBÁ

Além da lógica da RAS na articulação dos serviços há ainda a estruturação de forma regionalizada por meio de articulações definidas entre espaços macrorregionais pelos documentos regulamentadores. A regionalização tem sido uma estratégia articulada para qualificar o processo de descentralização dos serviços do SUS, definindo as Regiões de Saúde. Em Mato Grosso do Sul foi definido por meio de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) elaborado por instâncias colegiadas formadas e nomeadas por representantes dos municípios que compõe o estado (KEHRIG, SOUZA e SCATENA, 2015).

Nos últimos anos, o fortalecimento de um planejamento regional de saúde através de grupos de trabalho e a indução da APS como ordenadora do cuidado das RAS resultou no processo de regionalização no estado de Mato Grosso do Sul com o estabelecimento de quatro macrorregiões de saúde publicado pela Resolução nº 90/SES/MS, de 11 de novembro de 2014 (MATO GROSSO DO SUL, 2014).

De acordo com o PDR do estado de Mato Grosso do Sul (MATO GROSSO DO SUL, 2014) constituiu-se uma definição de macrorregiões de acordo com a redução de deslocamentos dos usuários aos serviços assistenciais. São 79 municípios, organizados em quatro macrorregiões em saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá), ilustrados na figura 1, e subdivididos em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas).

Figura 1 – Mapa das regiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, 2014



Fonte: SES/MS (2014)

A primeira macrorregião em saúde é Campo Grande composta por 34 municípios e 4 microrregiões (Aquidauana, Campo Grande, Coxim e Jardim). A segunda é Corumbá, composta de 1 microrregião e dois municípios (Corumbá e Ladário). A terceira macrorregião é Dourados composta de 33 municípios e 4 microrregiões (Dourados, Nova Andradina, Naviraí e Ponta Porã) e, por fim a quarta, Três Lagoas, sendo 10 municípios e duas microrregiões (Paranaíba e Três Lagoas) (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Para fins de cadastros no sistema do SUS, DATASUS, a Região de Saúde de Corumbá atualmente apresenta 178 estabelecimentos, entre serviços públicos e privados cadastrados (BRASIL, 2020b). Em relação à estrutura de saúde, a região possui 26 equipes de saúde da família (eSF) em Corumbá (03 eSF que atendem a zona rural e 23 na zona urbana) e sete unidades em Ladário. No que tange a cobertura de ESF da região, apresenta 80,5% em Corumbá e 88,72% em Ladário (BRASIL, 2020c).

Em relação à cobertura populacional da APS na região no primeiro quadrimestre de 2020 apresentou um resultado de 83,73% em Corumbá, 88,72% em Ladário, totalizando 84,59% para a Região, superior ao registrado no estado de Mato Grosso do Sul que apontou 82,03% de cobertura (BRASIL, 2020c). Na Tabela 1 é possível identificar um total de 33 equipes de APS na Região de Corumbá, apresentando 30 equipes de Saúde Bucal (eSB).

Tabela 1 – Número de equipes de APS de acordo com a classificação, na região de saúde de Corumbá, 2020

Tipo da Equipe	Corumbá	Ladário	Total
eMAD – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO I	1	0	1
eMAP - EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE APOIO	1	0	1
eSF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA	26	7	33
eSB - EQUIPE DE SAUDE BUCAL	25	5	30
eNASF-AB - EQ NUCLEO AMPLIADO SAUDE DA FAMILIA AT. PRIMARIA	2	1	3
eCR - EQUIPE DOS CONSULTORIOS NA RUA	1	0	1
Total	56	13	70

Fonte: Brasil, CNES (2020a).

Em relação à atenção psicossocial, Corumbá possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II. Os demais serviços da rede psicossocial estão em Corumbá com abrangência regional, sendo um CAPSAD tipo álcool e drogas e outro CAPSi de atendimento infantil. As consultas especializadas são distribuídas em um Centro de Atendimento de Especialidades Médicas (CAES), um Centro de Saúde da Mulher (CSM), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II e na rede de saúde de Ladário há uma Policlínica para atendimento multidisciplinar (BRASIL, 2020b).

Os demais serviços são contratualizados como o Centro de Reabilitação Especial (CER- APAE) e um Hospital Geral Regional (Santa Casa de Misericórdia de Corumbá) (CORUMBÁ, 2021).

2.5 ESTUDO AVALIATIVO DA RAS E DA APS

A avaliação da RAS tem sido tema de pesquisas há alguns anos. Avaliar consiste em mobilizar recursos visando a melhoria da qualidade da atenção prestada em um processo transparente e de interação com os usuários e profissionais de saúde. A partir da avaliação será definida a estratégia para tomada de decisão que resultará em ajustes no processo de forma dinâmica e oportuna. O referencial de Donabedian é usado para avaliar os componentes classificados em estrutura, processo e resultado entre os componentes da RAS (TANAKA, 2011).

As bases de Donabedian (1989) exploram conceitos de qualidade em saúde e suas dimensões do cuidado, buscando fortalecer a importância de estudos para a relação na prática da população e os atendimentos assistenciais. O entendimento da

inter-relação entre o usuário e o profissional que o assiste está entre os estudos do autor referente a avaliação e qualidade em saúde, estimulando propostas de estratégias, desenvolvimento de ações para alcance de um sistema de saúde mais eficiente e satisfatório ao usuário (DONABEDIAN, 1989).

A definição de avaliação em saúde é polissêmica, com diferentes métodos de estudo de acordo com os determinantes sociais e seu contexto histórico. No Brasil é uma política que no decorrer de sua evolução envolve gerenciamento, articulação e resultado. A APS sendo o primeiro nível de atenção com abrangência populacional e por consequência a ESF é o espaço ideal para avaliação em saúde (PINTO JÚNIOR *et al.*, 2015).

Mesmo sendo considerado de fundamental importância para a organização da rede o processo de avaliação é pouco estudado e analisado, sendo um processo complexo que permeia por vários níveis de entendimento e que geralmente analisa aspectos individuais dos serviços. O conceito de Integração está relacionado ao efeito do conjunto de unidades mínimas e suas relações resultando em continuidade e complementariedade da assistência ao usuário (AMARAL e BOSI, 2017).

A avaliação da APS pode ser realizada de várias formas, com aplicação de instrumentos chamados ferramentas de análise. Na revisão de literatura feita por Chueiri, Harzheim e Takeda (2017), não houve a identificação de um instrumento validado para mensurar o grau de consolidação dos atributos da RAS. A análise da aplicação do instrumento o identificou como elemento-chave para avaliar a coordenação do cuidado individual e a ordenadora das RAS pela APS, classificando a integração, definido por suas dimensões.

Avaliar a integração da RAS é necessário para identificar as fragilidades e potencialidades de todos os pontos assistenciais e a perspectiva dos gestores e profissionais envolvidos. Mendes (2011) propõe o uso de um instrumento para avaliar o grau de integração conhecido como Instrumento de avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS). A proposta deste instrumento pode ser adaptada e aplicada para que os gestores e profissionais de saúde definam o diagnóstico situacional da APS e subsidiem o planejamento de intervenções na reestruturação e organização do sistema local (RODRIGUES, 2013; CABRAL, 2018).

Outro aspecto de avaliação analisa a relação entre o sistema e o modelo de atenção. Donabedian aborda que desde 1991, avaliação formulada teórica e

operacional os atributos da APS e percorreu ao longo dos anos o desenvolvimento de estudos na linha acadêmica que aprofundou a avaliação da APS no Brasil. Analisou a relação de avaliação com financiamento da APS e concluiu que a relação entre a satisfação do usuário e os resultados em saúde era diretamente proporcional (FACCHINI, TOMASI e DILÉLIO, 2018).

Com o avanço da APS no decorrer dos anos a presença de questionamentos sobre a eficiência, resolutividade e integração com os demais serviços resultaram no desenvolvimento de estratégias de monitoramento e avaliação tanto pelo Ministério da Saúde, quanto por outras instituições e serviços. A avaliação é um instrumento para definição das decisões da gestão de acordo com a organização, acesso, perfil e gerenciamento de recursos e, também envolve, diversos campos de conhecimento e participação coletiva com métodos, para elaboração de um planejamento mais próximo da realidade (RIBEIRO e SCATENA, 2019).

Em 2011 foi implantado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para realizar uma ampla avaliação da atenção básica no Brasil e constituir um incentivo de recursos financeiros nos repasses aos municípios que possuíam eSF de acordo com a avaliação de desempenho a partir de um adicional ao financiamento a estas equipes. Os recursos que originalmente eram apenas de incentivo a ESF passaram, em 2017, a ser distribuídos para equipes em expansão. Em 2019, com o programa Previne Brasil, uma nova concepção de financiamento, até então existente, que transforma os cálculos de base populacional e vem a ser realizado a partir da base cadastral. Passou de uma abordagem completa da avaliação de desempenho (estrutura, equipe e usuário) a um instrumento de avaliação pelo questionário PCATool-Brasil, com quantidade menor de questões avaliadas. Além disso, essa implantação combinando a avaliação de desempenho com o cadastrado está interferindo no financiamento dos municípios que produz um efeito em que a avaliação ao promover o alcance dos indicadores leva a danos negativos e a indução de comportamentos nocivos no desempenho das equipes (FACHINNI, 2022).

Independentemente das mudanças nas orientações da gestão federal, que não foram antecidos do necessário consenso e da devida aprovação nas diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), o que se verificou no PMAQ-AB foi uma transição no conceito de avaliação, alcançando o que a teoria contemporânea da avaliação denomina de “cultura da avaliação” (Contandriopoulos,

2006). A cultura institucional de avaliação se aproxima do que temos denominado no Brasil de educação permanente em saúde, ou seja, a aprendizagem pessoal e institucional que se faz no/pelo trabalho e que gera desenvolvimento do trabalho (FERLA, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade de coordenação do cuidado pela APS em região de fronteira e suas repercussões na integração com a RAS durante a pandemia da covid-19 em uma Região Fronteiriça.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar sociodemograficamente médicos e enfermeiros da APS em uma região de fronteira Brasil/Bolívia;
- b) Correlacionar as características de médicos e enfermeiros com a avaliação da RAS pela APS;
- c) Correlacionar a avaliação da RAS com as variáveis IDH e Cobertura populacional dos municípios de Corumbá e Ladário;
- d) Comparar a avaliação da RAS com características de uma região fronteiriça.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PERÍODO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal e abordagem de análise quantitativa desenvolvido na quarta Região de Saúde que abrange os municípios brasileiros de Corumbá e Ladário, no estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2020 a 2022.

A microrregião de Corumbá e Ladário, apresenta Corumbá com uma população estimada para 2020 de 111.435 habitantes e Ladário de 23.331 habitantes. Corumbá possui pouco mais de 64 mil km² em extensão territorial, considerado o 11º município em extensão territorial no Brasil e o mais extenso do estado de Mato Grosso do Sul (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

A superfície territorial do município de Corumbá totaliza 64.438,363 km², 18,04% do total de Mato Grosso do Sul, classificado como o maior município em extensão territorial (IBGE, 2021). Ao norte, está limitado pelos municípios de Poconé (MT) e Barão de Melgaço (MT), ao sul Porto Murtinho (MS), a leste Rio Verde de Mato Grosso (MS), Coxim (MS), Sonora (MS), Miranda (MS) e Aquidauana (MS), e a oeste Puerto Quijarro e Puerto Soares (Bolívia) (CORUMBÁ, 2022).

Em relação à distribuição territorial, Corumbá possui 33,4% distribuídos em áreas urbanas, com 19,3% de esgotamento sanitário, enquanto Ladário conta com 7,9% urbanização adequada e 11,4% com esgotamento sanitário e o IDH dos municípios da Região no último Censo (2010) foi registrado 0,7 para ambos, sendo classificados na posição 26º do Estado de Mato Grosso do Sul, classificação alta de acordo com o Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020; MATO GROSSO DO SUL, 2019).

O município de Corumbá faz fronteira com a Bolívia, a partir das cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suarez, sendo 72,3% de sua área na faixa de fronteira e considerada cidade gêmea com Ladário. Possui ainda uma característica de distribuição populacional para áreas de difícil acesso devido a ter grande parte de seu território ocupado pelo Pantanal e pelo Rio Paraguai (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

A distribuição populacional representa 90,12% concentrada em área urbana e 9,88% em área rural sendo que 50,63% da população da área urbana é do sexo feminino, enquanto na área rural observa-se predomínio do sexo masculino com 60,02% da população (tabela 2) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Tabela 2 – Distribuição da população por situação de domicílio e sexo, Corumbá, 2021.

