UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JOSUÉ SOUZA GLERIANO

Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso – MT

RIBEIRÃO PRETO
2021

JOSUÉ SOUZA GLERIANO

Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso – MT

Versão Original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Gestão e gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Ribeirão Preto

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais

no estado de Mato Grosso – MT

GLERIANO, Josué Souza
Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso – MT. Ribeirão Preto, 2021.
292 p. : il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Prof.ª Dr.ª Lucieli Dias Pedreschi Chaves

1. Avaliação em saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Assistência integral à saúde. 5. Hepatites virais.

GLERIANO, J. S. **Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso – MT**. 2021, 292 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento: _____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe Maria e minhas irmãs Alessandra e Suzana.

Aos gestores e aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos que estão envolvidos na consolidação do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.

Aos usuários do SUS, que são fonte de inspiração para qualificação contínua do sistema de saúde na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade da atenção, respaldado em uma política de proteção social.

Em especial ao meu avô Caetano (*in memoriam*), meu pai Rodolfo (in memoriam) e minha tia Alzira (*in memoriam*), usuários do SUS que tiveram acesso garantido, mas que presenciaram, em suas trajetórias assistenciais, o quanto ainda precisamos avançar na qualidade da resposta do sistema de saúde.

Às vítimas da pandemia por COVID-19 que amplificaram ainda mais a necessidade de avolumar a luta em defesa de sistemas universais de saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pelas oportunidades proporcionadas para o aperfeiçoamento enquanto profissional, mas sobretudo como ser humano.

A minha mãe Maria Aparecida Pereira de Souza Gleriano, carinhosamente chamada de Cidinha, fonte de inspiração pela dedicação, luta e garra em prover o melhor para seus filhos. Certamente, “Maria, Maria, é um dom, uma certa magia; Uma força que nos alerta; Uma mulher que merece viver e amar. Como outra qualquer do planeta”. *(*NASCIMENTO; BRANT, 1978)

Ao meu pai Rodolfo Gleriano (*in memoriam*), que me proporcionou aprender sobre o valor da responsabilidade, da palavra de um homem e da grandiosidade de honrar com seus compromissos. O percurso do doutorado foi mesclado com o seu cuidado, desde o dia 08 de janeiro de 2019 até o seu falecimento em 12 de junho de 2020, concedeu-me uns dos mais desafiadores compromissos, o de ser filho e enfermeiro no processo de cuidar. Também com a partida do vô Caetano Gleriano (*in memoriam*), em 22 de janeiro de 2020, refleti o quanto me ensinou a ser forte. A despedida da minha querida tia Alzira Pereira de Souza, “Tita”, (*in memoriam*), em 09 de junho 2021, somou juntamente as outras perdas à necessidade de revisitar aspectos que fundamentam a proposta de um sistema universal de saúde e minha responsabilidade enquanto formador de recursos humanos em saúde. Foram muitas perdas que me fizeram ser ainda mais forte, em minha fragilidade. Manter o compromisso de entrega desta tese é a resposta da força que foi moldada no “seio da minha família”.

As minhas irmãs Suzana (Su) e Alessandra (Lelê), pelo incentivo aos meus projetos, pelo carinho em me auxiliar a seguir em frente, diante das grandes mudanças que sempre proponho. Pelo colo, abraços e palavras que sustentaram em dias tão turbulentos. Aos meus cunhados, Igor e Alexandre, pelo apoio durante esse período. Aos familiares que acompanharam e apoiaram esse processo da pós-graduação.

A Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves, orientadora desta tese, e de muitas outras páginas materiais, mas também imateriais. Sou grato pela oportunidade, acolhida e compreensão que oportunizou desenhar uma obra de desenvolvimento profissional e pessoal, marcada por amor, carinho, ética, compromisso profissional e humanismo. Para além das páginas desta tese, existe um livro vivo de muitas

narrativas registradas no meu coração. Certamente nada é por acaso! Muito obrigado por tudo!

Aos pós-graduandos da sala 71, que juntos vivemos momentos de muito aprendizado, trabalho, parcerias e risadas. Verônica, Elton, Larissa, Márcia, Camila, Mayra, Wanderson e, em especial a Gisele pela amizade e companheirismo nos trabalhos, meu muito obrigado.

À Profa. Dra. Silvia Helena Henriques, companheira da sala 71, que contribuiu para inúmeras reflexões, meu obrigado.

Ao grupo “os melhores do rolê”, encabeçado pelo Vitor e Carla, em que se somam a Belisa, Aline, Laelson, Karina, Mayara, Júlia e Marília. Em especial à Belisa, à Carla, à Aline e à Mayara pelo carinho que sempre tiveram comigo, vocês foram refúgio em muitos momentos importantes. Meu muito obrigado.

À Profa. Dra. Denise Andrade pela atenção às minhas demandas. Às Profas. Dra. Andrea Bernardes e Dra. Carmem Gabriel pela oportunidade de participar de atividades do MBA em Gestão em Saúde. À Profa. Dra. Elucir Gir pela oportunidade de aprendizado e de parceria em pesquisa. À Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster pela contribuição em diferentes projetos. Às Profas. Dra. Janise Braga Barros Ferreira e Dra. Ione Carvalho Pinto pelas contribuições no Exame de Qualificação, além das demais realizadas em diferentes projetos.

À Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, por ter concedido o afastamento para qualificação docente. Aos colegas de trabalho do NPEPS-UNEMAT, Ana Claudia, Angélica, Grasiele, Juliana Benevenuto, Juliana Cabral, Larissa, Rodrigo, Thalise e Vagner por fortalecerem o caminho desse grupo, aos integrantes do EsQualOS e do CONDEPPU, em especial ao caro Raimundo França.

À Raquel Borges e Poliana Roma pelo carinho e dedicação, sou muito grato por essa amizade que foi construída pelos caminhos da UNEMAT.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de estudos e auxilio financeiro. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da pós-graduação.

Ao grupo de professores de diferentes Programas de Pós-graduação da Universidade de São Paulo, com quem pude conviver durante as disciplinas, e ao Centro de Apoio à Pesquisa (CENAPq) da EERP por propiciarem oportunidades de amadurecimento acadêmico durante a realização do Doutorado.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), pelas oportunidades de espaço em órgãos colegiados, além de outras atividades que fomentam a vida do pós-graduando. Aos funcionários da EERP, que sempre fizeram dessa escola um lugar gostoso para estudar, em especial, estendo meus agradecimentos à Flávia e à Edilaine que prontamente sempre me acolheram na secretaria da pós-graduação.

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, em específico a coordenação do programa de hepatites virais e os profissionais dos serviços de saúde, que participaram deste estudo.

Aos membros da banca examinadora, pelo interesse e disponibilidade em dispor de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho. Estou grato aos pertinentes apontamentos que contribuirão para engrandecer o estudo.

> Agradeçamos a todas as coisas do céu e da terra. Ao sentirmos gratidão por todas as coisas, espontaneamente juntamos as mãos para reverenciá-las. Vivamos sempre com sentimento de gratidão (TANIGUCHI, 1995).

“Eu sou apenas um rapaz latino-americano
Sem dinheiro no banco, sem parentes importantes
E vindo do interior”. (BELCHIOR, 1976)