População por sexo	Situação do domicílio	
	Urbano	Rural
Homens	46.132	6.153
Mulheres	47.320	4.098
Total	93.452	10.251

Fonte: Censo IBGE, 2010

Além da presença de população ribeirinha tanto na porção superior quanto inferior do Rio Paraguai, há ainda uma comunidade Indígena, da etnia Guató, conhecida como Aldeia Uberaba, localizada acerca de 330 km do município de Corumbá.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo médicos e enfermeiros vinculados às Unidades de Saúde da Família.

De acordo com o CNES (BRASIL, 2020b) a Região possui 33 ESF, que atendem à composição mínima prevista na Portaria nº. 2436/2017 (BRASIL, 2017a) de um médico e um enfermeiro para cada equipe. Sendo assim foram convidados a participar do estudo 27 médicos e 27 enfermeiros do município de Corumbá e seis médicos e seis enfermeiros da APS, do município de Ladário, totalizando 68 profissionais.

Considerou-se como critério de exclusão o profissional que no momento da aplicação do instrumento estivesse em afastamento do serviço por qualquer motivo (férias, licença médica ou outro), mesmo após duas tentativas ou que possuísse experiência na ESF inferior a seis meses.

4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada na própria Unidade de Saúde, de Janeiro a Maio de 2021, com agendamento prévio. A pesquisadora após explicitar os objetivos e métodos do estudo, entregava a cada participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), para leitura, sendo qualquer dúvida esclarecida pela pesquisadora. Foi garantida recusa na participação ou em responder alguma questão sem qualquer prejuízo e após assinado o TCLE, uma via foi entregue ao participante e outra via arquivada com a pesquisadora.

O questionário de autopreenchimento foi entregue a cada participante em um envelope não identificado e retirados pela pesquisadora após 10 dias em data e horários agendados. Os envelopes eram armazenados impossibilitando a identificação dos respondentes.

O instrumento aplicado foi construído originalmente por Mendes (2011) com sete dimensões e, após sua aprovação, foi adaptado, inclusive a semântica e dados de identificação, para cinco dimensões e denominado Instrumento de Avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS) (ANEXO B), por Rodrigues (2013).

Na primeira parte do instrumento estão relacionadas às características sociodemográficas dos pesquisados, tendo como variáveis: sexo, idade, categoria profissional, município, tempo de experiência na ESF e curso de especialização.

A segunda parte, foi dividido em grupos de questões que avalia o grau de integração da RAS, em cinco dimensões (População, APS, Sistema de Apoio, Sistema Logístico, Sistema de Governança). Por se constituir um estudo que abrange população fronteiriça foram desenvolvidas pela pesquisadora, para cada dimensão da RAS, questões voltadas para este contexto conforme quadro 1 (RODRIGUES, 2013).

Quadro 1 – Instrumento de Avaliação da Coordenação da RAS pela APS, COPAS e suas dimensões

DIMENSÕES		
População	População e áreas definidas. Organização social das famílias. Registro e cadastrado em subpopulações por riscos sócio sanitários.	14 Questões
População Fronteira		3 Questões
APS	Vínculo entre as equipes e usuários. Centro de comunicação das RAS. Organização da	18 questões

APS Fronteira	APS.	2 Questões
Sistema de Apoio	Campos de apoio diagnóstico e terapêutico, Assistência farmacêutica e normatizações locais.	14 Questões
Sistema de apoio fronteira		2 Questões
Sistema Logístico	Sistemas de informação em saúde, como prontuário eletrônico de registros. Sistema de regulação. Transportes.	18 questões
Sistema Logística Fronteira		2 questões
Sistema de Governança	Arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS.	13 Questões
Sistema de Governança Fronteira		2 questões

Fonte: Adaptado por Rodrigues (2013); Cabral (2018).

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram inseridos em uma planilha eletrônica *Excel* versão 2017, digitadas em dupla entrada, a partir das respostas apresentadas pelos participantes e apresentados em forma de tabelas.

O questionário apresentou-se em uma escala tipo Likert, no qual cada participante poderia escolher uma alternativa de 1 a 5 para a resposta que mais identificava com sua realidade em relação à questão, definidas com as palavras associadas a sequência numérica da seguinte forma: 1. Discordo totalmente, 2. Discordo, 3. Não concordo nem discordo, 4. Concordo e 5. Concordo totalmente, totalizando 101 escolhas (ANEXO A).

Após a digitação dos resultados na planilha foi realizada a conferência dos resultados relacionados aos instrumentos por um participante convidado especificamente para esta etapa, com a finalidade de confirmar as respostas apresentadas e registradas.

O referencial para este questionário foi validado por Rodrigues (2013) sendo esta validação restrita ao processo de validação semântica. Outro referencial que aplicou o questionário foi Cabral (2018), que durante o resultado, utilizou uma tabela

de inversão, com objetivo de padronizar a positividade das respostas. Esta tabela de inversão consiste em tornar os resultados de forma geral em mais positivos de modo que a mais positiva seja a resposta de resultado 5 e a mais negativa de valor 1, aumentando gradualmente e na mesma proporção. Assim, no caso da tabela de inversão aplicada, o valor mínimo foi substituído pelo máximo, mas não alterando o valor central. (PEDROSO *et al.*, 2012; CABRAL, 2018).

Neste estudo, as questões de menor positividade foram invertidas e distribuídas conforme o mesmo método utilizado para as mesmas questões no referencial utilizado na validação do questionário, conforme demonstra no quadro 2, são elas:

Quadro 2 – Questões a serem invertidas por dimensão

DIMENSÃO	QUESTÃO
População	b2 e b12
APS	c15, c19, c22, c27 e c31
Sistema de apoio	d36, d40 e d50
Sistema logístico	e49, e54, e59 e e62
Sistema de governança	f67, f71, f74 e f78

Fonte: Cabral (2018).

Em seguida os itens do questionário foram somados considerando o total de resposta por dimensão, dividindo pelo número total de participantes e multiplicando pelo total de questões. O resultado foi considerado na pontuação de intervalo de 0 a 100 e convertido em percentual, multiplicando o resultado por 20, sendo categorizado de 0 a 100% (0, 25, 50, 75 e 100) e classificado a condição da capacidade da Atenção Primária em Coordenar a RAS (Quadro 3).

Quadro 3 – Escore para classificação da capacidade da APS em coordenar a RAS

ESCORES	CLASSIFICAÇÃO
0 a 25%	Condição insatisfatória da APS
25,01% a 50%	Condição regular da APS
50,01% a 75%	Condição boa da APS
75,01% a 100%	Condição ótima da APS

Fonte: Adaptado de Pedroso *et al.* (2012); Cabral (2018).

Procedeu-se análise descritiva dos dados sendo os resultados das variáveis categóricas apresentados em frequência absoluta e relativa, e das variáveis contínuas por meio de medidas de tendência central e variabilidade.

A apresentação do resultado do desempenho dos municípios da microrregião de Corumbá se deu em porcentagem, conforme descrito anteriormente.

Foi realizada análise de correlação de Spearman entre a pontuação dos domínios do instrumento COPAS e as variáveis relativas ao profissional e ao município estudado. Para identificar se houve diferença entre a pontuação global do instrumento em relação as variáveis analisadas no estudo foi aplicado o teste de Mann-Whitney. Para as análises utilizou-se o Software SPSS versão 25, considerando nível de significância de 5%.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), número de CAAE 39691020.5.0000.0021 e parecer nº 4.484.144 em 23/12/2020. Para a realização deste estudo foram atendidos todos os requisitos da Resolução CNS 466/2012.

4.6 NORMAS DE BIOSSEGURANÇA PARA COLETA DE DADOS

Em atenção a situação vivida no contexto mundial da Pandemia da covid-19 foram aplicadas normas de Biossegurança para coleta de dados estabelecendo para que a aplicação do questionário, comparecendo em cada serviço de saúde com horários previamente agendado diretamente no local.

Assim, a pesquisadora na chegada do estabelecimento, após se identificar, utilizando máscara e álcool, entregou o questionário em envelope sem identificação, explicando e lendo o termo de consentimento juntamente ao participante.

5 RESULTADOS

O estudo deu origem ao artigo intitulado: “Capacidade de coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde na pandemia da Covid-19 em região de Fronteira” e ao Ensaio temático intitulado: “Direito à saúde e acesso à rede de atenção à saúde em região de fronteira Brasil/ Bolívia”

5.1 ARTIGO 1

Avaliação da capacidade de coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde na pandemia da Covid-19 em região de Fronteira

Resumo

Objetivo: Avaliar a capacidade da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e sua integração com a Rede de Atenção à Saúde na pandemia da covid-19 na região de fronteira Brasil/Bolívia, em Mato Grosso do Sul.

Métodos: Estudo transversal de abordagem quantitativa, a partir da coleta de dados primários, por meio de instrumento autoaplicável, que investigou variáveis sociodemográficas, profissionais e Avaliação da Coordenação das RAS pela APS pelo instrumento COPAS, acrescido de questões específicas para região de fronteira em cada dimensão.

Resultados: Verificou-se as características sociodemográficas dos profissionais da APS, apresentando 39 (72,2%) do sexo feminino, média de idade de 39,6 anos, com DP $\pm 6,94$. Em relação a formação dos participantes 30 (55,6%) são enfermeiros e 50 (92,6%) especialista. A avaliação de acordo com o escore foi boa condição geral da coordenação dos cuidados pela APS (64,9%) e o menor resultado na avaliação foi na dimensão sistema de apoio (56,44%).

Conclusão: Este estudo atingiu o objetivo de avaliação da coordenação do cuidado pela APS e sua integração com a RAS em uma região fronteiriça durante a pandemia da covid-19 e considerou a condição boa. Também caracterizou os profissionais e correlacionou com o IDH e cobertura populacional dos municípios, com forte associação entre o sistema de apoio, IDH e cobertura. Pode também contribuir para fortalecer o sistema de apoio e logístico e identificar a necessidade de aplicação dos investimentos voltados a gestão eficiente do sistema de informação, oferta de medicamentos de forma contínua e ampliação do acesso a exames e serviços especializados.

Palavras chave: Avaliação em Saúde, Região de Fronteira, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua evolução ao longo das décadas, desde sua implantação até o momento atual, apresentou-se num processo de fragmentação e evoluiu para descentralização dos serviços. A integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) vai além das fronteiras de cada território e está sujeito a várias influências, dentre elas, o tipo de gestão local, a aplicação de recursos financeiros e tecnológicos, poder político-partidário, presença de oferta de serviços público-privados que potencializam ou detém a organização e a integralização de forma regionalizada. Seu principal foco é o usuário com ênfase no cuidado de forma a promover acesso, acolhimento, respeitando a integralidade em espaço e tempo oportuno (LANDIM, GUIMARÃES e PEREIRA, 2019).

Com o aprimoramento do SUS no Brasil e a necessidade de superar o processo de fragmentação da assistência à saúde e gestão das regiões geográficas, em 2010 foi regulamentada as diretrizes para organização da RAS, através da publicação da Portaria nº 4279/2010 que definiu o funcionamento e a organização das ações de saúde. E em 2011, o decreto nº 7508/2011 normatizou a forma de regionalização a qual envolve o planejamento, a assistência e a estruturação das RAS (BRASIL, 2010; 2011).

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é um importante fundamento para organizar e articular a RAS, buscando melhorar a qualidade e a eficiência com os serviços complementares, diminuindo desintegração assistencial. Um dos seus principais princípios está no acesso, relacionado a distribuição do território e aos fluxos estabelecidos entre os serviços. Para melhorar os processos de articulação, são utilizados métodos de avaliação, conhecidas como ferramentas utilizadas para medir sua capacidade integrativa, com vistas a garantir a evolução da implementação assistencial em cada região (LIMA *et al.*, 2019).

As RAS apresentam características estabelecidas pela região de abrangência territorial, englobando aspectos culturais, contexto histórico, composição dos espaços existentes no território, dentre outros que levam a organização em cada ponto de atenção. As experiências internacionais de APS forte são usadas como modelos para o Brasil e estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal ferramenta para o avanço no SUS. O grande desafio é a suficiência de serviços resolutivos no atendimento aos usuários com condições crônicas em detrimento aos

com quadros agudos ou agudizados, considerando o perfil epidemiológico e demográfico atual no país (VIANA *et al.*, 2018).

No contexto da fronteira, o estado de Mato Grosso do Sul possui 12 municípios, sendo eles Corumbá, Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Japorã, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho e Sete Quedas (BRASIL, 1979; TAMAKI *et al.*, 2008). A região de Corumbá, além de fronteira também está localizada no pantanal, caracterizando especificidades com presença de pessoas a serem assistidas em áreas alagadas, rurais e de difícil acesso (CORUMBÁ, 2021).

A migração pendular internacional pode estar definida como movimentação de pessoas entre duas regiões em busca de estudo e trabalho que cruza a fronteira internacional periodicamente e no caso da saúde tem sido considerado como um fenômeno diferente, tendo em vista suas particularidades (INE, 2003; ZASLAVSKY, GOULART, 2017). O cuidado de saúde vai além das fronteiras e em região internacional como em Corumbá a busca do atendimento favorece tanto para brasileiros residentes na Bolívia, quanto para estrangeiros regularizados residentes no Brasil.

As particularidades da fronteira são definidas pelo compartilhamento da convivência entre duas ou mais nações, envolvendo a história, cultura e compreensão das relações entre as pessoas que lá residem. No caso de Corumbá, os municípios vizinhos bolivianos (Puerto Quijarro e Puerto Suarez) envolvem interações sociais, políticas, culturais e econômicas. O fluxo transfronteiriço entre as cidades desta região é incentivado pela predominância da oferta de serviços de saúde no Brasil (RODRIGUES e FONSECA, 2021).

O recorte geográfico do Mato Grosso do Sul favorece o fluxo da região de Corumbá por imigrantes e foi ainda mais impactada a partir de 2018 com aumento da presença de haitianos em busca de trabalho, conhecido como fluxo de passagem. Em 2020 com a pandemia de covid-19 houve uma nova realidade pelas restrições impostas pelas recomendações do fechamento de fronteira, a princípio pela Bolívia e em seguida pelo Brasil. Entretanto as migrações internacionais permaneceram mesmo de forma clandestina, interferindo inclusive na assistência à saúde (SILVA *et al.*, 2019).

Avaliar a integração da RAS é necessário para identificar as fragilidades e potencialidades de todos os pontos assistenciais, a perspectiva dos gestores e

profissionais envolvidos. Mendes (2011) propõe uso de um instrumento para avaliar o grau de integração conhecido como Instrumento de avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS). O COPAS foi considerado um instrumento brasileiro desenvolvido para avaliar a coordenação da RAS pela APS, abrangente com vistas as dimensões entre os diversos pontos de atenção para que os gestores e profissionais definam diagnóstico para subsidiar estratégias de intervenção local (RODRIGUES, 2013; CABRAL, 2018; LIMA *et al.*, 2019).

O estudo busca analisar a integração da RAS sob a ótica de médicos e enfermeiros da APS em uma região de saúde fronteira e contribui para a reorganização do acesso e oferta de serviços de acordo com as necessidades dos usuários em saúde. Os resultados, considerando as fragilidades de cada dimensão, contribuem para a definição de estratégias que melhorem a integração entre os pontos de atenção e a aplicação de recursos voltados às prioridades de forma planejada e resolutiva, e leve ao atendimento mais satisfatório (FACHINNI *et al.*, 2018).

MÉTODO

Foi conduzido um estudo de delineamento transversal, com abordagem de análise quantitativa, desenvolvido em uma macrorregião de Saúde de Mato Grosso do Sul, que abrange os municípios de Corumbá e Ladário, no período de 2020-2022.

Corumbá é o único município de Mato Grosso do Sul, que faz fronteira com a Bolívia e conurbação com Ladário (BRASIL, 1979), apresentam população de 111.435 e 23.331 habitantes, respectivamente (IBGE, 2021). Ambos apresentam ESF na APS totalizando 33 equipes, sendo 27 em Corumbá e 6 em Ladário. Na composição de equipes são 66 profissionais, 33 médicos e 33 enfermeiros para as ESF da região (BRASIL, 2022).

A coleta de dados foi realizada na própria Unidade de Saúde, de Janeiro a Maio de 2021, com agendamento prévio. A pesquisadora deixava com o participante o questionário de autopreenchimento em um envelope não identificado que era recolhido pela pesquisadora após 10 dias em data e horários agendados. Os envelopes eram armazenados impossibilitando a identificação dos respondentes.

O instrumento aplicado denominado Instrumento de Avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS) foi construído originalmente por Mendes

(2011) e adaptado por Rodrigues (2013), sendo a versão final composta por cinco dimensões.

A primeira parte do questionário investiga as características sociodemográficas dos participantes dentre elas idade (expressa em anos), sexo (feminino e masculino), tempo de experiência (expressa em anos), título de especialização (saúde da família, saúde pública e outros) e localização da UBS (rural e urbana). Na tabulação das informações, foram agrupadas essas características por município, identificada em número absoluto e aplicado o percentual da amostra. Para cada grupo foi apresentada dados individuais por município e o total geral da região em saúde estudada.

A outra parte, consiste na avaliação do instrumento, realizada por meio de sua organização em cinco dimensões (População, APS, Sistema de Apoio, Sistema Logístico, Sistema de Governança). São 78 questões que compõe o questionário e foram incluídas 11 questões distribuídas nestas dimensões referentes às especificidades da fronteira. As respostas são representadas na escala de Likert, apresentando uma análise descritiva dos dados para classificar o descritor quanto ao parâmetro do grau de integração na rede de saúde e expressas por valores numéricos da frequência presente.

As respostas foram pontuadas de 5 a 1, de forma crescente, pontuadas a partir da escolha interpretada por palavras de concordância ou discordância e destacada no documento. Para critério de padronização de sua positividade, aplicou-se a escala de inversão, onde o valor mínimo foi substituído pelo máximo em questões definidas no referencial validado para cada dimensão (PEDROSO *et al.*, 2012; CABRAL, 2018).

Para aplicação do score, o resultado foi convertido em percentual e categorizado de 0 a 100, aplicando a classificação em intervalos que definem a capacidade da APS em coordenar a RAS. Os intervalos são limitados entre os quais (0 a 25%) a condição é insatisfatória, (25,01 a 50%) é regular, (50,01 a 75%) considerado boa e ótima acima de 75%.

Procedeu-se análise descritiva dos dados sendo os resultados das variáveis categóricas apresentados em frequência absoluta e relativa, e das variáveis contínuas por meio de medidas de tendência central e variabilidade.

A apresentação do resultado do desempenho dos municípios da microrregião de Corumbá se deu em porcentagem, conforme descrito anteriormente.

Foi realizada análise de correlação de Spearman entre a pontuação dos domínios do instrumento COPAS em as variáveis relativas ao profissional e ao município estudado. Para identificar se houve diferença entre a pontuação global do instrumento em relação as variáveis analisadas no estudo foi aplicado o teste de Mann-Whitney. Para as análises utilizou-se o Software SPSS versão 25, considerando nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) sob parecer nº 4.484.144.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 20 (74,1%) médicos, 26 (96,3%) enfermeiros, do município de Corumbá e de Ladário foram 04 médicos (66,7%) e 04 (66,7%) enfermeiros, totalizando 54 (80,6%) participantes, no período de 2020-2021, no Mato Grosso do Sul.

Foram excluídos da pesquisa um total de 13 (19,4%) participantes pelos seguintes motivos: quatro por recusa, dois por afastamento por licença médica, dois por terem sido incluídos nas equipes a menos de seis meses e, por fim, cinco por não estarem na composição oficial da ESF no momento da pesquisa, mesmo após duas tentativas.

Do total de participantes, observou-se que a maioria, 39 (72,2%) é do sexo feminino e a idade variou de 26 a 56 anos, a média foi de 39,96 ($\pm$ desvio padrão da média) $\pm 6,9$ anos. Em relação a categoria profissional, a maior parte são enfermeiros, 30 (55,6 %), e quanto a formação 50 (92,6 %) possuíam pós-graduação nas mais diversas áreas da saúde. Em relação ao tipo de UBS, apenas seis (11,1%) atuam em ESF da área rural e 27 (50%) possuem menos de cinco anos de atuação na ESF, representados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa no contexto geral, e de acordo com o município de atuação, Mato Grosso do Sul, 2021.

	Corumbá		Ladário		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
Até 40 anos	24	52,2	6	75,0	30	55,6
Acima de 40 anos	22	47,8	2	25,0	24	44,4
Sexo						
Feminino	35	76,1	4	50,0	39	72,2

Masculino	11	23,9	4	50,0	15	27,8
Formação						
Enfermeiro	26	56,5	4	50,0	30	55,6
Médico	20	43,5	4	50,0	24	44,4
Pós-graduação						
Não	3	6,5	1	12,5	4	7,4
Sim	43	93,5	7	87,5	50	92,6
Tempo de Atuação na ESF						
Até 5 anos	21	45,7	6	75,0	27	50,0
Acima de 5 anos	23	50,0	1	12,5	24	44,4
Sem informação	2	4,3	1	12,5	3	5,6
Tipo UBS						
Rural	6	13,0	-	-	6	11,1
Urbana	40	87,0	8	100,0	48	88,9
Município						
Corumbá	-	-	-	-	46	85,2
Ladário	-	-	-	-	8	14,8

UBS: Unidade Básica de Saúde

Na descrição das variáveis quantitativas e escore total dos resultados COPAS e questões de fronteira são apresentados identificados na tabela 2, sendo os dados referente as características de idade e tempo de experiência dos profissionais. Para cada variável foram descritos valores (média, desvio padrão, percentil 25, mediana, percentil 75 e valores mínimo e máximo) encontrados de forma geral, para cada município e representados na tabela 2.

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis quantitativas do estudo apresentadas no contexto geral e de acordo com o município de atuação. Mato Grosso do Sul, 2021.

	Média	DP	P25	Mediana	P75	Mínimo	Máximo
Geral							
Idade	39,96	6,94	34,75	39,00	44,00	26	56
Tempo de experiência na ESF (meses)	74,11	59,38	24,00	60,00	111,00	1	216
COPAS	249,94	22,09	234,50	248,00	267,00	197	296
Questões de Fronteira	31,63	6,65	27,00	33,00	36,00	14	44
Corumbá							
Idade	40,13	6,65	35,00	40,00	44,00	26	55
Tempo de experiência na ESF (meses)	81,74	60,38	36,00	66,00	126,00	1	216
COPAS	248,43	22,06	232,25	248,00	263,25	197	295
Questões de Fronteira	32,33	6,05	28,50	33,50	36,00	15	44
Ladário							
Idade	39,00	8,88	33,25	36,00	46,25	30	56
Tempo de experiência na ESF (meses)	30,25	25,99	6,50	30,00	54,00	1	72
COPAS	258,63	21,55	243,25	251,50	275,50	231	296
Questões de Fronteira	27,63	8,79	21,25	27,50	33,75	14	42

ESF: Estratégia Saúde da Família; DP: Desvio Padrão; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75

A avaliação da RAS apresentou resultado global de 64,09%, conforme tabela 3 e a dimensão que apresentou melhor avaliação na foi a APS, com 68,79% nas questões COPAS e a de menor resultado foi no Sistema de Apoio, com 56,44%, todas com escore classificado como bom.

Em relação aos resultados COPAS por município, o maior resultado encontrado foi 68,74% na dimensão APS em Corumbá e 69,08% em Ladário. As que obtiveram menor resultado foram Sistema de Apoio com 54,70% em Corumbá e Sistema logístico, com 61,25% em Ladário.

Para os resultados COPAS nas questões referente a região de fronteira, Corumbá apresentou o maior resultado com 70,14% na dimensão população e o menor no sistema de governança com 47,17% e o escore classificado com a condição regular. Em Ladário, na dimensão população com 60%, já o menor foi no Sistema de apoio, com 42,50%. Em relação ao resultado geral o sistema de governança foi o menor com 47,22% e o maior população, 68,54%.

Tabela 3 – Desempenho dos municípios da macrorregião de saúde de Corumbá de acordo com o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS). Mato Grosso do Sul, 2021.

Município	População	APS	Sistema de Apoio	Sistema Logístico	Sistema de Governança	Global
COPAS						
Corumbá	67,27	68,74	54,70	62,01	64,88	63,70
Ladário	66,61	69,08	66,50	61,25	67,86	66,31
Macrorregião	67,17	68,79	56,44	61,90	65,32	64,09
Questões de Fronteira						
Corumbá	70,14	61,96	50,00	58,91	47,17	58,77
Ladário	60,00	47,50	42,50	48,75	47,50	50,23
Macrorregião	68,64	59,81	48,89	57,41	47,22	57,51

APS: Atenção Primária à Saúde

A correlação entre as variáveis de idade e população nos resultados COPAS apresentaram três das dimensões como negativa (Sistema de apoio, logístico e de governança) demonstrando que não houve associação entre eles, identificados na tabela 4.

A correlação entre o sistema de apoio e o tempo de experiência na ESF apresenta uma correlação inversa já que conforme o tempo de experiência aumenta, diminui o resultado do somatório na dimensão sistema de apoio. Esta correlação também ocorre com as variáveis de cobertura de ESF e resultado da dimensão população.