RESUMO

GLERIANO, J. S. **Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso – MT**. 2021, 292 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Objetivo: avaliar a rede de atenção à saúde, na perspectiva do acesso à atenção às hepatites virais, como condição traçadora de resultados de um sistema estadual de saúde. Método: pesquisa avaliativa, de método misto sequencial (QUAN → qual), utilizando hepatites virais como condição traçadora, desenvolvida no estado de Mato Grosso, que se divide em seis macrorregiões e 16 regiões de saúde. Dados quantitativos foram extraídos do IBGE e DATASUS analisados por estatística descritiva e georreferenciamento. Dados qualitativos foram coletados em entrevistas com informantes-chave da gestão em saúde submetidos à análise de conteúdo, vertente temática, apresentada em quatro categorias que englobam a dinâmica na região de saúde, aspectos que dificultam o acesso e que o potencializam além de situações contextuais que impactam no enfrentamento das hepatites virais. Discussão pautada no referencial teórico da organização de sistemas de saúde, na perspectiva do acesso, com enfoque na avaliação. Estudo cumpriu a Resolução 466/2012. Resultados: há distinta distribuição de casos de hepatites entre macrorregiões e regiões de saúde, com maior concentração de casos de hepatite B e C na região da Baixada Cuiabana e Sul Mato-grossense. Análise espacial infere-se que podem decorrer da oferta de testagem. Constatou-se 26 serviços ambulatoriais, com abrangência municipal e regional, que não configuram a lógica de regionalização. A maior oferta e heterogeneidade de serviços de referência estão na macrorregião e região de saúde Sul. 119 serviços ofertam teste rápido. Há indisponibilidade de coleta de material para carga viral em uma macrorregião e cinco regiões. A leitura do exame de carga viral acontece em duas macrorregiões. Cinco regiões não ofertam tratamento. Ausência de coleta de material para genotipagem em uma macrorregião e em sete regiões. Esses dados articulados às falas dos participantes permite explicitar a organização da rede no estado. Aspectos que dificultam o acesso: pouca diretriz para organização da rede e frágil capilaridade de serviços, infraestrutura deficitária, baixo quantitativo de profissionais, difícil fixação de médicos capacitados para atender as hepatites, além da pluralidade de portas de entrada, com reduzida capacidade de regulação e definição de competências dos serviços para integração e poucas ações de educação em saúde que considere os determinantes sociais. Aspectos que potencializam o acesso: indução de políticas que incentivam a descentralização de serviços e protocolos que orientam a abordagem clínica, gestores e consórcio intermunicipal de saúde como interlocutor na pactuação de serviços, incentivo da testagem na atenção primária à saúde, protagonismo do profissional para sensibilizar ações extramuros com parcerias intersetoriais para alcançar populações prioritárias e posição do usuário enquanto avaliador da resposta do sistema de saúde. Aspectos contextuais que operam na dinâmica do sistema de saúde, comparação de políticas, programa de saúde e pandemia mostraram reflexos no enfrentamento das hepatites. Conclusão: barreiras e desigualdade na oferta de serviços mostram fragilidade no acesso, que pode ser maior quando analisada a trajetória assistencial do usuário. Para superar assimetrias de recursos, deve-se investir na discussão da governança regional, para além do

campo do território, incluindo a capacidade de interlocução de novos arranjos, potencializando a política pública, de saúde e social.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Gestão em Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Assistência integral à saúde. Hepatites virais.

ABSTRACT

GLERIANO, J. S. **Assessment of access to care services for viral hepatitis in the state of Mato Grosso - MT**. 2021, 292 f. Thesis (Science PhD) – Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Objective: to evaluate the health care network from the perspective of access to care for viral hepatitis as a condition that traces the results of a state health system. Method: evaluative and exploratory sequential mixed method research (QUAN) using viral hepatitis, conducted in Mato Grosso state, which is divided into six macro-regions and 16 health regions. Quantitative data were extracted from IBGE and DATASUS, analyzed using descriptive statistics and georeferencing. Qualitative data were collected in interviews with informants of health management, submitted to content analysis, thematic aspect, in four categories that encompass the dynamics in health region, aspects that make access difficult and that enhance it, in addition to contextual situations that impact on the struggle against viral hepatitis. Discussion based on the theoretical framework of the organization of health systems, from the perspective of access, focusing on evaluation. This study met Resolution 466/2012. Results: there is a distinct distribution of hepatitis cases between macro-regions and health regions, with higher concentration of hepatitis B and C cases in the *Baixada Cuiabana* and *Sul Mato-grossense* regions. Spatial analysis infers that they may result from improved testing. Twenty-six outpatient services were found, with city and regional coverage, which do not configure the logic of regionalization. The greatest offer and heterogeneity of reference services is in the macro and southern health region. A total of 119 services offers rapid testing. There is unavailability to collect material for viral load in one macroregion and five regions. The reading of the viral load test takes place in two macroregions. Five regions do not offer treatment. Absence of material collection for genotyping in a macro-region and in seven regions. These data, articulated to the statements of the participants, make it possible to explain the organization of the health network in the state. Aspects that make access difficult: little guidance for organizing the health network and fragile capillarity of services, deficient infrastructure, low number of professionals, difficult to establish qualified physicians to care for hepatitis, in addition to the plurality of gateways, with reduced capacity for regulation and definition of competences of services for integration and few health education actions that consider social determinants. Aspects that enhance access: induction of policies that encourage the decentralization of services and protocols that guide the clinical approach, managers and inter-municipal health consortium as interlocutors in the agreement on services, encouragement of testing in primary health care, professional protagonism to raise awareness extramural actions with intersectoral partnerships to reach priority populations and the user's position as an evaluator of the health system's response. Contextual aspects that operate in the dynamics of the health system, comparison of policies, health programs and pandemics showed effects in the struggle against hepatitis. Conclusion: Barriers and inequality in the provision of services show fragility in access, which can be greater when the user’s care trajectory is analyzed. To overcome resource asymmetries, it is necessary to invest in the discussion of regional governance, beyond the territorial field, including the capacity for dialogue of new arrangements, enhancing public, health and social policy.

Keywords: Health assessment. Health Management. Access to health services. Comprehensive health care. Viral hepatitis.

RESUMEN

GLERIANO, J. S. **Evaluación de acceso a servicios de atención para hepatitis virales en el estado de Mato Grosso – MT**. 292 f. Tesis (Doctorado en Ciencias) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Objetivo: evaluar la red de atención de salud, desde la perspectiva del acceso a la atención de las hepatitis virales, como una condición trazadora de resultados de un sistema de salud estatal. Método: investigación evaluativa, método mixto secuencial (QUAN → cuál), utilizando hepatitis virales como condición trazadora, desarrollada en el estado de Mato Grosso, el cual se divide en seis macrorregiones y 16 regiones de salud. Los datos cuantitativos se extrajeron de IBGE y DATASUS se analizaron mediante estadística descriptiva y georreferenciación. Los datos cualitativos fueron recolectados en entrevistas con informantes claves de la gestión en salud y sometidos a análisis de contenido, aspecto temático, presentados en cuatro categorías que engloban la dinámica en la región de salud, aspectos que dificultan el acceso y que lo potencian, además de situaciones contextuales que impactan en la lucha contra las hepatitis virales. Discusión basada en el marco teórico de la organización de los sistemas de salud, desde la perspectiva del acceso, con enfoque en la evaluación. Este estudio cumplió con la Resolución nº 466/2012. Resultados: existe una distribución diferenciada de los casos de hepatitis entre macrorregiones y regiones sanitarias, con una mayor concentración de casos de hepatitis B y C en las regiones de la Baixada Cuiabana y el Sul Mato-grossense. El análisis espacial infiere que puede ser el resultado de la oferta de testeo. Se encontraron 26 servicios ambulatorios, con cobertura municipal y regional, que no configuran la lógica de la regionalización. La mayor oferta y heterogeneidad de servicios de referencia se encuentra en la macrorregión y en la región de salud Sul. 119 servicios ofrecen testeos rápidos. No hay disponibilidad para recolectar material para la carga viral en una macrorregión y en cinco regiones. La lectura del examen de la prueba de carga viral se realiza en dos macrorregiones. Cinco regiones no ofrecen tratamiento. Ausencia de recolección de material para genotipificación en una macrorregión y en siete regiones. Estos datos, articulados a los discursos de los participantes, permiten explicar la organización de la red en el estado. Aspectos que dificultan el acceso: poca directriz para la organización de la red y frágil capilaridad de los servicios, infraestructura deficiente, escaso número de profesionales, dificultad para establecer médicos capacitados para atender las hepatitis, además de la pluralidad de las puertas de entrada, con reducida capacidad de regulación y definición de competencias de los servicios para la integración y pocas acciones de educación en salud que consideren los determinantes sociales. Aspectos que potencian el acceso: inducción de políticas que incentiven la descentralización de servicios y protocolos que orienten el abordaje clínico, gestores y consorcios sanitarios intermunicipales de salud como interlocutores en el convenio de servicios, fomento del testeo en la atención primaria de salud, protagonismo profesional para la sensibilización acciones externas con alianzas intersectoriales para llegar a poblaciones prioritarias y la posición del usuario como evaluador de la respuesta del sistema de salud. Los aspectos contextuales que operan en la dinámica del sistema de salud, comparación de políticas, programas de salud y pandemias se han reflejado en la lucha contra las hepatitis. Conclusión: las barreras y desigualdades en la prestación de servicios