Outra correlação apresentada foi entre o IDH, cobertura e resultado da dimensão Sistema de apoio, caracterizada que são existentes de forma positiva, já que conforme aumenta a cobertura e IDH também aumenta o resultado desta dimensão avaliada.

Tabela 4 – Correlação entre a pontuação dos domínios do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS) em relação às variáveis relativas aos profissionais e ao município da macrorregião de Corumbá. Mato Grosso do Sul, 2021.

Município	População	APS	Sistema de Apoio	Sistema Logístico	Sistema de Governança	Global
COPAS						
Idade	0,053	0,013	-0,244	-0,073	-0,068	-0,011
Tempo de experiência na ESF	-0,063	-0,221	-0,338**	-0,195	-0,135	-0,227
IDH	-0,032	0,059	0,460*	-0,119	0,109	0,146
Cobertura de ESF	-0,032	0,059	0,460*	-0,119	0,109	0,146
Questões de Fronteira						
Idade	-0,095	-0,057	-0,171	-0,035	0,024	-0,095
Tempo de experiência na ESF	-0,136	-0,138	0,031	-0,157	0,122	0,035
IDH	-0,284**	-0,261	-0,112	-0,237	0,019	-0,240
Cobertura de ESF	-0,284**	-0,261	-0,112	-0,237	0,019	-0,240

* $p < 0,001$; ** $p < 0,05$

Na comparação entre a pontuação global do instrumento e a relação com as variáveis do estudo a mediana do escore geral foi 231 e destaca-se que a diferença do escore ocorre quando há distinção no tipo de UBS ($p < 0,005$), em relação a localização, sendo que o de maior resultado significativo é identificado na região urbana em relação aos apresentados pelos profissionais das UBS da região rural.

Tabela 5 – Comparação entre a pontuação global do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS) em relação às variáveis do estudo. Mato Grosso do Sul, 2021.

	COPAS	Questões de Fronteira
	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)
Idade		
Até 40 anos	247,0 (99)	33,0 (8)
Acima de 40 anos	249,0 (25)	33,0 (10)
<i>P</i>	0,519	0,923
Sexo		
Feminino	251,0 (34)	34,0 (6)
Masculino	247,0 (20)	29,0 (16)
<i>P</i>	0,772	0,052
Formação		
Enfermeiro	247,0 (38)	34,0 (5)
Médico	249,0 (21)	30,5 (12)
<i>P</i>	0,577	0,359
Pós-graduação		

Não	263,5 (30)	31,5 (5)
Sim	248,0 (29)	33,0 (9)
<i>P</i>	0,225	0,787
Tempo de Atuação na ESF		
Até 5 anos	252,0 (31)	33,0 (6)
Acima de 5 anos	241,5 (23)	34,0 (10)
<i>P</i>	0,091	0,769
Tipo UBS		
Rural	231,0 (11)	30,0 (13)
Urbana	251,0 (28)	33,0 (8)
<i>P</i>	0,004	0,527
Município		
Corumbá	248,0 (31)	33,5 (9)
Ladário	256,0 (29)	29,0 (13)
<i>P</i>	0,296	0,082

ESF: Estratégia Saúde da Família.

DISCUSSÃO

Considerando os dados sociodemográficos apresentados, há predominância de profissionais enfermeiros (72,2%) e sexo feminino (55,6%), semelhante aos dados da avaliação do acesso em Araguari (MG) feita por Borges e Lima (2021). Em relação à análise da média de idade foi de 39,96 anos, o resultado é superior aos estudos de Alfenas (MG), média de 35,71 e em Lageado (RS) com 39,7 anos respectivamente (CABRAL, 2018; PENSO *et al.*, 2017). Entretanto, em todos os estudos, há uma coincidência geracional, com profissionais com idade representativa de pessoas com trajetória laboral significativa.

A análise demonstra que os municípios apresentam o IDH próximo ao nacional (0,7) (IBGE, 2021), incluindo ambos na mesma avaliação de desenvolvimento, considerando que na classificação geral os valores entre 0,7 a 0,79 são considerados Alto Desenvolvimento Humano, indicando progresso esperado nas dimensões básicas de desenvolvimento urbano, dentre elas, renda, educação e saúde, além de avanços na qualidade de vida de sua população (PNUD, 2018).

A associação entre as variáveis estudadas de cobertura de ESF (83%) e IDH (0,7) não apresenta relevância significativa em cada dimensão avaliada. No entanto, na dimensão sistema de apoio ($p < 0,001$), indica que quanto melhor a cobertura e IDH melhor será o resultado apresentado, situação diferente apresentada no estudo

de Cabral (2018), onde as associações mostraram que quanto menor o IDH melhor a avaliação da dimensão população.

Em relação à localização das UBS a maior proporção de serviços concentra-se na região urbana (88,9%), semelhante ao estudo realizado na região norte do país (54,1%) e neste caso também são feitos arranjos de deslocamento para atendimento à população em seu local de residência. Esses arranjos não necessariamente traduzem acessibilidade para áreas geográficas, onde são realizados atendimentos de forma itinerante, destinando os profissionais para atender os munícipes mais próximo da sua moradia na APS. No entanto, quando se trata em continuidade do acesso aos serviços complementares não ocorre da mesma forma (GARNELO *et al.*, 2018).

A correlação entre o tipo de unidade, rural e urbana, há significativa variação dos resultados de avaliação que pode refletir a realidade vivenciada entres os profissionais de cada local quanto a estrutura da UBS, condições sociais da população assistida, condições de transporte aos serviços especializados, acesso aos medicamentos, acompanhamento contínuo com visitas domiciliares, dentre outros fatores que podem ser considerados como barreiras e limites no acesso aos serviços de saúde. O atributo acesso está relacionado também com o acolhimento e a continuidade da assistência representando a maior ou menor facilidade do usuário de acessar os serviços de apoio (BORGES; LIMA; SANTOS, 2021).

A classificação da RAS pela APS é boa na macrorregião de Corumbá, com destaque nas dimensões população e APS, correlacionado ao conceito da presença de ESF que, fortalece a busca por melhores resultados em saúde, a partir das respostas aos principais problemas de saúde da população (MALTA *et. al*, 2016). Essa classificação de certa forma não é negativa quanto ao papel da APS na rede de atenção e seu atributo de ordenadora do sistema de saúde para a população, mas é menor quando comparada ao estudo de Minas Gerais. No entanto deve ser considerado que foi aplicado durante a pandemia pela covid-19 e com características geográficas diferentes. (CABRAL *et. al*, 2020).

São considerados sistemas de apoio a estrutura operacional que entrelaçam e formam os capilares da APS para os demais pontos de atenção da RAS (MENDES, 2010) apontando possíveis fragilidades do sistema aos serviços relacionados a assistência farmacêutica, exames de imagem e laboratoriais ofertados na RAS, bem como fluxo de acesso a estes, semelhante a outros estudos

(BOUSQUEAT *et al.*, 2017; ALELUIA *et al.*, 2017). Este fato relaciona-se as características da região de fronteira, distante da referência, dificuldade de acesso a procedimentos especializados, oferta menor que a demanda, fluxos incompletos, dentre outras situações que envolve sistema de apoio.

As fragilidades no sistema de apoio e fluxos de encaminhamento podem ser prejudiciais para integração entre os pontos da rede, a resolutividade e aumentar o custo da assistência ao usuário. Assim, a necessidade de fortalecer a atuação das ESF com sistemas de apoio mais organizados permite a execução do papel de coordenação do cuidado pela APS, diminuindo as lacunas existentes entre os vários níveis de complexidade da RAS. Destaca-se a necessidade de estabelecer um fluxo mais efetivo para continuidade da assistência com investimentos nos pontos frágeis identificados (PAIXÃO *et al.*, 2019). Os resultados sistema de apoio e governança para as questões de fronteira podem ter sido influenciados pela realidade do processo de regionalização e características peculiares da região estudada. Sendo assim, a fronteira pode ser considerada como um marcador avaliativo da rede de saúde.

O rol de medicamentos crescentes necessários aos usuários da RAS, as desigualdades de acessos, a operacionalização e pontos de gestão da clínica para atender as necessidades da população assistida, envolve gestão de aquisição e oferta de medicamentos e insumos, disponibilidade de recursos e fluxos administrativos eficientes atualmente paradigmas a serem vencidos (SILVINO *et al.*, 2020).

No contexto do sistema logístico a relação está no uso do sistema de informação, prontuário eletrônico e registro dos dados pela APS ainda a ser mais desenvolvido nos dados pertinentes a população flutuante. Ela é fundamental para a coordenação do cuidado, planejamento estratégico e melhoria da qualidade do serviço de saúde ofertado, podendo inferir registros referente a população flutuante a serem melhor desenvolvidos. A articulação entre o processo de trabalho das equipes e as ferramentas existentes aumentam a organização e resolutividade das ações em saúde (SANTOS e SANTOS, 2022). O sistema de logístico resultou regular apenas nas questões de fronteira em Ladário, sendo de forma geral também é considerado como boa condição. Esta dimensão envolve o uso das ferramentas, incluindo o sistema de informação para os profissionais da APS, para o planejamento em saúde, monitoramento e análise de indicadores oriundos dos

dados registrados e são subsídios estratégicos para a eficácia das ações de controle social. São grandes desafios da gestão efetiva da APS que incluem a estruturação e a disponibilidade de dados confiáveis, de acordo com a realidade do local e necessidades da população (FERREIRA *et al.*, 2020).

Ao analisar o resultado do sistema de governança geral, ele foi avaliado como boa condição, entretanto, nas questões adaptadas para fronteira em tal sistema, a condição é classificada regular. Neste caso, pode inferido a relação com o processo de planejamento e financiamento relativos aos atendimentos prestados à população flutuante marcados pelas respostas dos participantes. O sistema de governança pode ser influenciado pela realidade transfronteiriça que apresenta um fluxo aumentando de atendimentos ao estrangeiro que busca de serviços públicos, em especial saúde e educação (RIZZOTO, 2020).

Como limitação deste estudo destaca-se a amostra limitada e a correlação das informações com estudos de amostra mais diversificada e regiões com outras características.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo respondeu ao objetivo de avaliar a capacidade de coordenação do cuidado pela APS na perspectiva dos trabalhadores de saúde na macrorregião de Corumbá, categorizou os profissionais da ESF e associou a avaliação da APS com IDH e cobertura de ESF.

A análise de instrumento de avaliação do instrumento COPAS permitiu a diversidade de uso de ferramenta para identificar um atributo da APS na região de fronteira do Mato Grosso do Sul em relação a capacidade de coordenação do cuidado e deve ser fortalecido na aplicação de recursos e reorganização da RAS. A mobilização dos trabalhadores de saúde para a avaliação é oportuna por suscitar a cultura de avaliação e a educação permanente em saúde, condições associadas ao desenvolvimento do trabalho, dos serviços, das redes e dos sistemas locais de saúde.

Entretanto, é uma importante contribuição na aplicação do instrumento COPAS, considerando a necessidade de aumentar a confiabilidade para uso deste questionário como ferramenta para avaliar a coordenação da RAS pela APS e validando as questões referente a população de fronteira relacionada a região de

saúde estudada. Também contribui para a verificação de associações de características sociodemográficas e sociais dos municípios.

Este estudo possibilitou uma fonte científica referente à utilização do instrumento COPAS, relacionado a uma região geográfica extensa e com presença de uma população flutuante influenciada por fluxos e movimentos migratórios, por características e desenho territorial marcado pela região de pantanal e fronteira. Assim, poderá ser fator de incentivo para aplicação de novas pesquisas neste contexto de território da APS para avaliação da RAS, reduzindo a fragmentação do sistema de saúde com a contribuição dos profissionais de saúde que atuam diretamente no atendimento a comunidade.

No entanto, a aplicação de outros instrumentos para incentivo ao desenvolvimento de resultados científicos pode contribuir para identificar outros aspectos da avaliação dos demais atributos nesta região, em especial ao momento de crescimento de produções científicas com diferentes abordagens, seja neste território estudado ou em outros territórios em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALELUIA I. R. S.; MEDINA. M. G.; ALMEIDA, P. F. VILASBOAS, A. L. Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, P. W.; ROMAY, G.; GOUVEA, M. Os desafios do sistema de governança da saúde global na pandemia Covid-19: Limitações atuais e possibilidades de reforma. **Revista Direito e Práxis, Ahead of print**, Rio de Janeiro, 2021.
- AIKES, S. RIZZOTTO, M. L. F. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. V. 29, n. 2, 2020.
- BORGES, J. P.A., LIMA, R.F., SANTOS, S. C. R. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde** [Internet]. 2021 [acesso em 23 de Março de 2022];10(2):e202113. Doi:10.18554/reas.v10i2.4238
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2(supl.), jun. 2019.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 6.634** de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88–93, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Secretaria de Atenção à Saúde. Maio/2020b. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: 17 de março 2022.

CORUMBÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2017-2021**. Corumbá: SMS, 2017.

CABRAL, D. S. Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da estratégia saúde da família. **Extraído da dissertação de Mestrado em Enfermagem, Unifal-MG**, Alfenas, 2018.

CABRAL, D. S. NASCIMENTO, M. C. MIRANDA, T. P. S. BITTENCOURT, F. SILVA, S. A. Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2020.

DONABEDIAN, A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Roma: Nuova Italia Scientifica. 1989.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1(spe), p. 208- 223, 2018.

FARIA, M. G. A, ACIOLI, S., GALLASCH C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da Estratégia de Saúde da Família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem em Foco**. 2016 ;7(1):52-5. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.667>

FERREIRA, J. E. S. M., OLIVEIRA, L. R., MARQUES, W. S., LIMA, T. S., BARBOSA, E. S., CASTRO, R. R., GUIMARÃES, J. M. X. Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Comunidade Informática Inovação Saúde**, 2020. out.-dez.;14(4):970-82.

FONTANA, K. C. LACERDA, J. T. MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica a Saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul-set, 2016.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n.1(spe), p. 81-99, set. 2018.

HOFFMANN, E. J.; LIMA, E. W. B.; BARBOSA, F. T. R. G.; PORTO, H. L. S.; CASTRO, K. D.; SANTANA, K. N. O.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. S. O funcionamento do sistema de governança das redes de atenção a saúde em Montes Claros, Minas Gerais – Brasil. **Revista Eletrônica Gestão em Saúde**. V. 03. N. 02, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Mato Grosso do Sul. 2021. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/corumba.html>. Acesso em: 28 agosto 2021.

LANDIM, E. L. A. S, GUIMAREÃES, M. C. L, PEREIRA, A. P. C. de M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão, Saúde debate, 2019.

LIMA, M. A. D. S. MARQUES, G. Q. DAMACENO, A. N. SANTOS, M. T. WITT, R. R. ACOSTA, A. M. Instrumento de avaliação de estruturação de redes de cuidados primários: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v.43, p. 299-311, dez. 2019.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; SILVA, M. M. A. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, 25(2):373-390, abr-jun 2016.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, dez-2015.

Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Ciências Saúde Coletiva, 2010; 15(5):2297-2305.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília (DF): **OPAS**;2011

MOCHIZUKE, K. C. Influência do atendimento em saúde à estrangeiros em uma cidade fronteiriça brasileira. Journal Health NPEPS. 2017; 2(1):241-253.

PAIXÃO T. M.; SOUSA A. L., SOUZA M. H. N., FARIAS S. N. P. Atenção primária e integração do cuidado. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2019.

PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L.; DUARTE, E.; PILATTI, L. A.; PICININ, C. T. Avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS: uma visão geral dos instrumentos Whoqol-HIV e Whoqol-HIV-Bref. **Conexões**, v. 10, n. 1, p. 50-69, maio 2012.

PENSO J. M.; PÉRICO, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; STROHSCHOEN, A. A. G. CARRENO, I. REMPEL, C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando instrumento PCATool Brasil. Revista brasileira de Medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro, 2017. 12 (39). [http://dx.doi.org/10+5712/rbmfc12\(39\)1212](http://dx.doi.org/10+5712/rbmfc12(39)1212).

PICCO, T. M.; BAGGIO, M. A.; HIRANO, A. R.; CALDEIRA, S. FERRARI, R. A. P. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. Escola Ana Nery, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-010>.

RODRIGUES, T. FONSECA R. O. Possibilidades de atendimento ao estrangeiro pelos ACS na região fronteira Corumbá, 2021.

RODRIGUES, L. B. B. Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I. 2013. p. 128. **Tese** (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

RODRIGUES, L. B. B.; SANTOS, C. B.; GOYATÁ, S. L. T.; POPOLIN, M. P. YAMAMURA, M. DEON, K. C. LAPÃO, L. M. V.; NETO, M. S. UCHOA, S. A. C.; ARCÊNCIO, R. A. Assessment of the coordination of integrated health services delivery networks by the primary health care: COPAS questionnaire validation in the Brazilian context. **BMC Family practice**, 2015.

SANTOS, A. M. GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2014.

SANTOS, S. L. V.; SANTOS, P. T. Tecnologias digitais da informação e comunicação na atenção primária à saúde: novidade para a enfermagem? **Revista eletrônica de Enfermagem**. V. 24, 2022.

SILVA, A. C. S.; SOARES, I. R. B.; CAMPOS, K. F. C.; CASTRO, M. C. S. A. Atenção Primária sob a ótica dos usuários do Sistema Único de Saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Sustinere**, v. 7, n. 1, p. 46-72, jan./jun. 2019.

TAMAKI, E. M.; FERRAZ, A. F.; PONTES, E. R. J. C.; CAZOLA, L. H. O.; AJALLA, M. E.; PICOLI, R. P.; FAVARO, T. R. O Projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul. In: SOUZA, M. L.; FERREIRA, L. A. P.; REZENDE, V. M.; BRANCO, M. L. **A saúde e a inclusão social nas Fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, p.177-208, 2008.

VIANA, A. L. d'A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; FILHO, A. N.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018.

VIDAL, T. B. TESSER, C. D. HARZHEIM, E. FONTANIVE, P. V. N. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, 2018.

SILVA, C. A. S., OLIVEIRA, M. A. M., JUNIOR, A. C. V. As políticas públicas de saúde e assistência social para imigrantes internacionais em Corumbá-MS: o caso do fluxo de haitianos nesta região de fronteira e a nova realidade. **Revista Geopantanal**, 2020. N. 29. P. 39-59.

SILVINO, M. A. OLIVEIRA, F. S. G. VIANNA, C. M. M. FRANÇA, T. CUNHA, G. N. Descrição da Rede de Atenção à Saúde para o Controle do Câncer em

Crianças e Adolescentes no Município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2020. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.306>

ZASLASKY, R. GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 12. [Acessado 7 de Março de 2022], pp. 3981-3986. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>. ISSN 1678-456. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>

5.2 ENSAIO TEMÁTICO

Direito à saúde e acesso a rede de atenção à saúde em região de fronteira Brasil/Bolívia

Resumo

Este ensaio tem como objetivo refletir sobre o direito à saúde na região de fronteira como um direito fundamental. A Atenção Primária é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). A literatura indica um processo de integração e regionalização ainda incipiente em alguns territórios. Para tanto há necessidade de fortalecimento do acesso aos serviços de saúde e integração com a rede. No que se refere ao direito a saúde, observa-se que na região transfronteiriça, como entre o Brasil e a Bolívia, as barreiras territoriais não são limites para as necessidades dos cidadãos que buscam os serviços de saúde. Conclui-se que as especificidades do território, inclusive da fronteira, devem compor estratégias que levem ao desenvolvimento de políticas e ações de cooperação internacional, em especial quando se trata da oferta de serviços, do financiamento e da gestão em saúde.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 regulamentou um serviço de saúde universal no Brasil, incluindo os princípios e diretrizes, dentre eles o direito de acesso a toda a população. A Lei n. 13.445/2017 assegurou ao migrante direto ao acesso aos serviços públicos de saúde, incluindo a utilização da rede dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988; 2017).

Para Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde é reconhecida como um direito humano e universal, desta forma deve ser priorizada no desenvolvimento de políticas públicas entre os países que garantam acesso e qualidade aos serviços ofertados, através de estratégias entre os gestores. No conceito de saúde como direito, o próprio termo semântico já envolve certa complexidade, sinônimo de justiça e inclusão de aspectos sociais e individuais (DALARI, 1988).

Nesta perspectiva os atendimentos realizados em regiões fronteiriças levam a provocação de reflexões para desenvolvimento de políticas públicas específicas de proteção social e direito à saúde (FACHINI, 2017). Assim, neste estudo será realizada uma reflexão para compreender como se efetiva à saúde nas fronteiras?

A definição de fronteira foi conceituada pelo Decreto nº. 85.064 de 26 de agosto de 1980 e regulamentada pela Lei nº. 6.634 de 2 de maio de 1979 como a faixa interna, com 44 municípios na faixa de fronteira do Mato Grosso do Sul, nos 150 quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre do território (BRASIL, 1979).

No Brasil, área de fronteira abrange 11 estados brasileiros, totalizando 588 municípios, com a estimativa populacional de dez milhões de habitantes. Destas, há 200 km de extensão com a Bolívia (sendo 150 km correspondem ao território brasileiro e os outros 50 km ao boliviano), situada no Arco Central (BRASIL, 2009).

Este ensaio teórico, produzido a partir de revisão seletiva da literatura, buscou refletir sobre o direito à saúde em regiões de fronteira, tomando o caso do Mato Grosso do Sul. Ele compõe iniciativa maior de avaliação da atenção primária em saúde da região fronteira Brasil/Bolívia sob a perspectiva do trabalhador local. Inicialmente, foi feita uma análise descritiva do tipo “análise comparada de sistemas” entre o sistema de saúde brasileiro e boliviano. A partir da realidade vivenciada por profissional em saúde foi possível aplicar um instrumento adaptado para o contexto da região e contextualizar a reflexão contribuindo para a prática em serviço.

Fronteiras internacionais no estado do Mato Grosso do Sul

No Estado do Mato Grosso do Sul há 12 municípios fronteiriços, sendo 11 fronteira com o Paraguai e apenas um município faz fronteira com a Bolívia, que é Corumbá. A região apresenta ainda uma característica com distribuição populacional em áreas de difícil acesso e grande parte de seu território ocupado pelo Pantanal e pelo Rio Paraguai (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

O município de Corumbá faz fronteira com a Bolívia, a partir das cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suarez, sendo 72,3% de sua área na faixa de fronteira e considerada cidade gêmea com Ladário. A região está localizada em área de fronteira seca, favorecendo o trânsito entre viajantes dos dois países e com fluxo intenso oriundo das relações sociais e de comércio. É considerada um espaço em movimento que vai além da perspectiva teórica (COSTA, 2018).

A concepção da palavra fronteira é polissêmica e todos os sentidos convergem para o local de vivência e relações entre os habitantes, demarcando as

diferenças reproduzidas pela economia, cultura e relações sociais. A área da saúde é mais destacada em virtude de sistemas de saúde coexistentes em cada país, como é o caso do Brasil e da Bolívia, em que este fator é atrativo para a mobilidade populacional fronteiriça. O Sistema Nacional de Saúde da Bolívia apresenta serviços públicos e privados, sendo que os serviços gratuitos são destinados apenas aos grupos mais vulneráveis (gestantes, crianças até 5 anos e idosos acima de 60 anos) (FERREIRA, MARIANI E BRATICEVIC, 2015).

Os serviços de saúde na Bolívia são distribuídos por níveis de atenção, sendo a porta de entrada a atenção básica. O processo de integração também apresenta várias dificuldades devido as ações seletivas e mal articuladas com outras ações da rede, sendo o sistema de saúde local e departamental mantidos fragmentados e limitados aos atendimentos da população considerada mais vulnerável. Apesar de todos os esforços para integração do sistema, o acesso integral ainda é considerado insuficiente aos níveis de atenção mais especializados e as condições econômicas da população (CONDE LÍA, 2017).

Além do interesse comercial que facilita o fluxo de migrantes na região de fronteira com a Bolívia com destino a São Paulo, há ainda outras regiões brasileiras que também têm grande movimentação de migrantes como Manaus/AM e Boa Vista/RR. Apesar disso, o Brasil não é caracterizado como país de interesse de migração mundial, mas os problemas de saúde de imigrantes já são temas de debates de políticas sociais de inclusão e exclusão plena os direitos (MARTIN, GOLDBERG E SILVEIRA 2018).

As ações de saúde pública na região de fronteira com a Bolívia vão além de barreiras sanitárias para as enfermidades, assistir ribeirinhos e indígenas ao longo do Rio Paraguai que envolvem a presença de várias instituições com integração de forças de trabalho. A área da saúde na região de fronteira com a Bolívia sob o ponto de vista da cooperação binacional é considerada a mais integrada, tendo em vista os esforços para realização das ações no combate a arboviroses. Os direitos universais, de vida e de saúde, entram em conflito com os limites orçamentários para ofertar serviços aos residentes desta região (COSTA, 2018).