muestran fragilidad en el acceso, que puede ser mayor cuando se analiza la trayectoria asistencial del usuario. Para superar las asimetrías de recursos, es necesario invertir en la discusión de la gobernanza regional, más allá del ámbito territorial, incluyendo la capacidad de dialogar sobre nuevos arreglos, potenciando la política pública, sanitaria y social.

Palabras clave: Evaluación en salud. Gestión en Salud. Acceso a los servicios de salud. Atención integral a la salud. Hepatitis virales.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do perfil dos participantes que aceitaram participar do estudo segundo o perfil profissional, as categorias de participação e os tipo de formação complementar, de um município do médio norte mato-grossense, 2021. 107

Tabela 2 - Distribuição do número e percentual de casos notificados de hepatites virais (1999-2019), óbitos (2000-2018) e o total de casos de hepatites virais e óbitos nas macrorregiões e nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso, Brasil, 2020 109

Tabela 3 - Distribuição quantitativa de serviços de diagnóstico e tratamento de hepatites virais, segundo o tipo de serviço de saúde e abrangência de atenção no estado de Mato Grosso, Brasil, 2020 115

Tabela 4 - Distribuição quantitativa de serviços que ofertam teste rápido, diagnóstico e tratamento de hepatites virais, segundo o tipo de serviço de saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, 2020.....121

Tabela 5 - Distribuição quantitativa do painel ampliado de serviços de diagnóstico e tratamento de hepatites virais por macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso, Brasil, 2020.....122

Tabela 6 - Confirmação dos participantes quanto à concordância ou discordância de análise dos dados qualitativos dos itens dos principais resultados dos aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais, Mato Grosso, Brasil, 2021 151

Tabela 7 - Confirmação dos participantes quanto à concordância ou a discordância de análise dos dados qualitativos dos itens dos principais resultados dos aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais, Mato Grosso, Brasil, 2021 171

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo, desde a criação do PNHV, com as respectivas portarias ministeriais e síntese dos principais marcos acerca das hepatites no SUS. 64

Figura 2 - Distribuição espacial dos municípios do estado de Mato Grosso conforme as macrorregiões e regiões de saúde 93

Figura 3 - Framework adotado na abordagem quantitativa.....98

Figura 4 - Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde.....101

Figura 5 – Framework adotado abordagem qualitativa 103

Figura 6 - Distribuição espacial do número de casos de hepatite virais (1999-2019), total e por tipo no estado de Mato Grosso, MT, Brasil, 2020 110

Figura 7 - Distribuição da densidade de casos de hepatite virais (1999-2019), total e por tipo no estado de Mato Grosso, MT, Brasil, 2020 110

Figura 8 - Distribuição espacial do número de óbitos por hepatites (2000-2018) otal e por tipo no estado de Mato Grosso, MT, Brasil, 2020 111

Figura 9 - Distribuição espacial dos serviços de referência para atenção às hepatites virais, segundo macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso, Brasil, 2020 116

Figura 10 - Distribuição espacial de serviços que realizam teste rápido, coleta de carga viral, genotipagem e serviços que realizam tratamento no estado de Mato Grosso, MT, Brasil, 2020.....123

Figura 11 - Densidade de casos de hepatites (1999 a 2019) por km² e distribuição das unidades de saúde segundo as regiões de saúde, Mato Grosso, MT, Brasil, 2020 123

Figura 12 - Mapa da região sul mato-grossense com distribuição dos principais rios, rodovias e serviços de referência para atenção às hepatites virais, Região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021 133

Figura 13 - Fluxograma da trajetória assistencial até o início do tratamento na Rede de Atenção à Saúde, Região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021.....142

Figura 14 - Síntese de aspectos para direcionar a atenção integral às hepatites virais 210

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização dos elementos propostos por Creswell aplicados no estudo. 90

Quadro 2 - Macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso 92

Quadro 3 - Caracterização dos municípios/serviços selecionados por características gerais da rede assistencial – Região de Saúde, Mato Groso, Brasil, 2021 134

Quadro 4 - Dimensões de análise de aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais a partir do Modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde, de Assis e Jesus (2012), segundo participantes da gestão regional e dos serviços de saúde da região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021 146

Quadro 5 - Dimensões de análise de aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais a partir do Modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde de Assis e Jesus (2012), segundo participantes da gestão regional e dos serviços de saúdeda região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021 167

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AAD	Antivirais de Ação Direta
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFEF	Associação Francesa para o Estudo do Fígado
AIGA	Aliança Independente dos Grupos de Apoio
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAMS	Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em HIV/Aids e Hepatites Virais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDA	Center for Disease Analysis
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
Ceaf	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERMAC	Centro Estadual Regional de Média e Alta Complexidade
Cesaf	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CGGIE	Coordenação-Geral de Gestão da Informação Estratégica
CGMA	Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CGRedes	Comitês Gestores das Redes de Atenção à Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Nacional de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

Coress-MT	Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DAGEP	Departamento de Gestão Participativa
DATASUS	Portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCAA	Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DDAHV	Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
DECAS	Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas
DEMAGS	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DOGES	Departamento Nacional de Ouvidoria
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ERS	Escritórios Regionais de Saúde
EsQualOS	Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GALO	Gerência de Apoio Logístico
GHSS	Estratégia Global do Setor de Saúde
GP	General Practitioner
GT-PM&A-SUS	Grupo de Trabalho para a elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde
Hep-Net	Competence Network for Viral Hepatitis
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IOM	Institute of Medicine
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MBHV	Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNDST/Aids	Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
PNHV	Programa Nacional de Hepatites Virais
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNR	Política Nacional de Regulação
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
Proexmaes	Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no estado do Ceará
ProUni	Programa Universidade para todos
QUAL	Abordagem qualitativa
QUAN	Abordagem quantitativa

RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RS	Região de Saúde
SAE	Serviços de Atendimento Especializado
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
SES-MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIRGAS	Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas
SS	Sistemas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde
TFD	Tratamento fora de domicílio
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VHA	Vírus da hepatite A
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
VHD	Vírus da hepatite Delta

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 25
2. INTRODUÇÃO **..... 28**
2.1 Breve contexto do Sistema Único de Saúde e a gestão 29
3. REVISÃO DA LITERATURA **..... 36**
3.1 Considerações sobre gestão e avaliação em saúde 37
3.2 Acesso e região de saúde 43
3.3 Hepatites Virais 53
4. JUSTIFICATIVA **..... 68**
5. OBJETIVOS **..... 72**
5.1 Geral 73
5.2 Específicos 73
6. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLOGICO **..... 74**
6.1 Avaliação em saúde 75
7. PERCURSO METODOLÓGICO **..... 88**
7.1 Tipo de Estudo 89
7.2 Campo de Estudo 91
7.3 Fontes de dados 94
7.3.1 Fase 1 94
7.3.2 Fase 2 95
7.4 Procedimentos de coleta e análise de dados 95
7.4.1 Fase 1 - Abordagem quantitativa 95
7.4.2 Fase 2– Abordagem qualitativa 99
7.3 Procedimentos éticos 103
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO **..... 105**
8.1 Mapeamento dos casos notificados, óbitos e a oferta de serviços para atenção às hepatites virais 108
8.2 Dinâmica na RS, ampliando a compreensão do acesso 132
8.3 Aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais 145
8.4 Aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais 166
8.5 Situações contextuais que impactam no enfrentamento das hepatites virais 192
8.5.1 A atenção às hepatites virais à sombra do HIV 192
8.5.2 Para além de limitações e facilidades: uma pandemia no caminho 196
9. CONCLUSÃO 202

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS **.....211**
REFERÊNCIAS.....216
APÊNDICE A.....283
APÊNDICE B.....284
APÊNDICE C 286
APÊNDICE D 288
APÊNDICE E.....290
ANEXO A 292

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Sou enfermeiro, graduado em 2008, utilizei a concessão de bolsas de estudo integral em instituição privada de educação superior, pelo Programa Universidade para Todos (ProUni). Organizo minha apresentação em dois momentos. No primeiro, contemplo a experiência docente e, posteriormente, a formação complementar após a graduação.