Integralidade na atenção e condições de acesso à saúde na região de fronteiras

De acordo com Pereira (2018), a integralidade da saúde representa acesso aos serviços que vai além do atendimento médico e envolve complementariedade de ações de saúde desde a atenção primária até a mais especializada, incluindo promoção, prevenção e tratamentos mais complexos. Assim, o uso do SUS pelo residente fronteiriço envolve medidas administrativas com cooperação entre os dois países para garantir o acesso a saúde, de forma a compartilhar a gestão e o financiamento da região.

Foram vários avanços desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) para fortalecimento e ampliação da atenção básica (AB) no Brasil. Apesar destes avanços, a universalização deste modelo é o principal desafio da atenção básica no Brasil, garantir a integralidade do cuidado, equipes completas e distribuição no território. Os estudos avaliativos da AB permitem identificar as fortalezas e as fragilidades de modo a garantir o direito a saúde nas áreas onde estas estão implantadas (FACCHINNI, TOMASI E, DILÉLIO, 2018).

Em muitos casos para o atendimento a populações de difícil acesso são feitos arranjos de deslocamento que não necessariamente traduzem uma acessibilidade para estas áreas geográficas, onde são realizados atendimentos de forma itinerante, destinando os profissionais para atender os usuários mais próximos da sua moradia na APS. Entretanto, no que diz respeito ao acesso aos serviços complementares o mesmo não ocorre (GARNELO *et al.*, 2018).

Apesar dos municípios que pertencem à fronteira serem de locais diferentes tem como características comum, a demanda originada da população flutuante de estrangeiros, os déficits das contas públicas relacionadas aos atendimentos dos pacientes da fronteira, a dificuldade de profissionais, principalmente os especialistas. O financiamento de gastos com saúde específico para atender a população que reside em região de fronteira não há atualmente um programa brasileiro destinado a este custeio. Mas há atendimentos realizados na urgência e emergência que levam a sobrecarga do SUS que incluem mão de obra e déficits financeiros nas contas públicas (HORTELAN *et al.*, 2019).

No contexto do sistema de saúde brasileiro, o SUS apresenta um rol de serviços que abrange a maior parte da população, mas mantém acesso e cuidados limitados, especialmente aos mais vulneráveis. Compreende ainda, um modelo centrado em serviços de assistência especializada e hospitalar mal distribuídas entre as regiões de saúde. Neste sentido, a garantia do direito à saúde ainda apresenta

lacunas a serem preenchidas, pois a saúde como um direito humano requer investimentos em políticas promotoras de combate às desigualdades em todas as suas formas (SOUZA *et al.*, 2019).

Segundo o estudo de Paim (2019) ao revisar a literatura, no contexto das reformas setoriais de saúde no âmbito internacional e nacional, o sistema de saúde atual sofreu influências com o momento histórico vivido em cada etapa, levando a reflexões sobre a política de financiamento. Ao longo dos anos o desenvolvimento deste sistema contribuiu para redução das desigualdades de acesso aos serviços públicos e alcance de melhores resultados (PAIM, 2019).

A busca por acesso ao serviço de saúde brasileiro é conhecida nas regiões de fronteiras com o Peru e a Colômbia que apresentam um sistema de saúde privados gerando a sobrecarga tanto por brasileiros quanto por estrangeiros. Esta situação é semelhante na fronteira com a Bolívia, facilitada pelo acesso e fluxo intenso atribuído as fronteiras secas que facilitam a vinda dos cidadãos de outros países em busca de atendimento do SUS (HORTELAN *et al.*, 2019).

A rede de serviços integral é a melhor estratégia para coordenação do cuidado, envolvendo a melhoria do acesso e, conseqüentemente, a resolutividade da assistência. Somente o processo de integração de rede não é suficiente para mudar o modelo de atenção, mas envolve a capacidade de produção de saúde a serviço do SUS, a profissionalização da gestão, a regionalização e efetivação da gestão do trabalho e educação. Outro aspecto importante na integração da rede é o financiamento adequado para garantia da oferta de serviços atrelada a necessidade dos usuários (SOUZA *et al.*, 2019).

Acessibilidade está associada a entrada de pessoas ao serviço de saúde de acordo com a sua necessidade para alcance de melhor resultado, isto é resolutividade. Além das barreiras geográficas, econômicas, culturais e oferta dos serviços, a questão do acesso, outro conceito de Starfield, está relacionado ao local que os usuários buscam atendimento e adentram o sistema de saúde. Desta forma, a acessibilidade nas regiões de fronteira tem sido um desafio, pois os usuários percebem um acesso e a integração entre os demais componentes da rede ainda mais complexo (LIMA E TOSO, 2019).

A principal porta de entrada do SUS no Brasil é a Atenção Primária e a Unidade Básica de Saúde, o principal local onde o usuário realizam seu cadastro ao SUS e são encaminhados para os serviços especializados e hospitalar. No entanto,

quando se trata do direito do estrangeiro aos serviços públicos nem sempre responde as necessidades e expectativas destas pessoas. Assim, a garantia da saúde como direito humano está em contraste com a limitação de recursos financeiros para atender a demanda, levando a barreiras no acesso universal e integral à saúde (BOTH, 2019).

O SUS busca atender ao equilíbrio entre a oferta dos serviços e as necessidades dos usuários, de modo a elaborar estratégias que minimizem as barreiras de acesso tais como, acessibilidade, fragmentação dos serviços, descentralização e regionalização da rede de saúde. O modelo de atenção à saúde centrado no usuário foi adotado pelo SUS e enfrenta dificuldades, apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos (CHÁVEZ, 2020).

A busca pelos direitos sociais no fluxo transfronteiriço no Brasil está relacionada à busca pelos serviços públicos, em especial saúde e educação. Entre os gestores municipais há dois posicionamentos dentre os quais incluem, os que são atendimentos ao estrangeiro para preservação da vida e aqueles que devem ser restritos aos nacionais e restringem os mecanismos de controle na rede (AIKES, RIZZOTTO, 2020).

O acesso geográfico para o usuário é considerado importante para satisfação e influencia a busca de atendimento, acompanhamento e tratamento. Dentre os principais pontos de dificuldade, estão o agendamento das consultas, o acesso em agravamento de saúde e o tempo de espera para o atendimento (MELO *et al.*, 2021). Neste contexto, os profissionais de saúde também apresentaram menores resultados quando comparados aos profissionais das áreas urbanas, sendo necessárias aprofundar as motivações e causas para menor satisfação dos profissionais destas equipes para propor estratégias de melhorias.

De acordo com Ferla (2021), os avanços na cobertura de atenção básica proveram médicos para vários territórios que até então eram deficientes, especialmente em áreas de difícil acesso e remotas. As iniciativas de inclusão de áreas de maior dificuldade de fixação de médicos e demais profissionais de saúde, sobretudo no âmbito das especialidades, são muito importantes para o fortalecimento do SUS, trazendo avanços na integralidade de saúde para as diferentes localidades do país, como no caso do território Amazônico.

A definição de áreas rurais remotas é recente no país e esta discussão para políticas públicas ainda inicial, marcado pela presença de poucas pessoas,

isolamento geográfico e realidades específicas, como na Amazônia que apresenta a ESF como o principal e primeiro recurso para os primeiros cuidados em saúde. Assim, as características do território interferem na qualidade dos serviços da APS, já que quanto mais afastada e menos povoada, mais restrita a organização da APS (FAUSTO *et al.*, 2022).

Considerações finais

A definição do direito à saúde pode estar associada à ideia de realização de projeto de vida, elemento para desenvolvimento humano, condição para realização pessoal e estabelecimento de relações sociais. No Brasil, este direito é resultado de lutas históricas e movimentos sociais do cuidado com a vida, como estratégias políticas de cidadania (ARENHART *et al.*, 2022).

Este ensaio revela que há desafios para as equipes e gestão nas regiões de fronteira para manter o direito a saúde e acesso universal aos SUS apesar das características do território que envolve fronteira, regiões alagadas, rurais e vulneráveis. É preciso estabelecer estratégias com a comunidade, apoiado nos valores da cultura e outros elementos que contribuem para efetivação da APS, ordenadora de cuidados contínuos e com uma rede fortalecida e integrada.

Quando se trata de áreas específicas com territórios marcados por questões tão importantes que envolve deslocamento, população flutuante, dentre outros desafios frente ao que o SUS enfrenta rotineiramente, o enfrentamento vai além da capacidade de gestão local e do setor saúde, mas envolve debates de políticas públicas ampliadas.

Ainda há outras reflexões a serem feitas quando se trata do direito a saúde na região de fronteira que podem ser exploradas e contribuir para melhoria do acesso, fortalecimento do SUS e ampliação dos incentivos financeiros para evitar a sobrecarga dos serviços mais influenciados pela realidade do território. Além disso, também colaborar para inovações de tecnologias e ampliação de cobertura de atenção primárias nas regiões de difícil acesso.

REFERÊNCIAS

ARENHART, C. G. M., RIZZOTTO, M. L. F., MELARA, M., CARRIJO, A.R. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional, *Ciência e Saúde Coletiva*. [periódico na internet] (2022/Jun). [Citado em 21/07/2022]. **Está disponível em:** <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/representacoes-sociais-do-direito-a-saude-na-fronteira-trinacional/18405?id=18405&id=1840>

AIKES, S. RIZZOTTO, L. F. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul, *Saúde Soc. São Paulo*, v.29, n.2, e180196, 2020
BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 6.634** de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88–93, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Secretaria de Atenção à Saúde. Maio/2020b. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: 17 de março 2022.

BOTH, T. S. P.; Acompanhamento pré-natal no Sistema Único de saúde na fronteira Brasil-Paraguai, percepções das gestantes sobre oferta, acesso e adesão. Extraído da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da UFMS, Campo Grande, 2019.

BORGES, J. P.A., LIMA, R.F., SANTOS, S. C. R. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde** [Internet]. 2021 [acesso em 23 de Março de 2022];10(2):e202113. Doi:10.18554/reas.v10i2.4238

CHÁVEZ, G. M. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery [online]. 2020, v. 24, n. 4 [Acessado 27 Julho 2022] , e20190331. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>>. Epub 17 Jul 2020. ISSN 2177-9465.

CONDE L., HANSS, F., CABALLER, T. Situación del Primer Nivel de Salud como puerta de entrada de la Red Integral de Servicios de Salud – REFISS - Norte Central. La Paz-Bolivia, 2017. (umsa.bo)

COSTA, G. V. L., Governamentalidade e Soberania na Fronteira Brasil-Bolívia: Segurança Nacional e Saúde Pública como Dispositivos de Poder, – *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 61, no 2, 2018, pp. 373 a 404

DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública* [online]. 1988, v. 22, n. 1 [Acessado 27 Julho 2022] , pp. 57-63. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000100008>>. Epub 02 Dez 2004. ISSN 1518-8787.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1(spe), p. 208- 223, 2018.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivos. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94, 2021. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022>. Acesso em: 18 ago. 2022

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n.1(spe), p. 81-99, set. 2018.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: um caminho na garantia da integralidade de atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração Pública**, v.2, n.1, p.12-26, jan./dez. 2017.

HORTELAN, M. . Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2019, v. 32, n. 2 [Acessado 21 Julho 2022] , pp. 229-236. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>>. Epub 10 Jun 2019. ISSN 1982-0194.

HORTELAN, M. S.; ALMEIDA, M. L.; FUMINCELLI, L.; ZILLY, A.; NIHEI, O. K.; PERES, A. M. A.; SOBRINHO, R. A.; PEREIRA, P. E. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 229-236, mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Mato Grosso do Sul. 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/corumba.html>. Acesso em: 31 maio 2020.

LIMA, L. T. P.; TOSO, B. R. G. O. Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 13-20, jul. 2019.

SOUZA, E. P. F., SILVA, A. G., PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F. BAHIA, L., GUIMARÃES, R., ALMEIDA FILHO, N. MACHADO, C.V., CAMPOS, G. W. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8):2783-2792, 2019

SCHWICKARDT, J. C. LIMA, R.T. S., FERLA, AL. A. Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, respondeu a seu objetivo de categorizar os médicos e enfermeiros sociodemograficamente da região de fronteira do Brasil/ Bolívia e suas correlações com a avaliação da coordenação da APS e comparando também com variáveis de IDH e cobertura.na pandemia da covid-19 e colaborou com a identificação das características dos seus profissionais na região de fronteira.

Também correlacionou a avaliação da RAS a partir da realidade vivenciada pelos participantes, demonstrando que atualmente a avaliação é considerada boa de forma geral para a macrorregião região fronteira de saúde do Mato Grosso do Sul.

O principal atributo desta análise está relacionado a coordenação do cuidado pela APS, considerando que ela é responsável pela integração com os demais pontos de atenção e, no caso da região de fronteira, apresenta característica específica que possivelmente são influenciadas na avaliação geral da rede e a resolutividade do cuidado prestado para sua população.

A partir do resultado da avaliação aplicada é possível inferir que o processo de regionalização no Mato Grosso do Sul ainda encontra entraves e torna-se frágil em especial nas regiões isoladas, de difícil acesso e fronteira. É importante estimular o debate político humanitário com negociação internacional e participação efetiva dos entes federados, principalmente dos gestores locais que representam a realidade regional.

Esta dissertação também contribui com o desenvolvimento científico e social da região fronteira Brasil-Bolívia, ainda pouco estudada, servindo também de disparadora para estudos futuros com outras metodologias que contribuam para a atenção à saúde da Macrorregião estudada.

7 RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo apontam deficiências que aperfeiçoadas, implementadas e intensificadas no contexto de sistemas de apoio na RAS de Corumbá e Ladário. Além disso, os demais sistemas da APS também podem ser fortalecidos para melhorar a integração dos serviços. Para tanto, algumas iniciativas podem ser recomendadas, como:

- Qualificação dos profissionais de saúde da APS em relação a integração da RAS com os serviços especializados;
- Sensibilização dos profissionais de saúde responsáveis no registro do sistema de informação e nos dados de monitoramento;
- Fortalecimento da Rede por ciclo de vida nos municípios, estabelecendo uma linha de cuidado em cada um de forma efetiva;
- Sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da integração dos serviços a partir da coordenação de cuidado pela APS, melhoram a resolutividade e aplicação de recursos e subsidiando o planejamento.
- Conscientização dos gestores municipais de saúde quanto ao fortalecimento dos sistemas de apoio para melhorar a RAS através do Planejamento de prioridade das fraquezas;
- EPS e Apoio para a produção de redes de atenção.
- Implantação de Políticas Públicas de Saúde específicas para as áreas de fronteira, incluindo a implementação de acordos bilaterais com a participação direta dos municípios dos países na linha de fronteira

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1spe, p. 244-260, set. 2018.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v.26, n.2, p.424-434, jun. 2017.
- AZEVEDO, S. T. O Transfronteiriço e o atendimento público de saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Revista Perspectiva Geográfica**, v.7, n.8, 2012.
- BOTH, T. S. P.; Acompanhamento pré-natal no Sistema Único de saúde na fronteira Brasil-Paraguai, percepções das gestantes sobre oferta, acesso e adesão. Extraído da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da UFMS, Campo Grande, 2019.
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2(suppl.), jun. 2019.
- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 6.634** de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Projetos Regionais. **Faixa de Fronteira**. Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDF. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88–93, 2010.
- BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Decreto nº 7508**, de 29 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 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 à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, seção 1, p.1, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436/GM** de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação No. 6** de 28 de Setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília – DF, seção suplemento, p.569. out, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação No. 2** de 28 de Setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília – DF, seção suplemento, p.569. out, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-Gestor AB: **Informação e Gestão da AB**. Departamento de Atenção Básica. Maio/2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.x>. Acesso em: 31 maio 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Secretaria de Atenção à Saúde. Maio/2020b. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: 31 maio 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica 2020c**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 31 maio 2020c.

CAZOLA, L. H. O.; PÍCOLI, R. P.; TAMAKI, E. M.; PONTES, E. R. J. C.; AJALLA, M. E. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 3, p.185–190, 2011.

CORUMBÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2017-2021**. Corumbá: SMS, 2017.

CORUMBÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Corumbá: SMS, 2021.

CABRAL, D. S. Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família. p. 96, 2018. **Tese (Mestrado)** – Universidade Federal de Alfenas, MG.

COSTA, E. M. S.; COSTA, E. A.; CUNHA, R. V. Desafios da prevenção e controle da dengue na fronteira Brasil/Bolívia: representações sociais de gestores e profissionais da saúde. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 28. 2018.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-18, jan./dez. 2017.

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc.saúde coletiva*. 2006 Sep; 11(3): 705-711. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en. Acesso em: 24/05/2020.

DAMACENO A. N.; LIMA, M. A. D. S.; PUCCI, V. R.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2019.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920**. Washington: OPS, 1964. (Publicación Científica n. 93).

DONABEDIAN, A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Roma: Nuova Italia Scientifica. 1989.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1(spe), p. 208- 223, 2018.

FACHINNI, Luiz Augusto. **Aula Inaugural Mestrado Profissional em Saúde da Família: A Atenção Primária à Saúde como modelagem prioritária para reorganizar o SUS e suas diferentes aproximações avaliativas**. [S.l.]: Canal PPGSF UFMS, YouTube, 8 mar. 2022. 1 video (127min). Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=pG9tYpNa3Mo>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

Ferla, A. A. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: Akerman M et al (org). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. (Série “Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS”). Pág. 94-122.

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1137-1150, dez. 2015.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, v.2(suppl), p.S214-S226, 2007.

GARNELO, L. LIMA, J. G. ROCHA, E. S. C. HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 23 de Março 2022], pp. 81-99. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L.; NOGUEIRA, V. M. R.; LOBATO, L. V. C.; DAMACENA, G. N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos Saúde de Pública**, v.23, n. 2 (suppl.), p. S251-S266, 2007.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, A. A.; SILVA, J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde e Debate**, v. 41, n. 114. p. 741-752, jul./set. 2017.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: um caminho na garantia da integralidade de atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração Pública**, v.2, n.1, p.12-26, jan./dez. 2017.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2(suppl.), 2004.

HORTELAN, M. S.; ALMEIDA, M. L.; FUMINCELLI, L.; ZILLY, A.; NIHEI, O. K.; PERES, A. M. A.; SOBRINHO, R. A.; PEREIRA, P. E. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 229-236, mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Mato Grosso do Sul. 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/corumba.html>. Acesso em: 31 maio 2020.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S. de; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 948-961, dez. 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LIMA, L. T. P.; TOSO, B. R. G. O. Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 13-20, jul. 2019.

LIMA, M. A. D. S. MARQUES, G. Q. DAMACENO, A. N. SANTOS, M. T. WITT, R. R. ACOSTA, A. M. Instrumento de avaliação de estruturação de redes de cuidados primários: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v.43, p. 299-311, dez. 2019.

LAPÃO, L. V.; ARCÊNIO, R. A.; POPOLIN, M. P.; RODRIGUES, L. B. B. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 3.

MARQUES, A. M. Mobilidade, acesso a saúde e espaço de fronteira: o caso de Corumbá-MS, Puerto Quijarro e Puerto Suarez- Bolívia. p. 174. 2012. **Tese** (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280929>. Acesso em 1 ago. 2020.

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

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução n 90/SES/MS** de 11 de novembro de 2014, que aprova alterações no Plano Diretor de Regionalização/ PDR de Mato Grosso do Sul 2012/2013. Campo Grande, 2014.

MATO GROSSO DO SUL. Resolução N. 49/SES/MS, de 25 de maio de 2012. **Diário Oficial Estado de Mato Grosso do Sul**, Ano XXXIV, n. 8200, Campo Grande, MS, 28 maio 2012. p. 09-12.

MATO GROSSO DO SUL. Resolução N. 76/CIB/SES/MS, de 11 de Dezembro de 2018. **Diário Oficial Estado de Mato Grosso do Sul**, Ano XLI, n. 9.824, Campo Grande, MS, 18 de Janeiro maio 2019. p. 05-11.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Campo Grande: SES, 2015.

MOCHIZUKE, K. C. Influência do atendimento em saúde à estrangeiros em uma cidade fronteira brasileira. **Journal Health NPEPS**. 2017; 2(1):241-253

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**: atenção primária em saúde: agora mais que nunca. Cidade: editora, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp, p. 158-164, set. 2013.

PEDROSO, B. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS: Uma visão geral dos instrumentos WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-BREF. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas*, v. 10, n. 1, p. 50–69, 2012.

PEITER, C. C.; SANTOS, J. L. G.; LANZONI, G. M. M.; MELLO, A. L. S. F.; COSTA, M. F. B. N. A.; ANDRADE, S. R. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1: e20180214, jan. 2019.

PICCO, T. M. BAGGIO, M. A. HIRANO, A. R. CALDEIRA, S. FERRARI, R. A. P. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira Artigo extraído da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva em Região de Fronteira - Continuidade da atenção à criança na atenção básica à saúde em região de fronteira - de Taigra Morgana Picco, orientada pela Dra. Maria Aparecida Baggio. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Ano 2019. **Escola Anna Nery** [online]. 2022, v. 26 [Acessado 7 Março 2022], e20210104. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>>. Epub 07 Jan 2022. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>.

PINTO JÚNIOR, E. P.; CAVALCANTE, J. L. M.; SOUSA, R. A.; MORAES, A. P. P.; SILVA, M. G. C. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 268-278, jan./mar. 2015.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017.

REIS, A. A.; C.SOTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. S. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p.1045-1054, abr. 2017.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 95-110, jun. 2019.

RODRIGUES, L. B. B. Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I. 2013. p. 128. **Tese** (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

RODRIGUES, L. B. B.; SANTOS, C. B.; GOYATÁ, S. L. T.; POPOLIN, M. P. YAMAMURA, M. DEON, K. C. LAPÃO, L. M. V.; NETO, M. S. UCHOA, S. A. C.; ARCÊNCIO, R. A. Assessment of the coordination of integrated health service delivery networks by the primary health care: COPAS questionnaire validation in the Brazilian context. **BMC Family practice**, 2015.

SELLERA, P. E. G.; PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L.; RAMOS, L. G.; MARTINS, C.; D'ÁVILA, O. P. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401-1411, abr. 2020.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelos e diretrizes. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. p. 69-85.

SILVA, J. A. OLIVEIRA NETO, A. F. MARIANI, M. A. P. Reflexões sobre o acesso à saúde na fronteira Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO). **Revista GeoPantanal**, v. 12, n. esp., p. 79-95, set. 2017.

SILVA, L. L. S. As condições espaços-temporais das fronteiras dos Estados. **Geosul**, v. 33, n. 68, p. 313-334, set./dez. 2018.

SILVA, A. C. S.; SOARES, I. R. B.; CAMPOS, K. F. C.; CASTRO, M. C. S. A. Atenção Primária sob a ótica dos usuários do Sistema Único de Saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Sustinere**, v. 7, n. 1, p. 46-72, jan./jun. 2019.

SOUSA, F. D. T.; SOUSA, A. L. P. M. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 01, p. 57-75, nov. 2018.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, M. N. C.; GUIRARDELLO, E. B; Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia em Serviço de Saúde*, Brasília, 26(3):649-659, jul-set 2017.

SUDERLAN, S. L.; MONTEIRO, P. S. Avaliação da coordenação da Atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, p. 65-69, 2017.

TAMAKI, E. M.; FERRAZ, A. F.; PONTES, E. R. J. C.; CAZOLA, L. H. O.; AJALLA, M. E.; PICOLI, R. P.; FAVARO, T. R. O Projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul. In: SOUZA, M. L.; FERREIRA, L. A. P.; REZENDE, V. M.; BRANCO, M. L. **A saúde e a inclusão social nas Fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, p.177-208, 2008.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927-934, out./dez. 2011.

TOFANI, L. F. N. FURTADO, L. A. C.; GUIMARÃES, C. F.; FELICIANO, D. G. C. F.; SILVA, G. R.; BRAGAGNOLO, L. M.; ANDREAZZA, R. CHIORO, A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 10 [Acessado 23 Março 2022] , pp. 4769-4782. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>.

VIANA, A. L. d'A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; FILHO, A. N.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018.

VIEIRA, E. W.; GAZZINELLI, A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 448-461, jun. 2017.

ZASLASKY, R.; GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 12. [Acessado 7 de Março de 2022], pp. 3981-3986. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>. ISSN 1678-456. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>

ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA (COPAS)

Olá, gostaria que você respondesse algumas questões sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). Por favor, responda todas as questões se você puder.

Pense no seu trabalho quando estiver respondendo as questões.

Escolha as respostas que mais se enquadre e marque o item aprovado.

Escolha apenas uma resposta por questão.

Se você concorda que há uma população definida sob sua responsabilidade das equipes de APS, você marcará a opção como mostrada neste exemplo:

A – POPULAÇÃO					
1. Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO (X)	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

A. DADOS IDENTIFICAÇÃO	
DATA: / /	HORÁRIO:
MUNICÍPIO:	início: término:
NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:	

C. CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA
1. Categoria Profissional:
2. Data de Nascimento: / /
3. Sexo: () masculino () feminino
4. Tempo (anos) de serviço na Estratégia de Saúde da Família:
5. Possui Especialização em: () Saúde da Família () Saúde Pública () outro. Qual?