Em 2009, tive o primeiro emprego como professor substituto na Universidade Federal de Mato Grosso, *campus* Rondonópolis. Participei de atividades de ensino, em vários projetos de extensão e pesquisa, além de contribuir na visita da Comissão Técnica do Ministério da Educação para avaliação do curso.

Em 2011, fui trabalhar na Universidade de Cuiabá, *campus* Rondonópolis, onde atuei na coordenação de disciplinas e comissões institucionais, incluindo a comissão interna para receber a visita técnica do Ministério da Educação para reconhecimento do curso. No mesmo ano, fui aprovado no Processo Seletivo Simplificado da Escola Técnica Estadual de Educação Profissional e Tecnológica de Rondonópolis, ligada a Secretaria do Estado de Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso. Ainda nesse ano, fui classificado no concurso público para professor efetivo do Curso de Medicina da Universidade Federal de Tocantins.

De 2013 até início de 2014, fui docente na Universidade de Ribeirão Preto, *campus* Guarujá, tendo sido representante da instituição no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e na Comissão Estadual de Educação Permanente. Destaco que a construção de minha carreira foi direcionada para a docência, com ênfase em aspectos de gestão.

No ano de 2013, fui aprovado no Concurso Público para o Cargo de Professor Efetivo, na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), na área de Políticas de Saúde. Ao assumir a vaga no *campus* Tangará da Serra – MT, em 2014, tive a oportunidade de participar de diversas frentes de trabalho, que culminaram em parcerias e resultados positivos, além de premiações e reconhecimento em diferentes setores.

No período de 2014 a 2018, coordenei três pesquisas alinhadas à gestão municipal de saúde. Foram desenvolvidos seis projetos de extensão que

fortaleceram a implantação do Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde (EsQuaLOS), reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS)/Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) como inovação em educação interprofissional na saúde, além de diversos cursos de curta duração, destinados aos alunos e profissionais, com enfoque na gestão. Articulei e coordenei a abertura de um curso de pós-graduação *lato sensu* na área de Gerenciamento da Atenção Primária. A relação estreita com a gestão de saúde municipal, em Tangará da Serra - MT, oportunizou espaços de trocas de experiências no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso, em atividades promovidas pelo MS/OPAS, além de vários relatos de pesquisa e extensão publicados em periódicos e eventos, resultando em premiações.

A formação complementar iniciou-se logo após a graduação, já no período de 2009 a 2010 cursei duas pós-graduações, modalidade *lato sensu,* sendo: Enfermagem na Atenção Básica com ênfase na Estratégia Saúde da Família e no Gerenciamento, pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP (FAMERP), e Docência Superior pela Universidade Gama Filho, Brasília - DF. De 2011 a 2013 cursei a pós-graduação, modalidade *lato sensu,* em Gestão em Saúde pela UNEMAT.

De 2012 a 2014, busquei investir em um curso de pós-graduação, *Stricto Sensu*, nível mestrado, na área de Saúde Coletiva, na Universidade Católica de Santos, tendo sido contemplado por bolsa de pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Desenvolvi o projeto que culminou na dissertação intitulada “Perfil profissional, formação e tecnologia leve no trabalho de profissionais Médicos e Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no município de Guarujá SP”.

No período de 2013 a 2014, cursei pós-graduação, modalidade *lato sensu,* em Auditoria em Serviços de Saúde pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein e, no período de 2015 a 2016, pós-graduação na modalidade *lato sensu* em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidência, oferecida pelo Ministério da Saúde em Parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.