B – POPULAÇÃO					
1. Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS)	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
2. Os profissionais da APS não buscam saber sobre as necessidades de saúde da população que está sob seus cuidados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

3. Tudo que é feito na APS está de acordo com o que a população necessita	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
4. A APS está dividida em área e microáreas com uma população definida	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
5. A APS possui formulário/ sistema de informação que controla e organiza os atendimentos de saúde da população no município e região	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
6. Este formulário/ sistema de informação considera a realidade e problemas da população	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
7. Todas as demandas para especialistas efetuadas pela APS são atendidas e a equipe conhece os serviços	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
8. Todas as demandas de internação hospitalar efetuadas pela APS são atendidas e a equipe conhece os serviços.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
9. As pessoas e famílias que estão sob os cuidados da APS estão cadastradas na unidade.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
10. O cadastramento da população na APS não é feito pela família	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
11. As famílias estão classificadas de acordo com as condições sociais.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
12. A população não está classificada pelo sexo, idade e outros.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
13. A população está classificada de acordo com os fatores de risco e adoecimento.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
14. A população está classificada na APS de acordo com o seu diagnóstico médico.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
POPULAÇÃO DE FRONTEIRA					
1. A população do país vizinho é atendida na APS?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
2. Frequentemente há usuários com documentos de identificação do país vizinho para atendimento na APS?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

3. A população do país vizinho possui cadastro para atendimento na RAS?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
---	----------------------------------	-----------------------	--	-----------------------	----------------------------------

C – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE					
15. A equipe da APS não tem responsabilidades pela população que está sob seus cuidados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
16. Há uma equipe multidisciplinar com responsabilidades claras de cada membro na APS	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
17. As responsabilidades da equipe multidisciplinar da APS para atendimento dos diferentes problemas de saúde são definidos a partir de normas específicas do município.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
18. O encaminhamento da APS é necessário para ter acesso aos outros níveis de atenção à saúde.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
19. Não há incentivos para os usuários adotarem a APS como porta de entrada.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde estão claramente definidas.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
21. A APS possui sistema de informação ineficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
22. Não há uma boa interação entre as equipes da APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
23. Há vínculo entre as equipes da APS e os usuários e suas famílias	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
24. A APS está organizada para prestar os cuidados aos usuários que apresentam condições agudas de acordo com um sistema de classificação de riscos das urgências e emergências	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
25. A APS está organizada para prestar os cuidados as mulheres e crianças, segundo normas específicas do município.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
26. A APS está organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo normas específicas do município.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
27. A APS não está organizada para prestar os cuidados aos usuários que apresentam condições crônicas como hipertensão e doenças cardiovasculares, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, HIV/AIDS, doenças respiratórias crônicas,	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

doenças renais e doenças bucais, segundo normas específicas do município.					
28. A APS está organizada para fixar o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e idosos, segundo normas específicas do município.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
29. O prontuário do usuário utilizado na APS está organizado por família	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
30. As equipes da APS utiliza rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, outros)	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
31. As equipes da APS não estão articuladas com as organizações de bairros, religiosas, etc.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
32. Os ACS estão capacitados para articular as equipes com as organizações de bairro, religiosas, etc.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
33. Há um conselho de bairro que acompanha e fiscaliza a APS.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
ATENÇÃO PRIMARIA E FRONTEIRA					
3. A equipe da APS realiza encaminhamento para população do país vizinho para atendimento das especialidades?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
4. A APS tem responsabilidade na assistência inclusive dos cuidados com os usuários do país vizinho?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

D – SISTEMAS DE APOIO					
34. A farmácia da APS consta com medicamentos definidos a partir de normas específicas do município	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
35. A farmácia da APS dispõe de medicamentos relacionados aos problemas de saúde da população que está sob seus cuidados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
36. A farmácia da APS não dispõe de formulários/ sistemas de informações para solicitação de medicamentos e produtos farmacêutico a uma Central	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
37. A farmácia da APS armazena os medicamentos e produtos farmacêuticos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
38. A farmácia da APS contempla os mecanismos para distribuição controlada dos medicamentos e produtos farmacêuticos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
39. A farmácia da APS identifica, mede e compara os custos e os resultados utilizados dos medicamentos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
40. A farmácia da APS não utiliza material educativos que contém informações sobre a	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

finalidade, efeitos colaterais e contra indicação de medicamentos essenciais da APS			DISCORDO ()		
41. A farmácia da APS orienta os usuários quanto aos medicamentos utilizados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
42. A farmácia da APS dispõe de recursos para avaliação da interação entre medicamentos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
43. A farmácia da APS realiza avaliações de adesão dos usuários aos tratamentos medicamentosos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
44. A farmácia da APS tem conhecimento para identificar e prevenir os efeitos colaterais dos medicamentos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
45. Não há um sistema de apoio a APS que realiza exames como: raio X, ultrassom, mamografia e outros, de qualidade e em qualidade suficiente para atender a demanda	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
46. Há normas específicas do município que orientam a indicação dos exames como raio X, ultrassom, mamografia e outros e sua interpretação	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
47. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas cuja coleta das amostras está nas unidades da APS e o processamento do material aos laboratórios de referência	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
48. Há normas específicas do município que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e análise de seus resultados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
SISTEMA DE APOIO E FRONTEIRA					
5. A farmácia da APS oferta medicamentos mesmo de prescrição médica de profissionais ou usuários do país vizinho?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
6. Há oferta de sistemas de apoio na realização de exames suficiente para atender inclusive o país vizinho?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

E –SISTEMA LOGÍSTICO					
49. Não há um sistema de informação na APS que integra as informações epidemiológica e gerenciais	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
50. Há um sistema de informação que incorpora toda a população cadastrada na APS e classifica em subpopulações por riscos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
51. Há um cartão específico da APS para identificar o usuário, família, micro área quando eles se apresentam a unidade de saúde	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

52. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado em todos os serviços públicos de saúde do município	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
53. Esse prontuário familiar eletrônico único integra as informações de todos os serviços públicos de saúde do município	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
54. O prontuário familiar eletrônico não permite a emissão de receitas eletrônicas	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
55. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar respostas relativas as situações de saúde da população sob cuidados da APS	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
56. E equipe da APS agenda diariamente consultas e exames nos serviços especializados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
57. A equipe da APS agenda diariamente os atendimentos hospitalares que não são de urgência e emergência	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
58. A equipe da APS agenda diariamente alguns exames de análise clínicas, imagem, patologia clínica	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
59. Não há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente que se articula com a APS	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
60. Há um sistema de transporte que dá apoio a APS, no deslocamento dos usuários para os serviços especializados, laboratoriais, hospitais e outros.	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
61. O transporte utilizado para urgência e emergência é adequado conforme a necessidade do paciente	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
62. Não há veículos adequados para transportar usuários nas consultas de agendadas	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
63. Há veículos adequados para o transporte de amostras de exames de análises clínicas	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
64. Os resíduos (lixo) de saúde da APS são transportados em veículos adequados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
SISTEMA LOGÍSTICO					
7. Há um sistema de informação que admite registro para população do país vizinho que busca atendimento na APS?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
8. Os agendamentos realizados diariamente para consultas especializadas, exames, transporte sanitário também podem ser realizados para população do país vizinho?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

F – SISTEMA DE GOVERNAÇÃO					
65. Há uma política de valorização da APS pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários para o seu uso e acesso aos demais níveis de atenção à saúde	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
66. A organização da APS tem ocorrido com a participação ativa do secretário de saúde, trabalhadores e usuários	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
67. A equipe da APS não está organizada para planejar as ações, considerando os problemas da população que está sob seus cuidados	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
68. A missão, visão e os valores da APS são estabelecidos, conhecidos e compartilhados pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
69. Há um sistema que monitora e avalia a APS	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
70. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
71. Não há um sistema de avaliação para certificar se os serviços prestados pela APS estão dentro dos padrões de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
72. Há profissionais terceirizados na APS	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
73. Os profissionais atuam conforme os objetivos da APS (promoção, prevenção, reabilitação, tratamento, diagnóstico, e educação) e são incentivados para tal	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
74. Os gerentes da APS, dos serviços especializados e hospital não conhecem e não aderem os objetivos da APS	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
75. A APS utiliza de todos os seus recursos materiais, humanos e financeiros para atendimento aos usuários para de encaminhá-lo a outros serviços	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
76. Os incentivos financeiros para os serviços de APS estão de acordo com os seus objetivos	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
77. O posicionamento dos prestadores de serviços terceirizados (laboratórios, hospitais e clínicas) se dá através do orçamento do município	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
78. As equipes da APS não são consultadas sobre prioridades da sua área para aplicação dos recursos financeiros	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
SISTEMA DE GOVERNANÇA					
9. O planejamento da APS leva em consideração os atendimentos realizados para população do país vizinho?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()
10. A APS tem recursos suficientes para atender a população tanto da região quanto de outros países?	a. DISCORDO TOTALMENTE ()	b. DISCORDO ()	c. NÃO CONCORDO NEM DISCORDO ()	d. CONCORDO ()	e. CONCORDO TOTALMENTE ()

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DE SAÚDE

Os profissionais de saúde do seu município estarão sendo convidados a participar da pesquisa: **“CAPACIDADE DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA REGIÃO DE FRONTEIRA: repercussão na integração da rede”**. Para tanto, precisamos de sua permissão para obter informações referentes ao processo de trabalho dos profissionais responsáveis, médicos e enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e, também, da Atenção Primária à Saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar a capacidade de coordenação do cuidado pela APS e sua integração com a RAS sob a perspectiva de seus profissionais em uma Região de saúde fronteira, no período de 2020-2021, na região de Corumbá.

Caso seja permitida a realização desta pesquisa em seu município, seu nome e identidade, bem como os nomes e identidades dos profissionais serão mantidos em sigilo e não haverá nenhum prejuízo.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de artigos científicos e de apresentações em reuniões específicas, com intuito de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, principalmente, Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado na região de fronteira Brasil/ Bolívia.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 3231-3541, (67) 99913-3535, Tatiana da Silva Santos Mattos.

Declaro que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo pesquisador e que autorizo a realização deste estudo com as Equipes de Saúde da Família existentes neste município.

_____-MS, ____ de outubro de 2020.

Assinatura do Gestor (a)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado(a) a participar, voluntariamente, de 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 por Tatiana da Silva Santos Mattos, enfermeira, lotada regularmente na secretaria municipal de saúde de Corumbá.

O objetivo deste estudo é avaliar a capacidade de coordenação do cuidado pela APS e sua integração com a RAS sob a perspectiva de seus profissionais em uma Região de saúde fronteira, no período de 2020-2021, na região de Corumbá.

Para isso, serão coletadas informações por meio de um questionário que será aplicado pelo próprio pesquisador.

Caso concorde em participar, será garantido o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas, sendo que estas informações serão utilizadas apenas com o objetivo deste estudo. Se não se sentir à vontade em relação a alguma questão, poderá deixar de responder e não há previsão de desconforto e risco quanto a sua participação, que não será remunerada, nem acarretará em despesas financeiras de sua parte. Você poderá escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento e receberá uma via assinada deste termo de consentimento, elaborado em duas (2) vias.

Para a realização das entrevistas serão incluídos os profissionais que possuem mais de seis meses de experiência, pois se considera necessário um tempo mínimo de atuação nos serviços. Serão excluídos, aqueles que no momento da coleta de dados estiverem de férias ou afastados por qualquer outro motivo.

O pesquisador se compromete perante os entrevistados a prestar quaisquer esclarecimentos em relação à pesquisa que eventualmente possam surgir antes, durante e após a entrevista, estando à disposição a qualquer hora nos telefones: (67) 3231-5341 ou (67) 99913-3535, endereço comercial Avenida Gabriel Vandoni de Barros, n 01, bairro Dom Bosco na cidade de Corumbá – MS ou se você ainda julgar necessário, o Comitê de Ética da UFMS também está à sua disposição através do telefone (67) 3345-7187 ou pelo email cepconeppropp@ufms.br.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

Abaixo os itens do direito:

- É garantido a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou constrangimento;
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outro voluntários, não sendo divulgado a identificação do participante;
- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- Não há despesas pessoais para o participante ou qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

Declaro que li ou que foram lidas para mim e entendido das as informações referentes a esta pesquisa e concordo em participar voluntariamente, respondendo às perguntas realizadas. Estão esclarecidos para mim os propósitos deste estudo, os procedimentos realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade os esclarecimentos permanentes. Ficou claro pra mim que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e que poderei retirar meu consentimento em qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante _____ data ____/____/____

Assinatura do pesquisador _____ data ____/____/____