Em 2017, aconteceu uma aproximação com a Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP-USP), que acarretou a possibilidade de estabelecimento de parceria de um

Doutorado Interinstitucional (DINTER) da EERP com a UNEMAT, que foi formalizado posteriormente à minha entrada no doutorado.

No período de 2018 a 2021, cursei o Doutorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da EERP-USP, desempenhando atividades inerentes ao desenvolvimento do projeto de pesquisa, realização dos créditos, participação ativa no grupo de pesquisa, além de dar prosseguimento a projeto de extensão já firmado entre a UNEMAT e a gestão em saúde do município de Tangará da Serra – MT. Configuraram em experiência relevante e ampliada, que colaborou para o processo formativo do doutorado: as atividades desenvolvidas no período de doutoramento e no grupo de pesquisa; as disciplinas cursadas na EERP, bem como em outros programas e unidades da Universidade de São Paulo e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP); as diversas participações em cursos, palestras e eventos; a oportunidade de representar o segmento discente da pós-graduação em colegiados e comissões da EERP.

Logo, essa tese representa um dos frutos do doutorado e decorre do desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação do acesso e da integralidade da atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso - MT”. O presente estudo contou com auxílio financeiro (bolsa de doutorado) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Cursar o doutorado em um Programa de Excelência representou oportunidade no desenvolvimento profissional, de avanço e contribuição para a minha qualificação como docente já vinculado a um centro de ensino, que necessita colaborar com a interiorização. Somasse a isso o desafio da minha consolidação como pesquisador que pode gerar contribuições para ampliação de conhecimentos científicos.

O investimento na qualificação permitiu uma conexão com diferentes olhares e atores, constituindo-se em contribuição não apenas para a formação, como também para a criação de *networking* e de vínculos, para além da perspectiva individual, mas enquanto docente comprometido com o curso no qual me insiro, com outros colegas docentes e discentes, para aprofundar a interface com a sociedade, em uma Universidade em expansão. Destaco também que ser egresso da EERP-USP constitui-se em diferencial profissional, assim como representa o compromisso de manter parcerias e conexões estabelecidas.

2. INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

2.1 Breve contexto do Sistema Único de Saúde e a gestão

> Você sabe o quanto nos dedicamos a construir o Sistema Único de Saúde (SUS), perdendo de vista a reforma sanitária e, mais ainda, como nos tempos difíceis acabamos blindando o SUS para resistir aos ataques neoliberais e conservadores. Está na hora de fazer uma análise crítica bem-feita e dar um salto de qualidade. (AROUCA, 2003. p.75).

Considera-se que Sistemas de Saúde (SS) são organizações complexas, que possuem conceitos e modelos diferentes para designar um conjunto de serviços e programas, para responder às múltiplas demandas dos determinantes de saúde de uma comunidade delimitando, assim, o estado de saúde de uma população (NORONHA; CONILL; GIOVANELLA, 2014; PINEAULT, 2016). Trata-se de um arranjo de recursos, formas de organização, financiamento e gerenciamento que agencia o provimento de serviços de saúde, em respostas sociais deliberadamente constituídas para atender às necessidades, demandas e representações da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Em países de renda média e baixa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a análise de SS ainda é um campo a ser explorado (GILSON *et al.*, 2018).

O Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), assumiu uma política de inclusão social de atenção à saúde como direito de cidadania e dever do Estado, assegurada pela primeira vez em Constituição. Trata-se do único país da América Latina com um sistema universal de saúde, situação que se aproxima de experiências como da Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha, França, Itália, Reino Unido e Suécia (MARQUES; MENDES, 2012).

O SUS é norteado por princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade da atenção, além de princípios organizativos que abrangem a descentralização, a regionalização e a hierarquização, complementaridade do setor privado e a participação social. É sobre esse eixo condutor do SUS que se espera o trabalho da gestão, responsável por concretizar políticas que assegurem a efetivação do direito à saúde, em um conceito ampliado de saúde que reflete na organização do sistema de saúde.

A universalidade, equidade e integralidade são centrais para construção de novas maneiras de produzir saúde e ordenar o sistema (VIEGAS; PENNA, 2015). É

na conexão desses princípios doutrinários que o SUS direciona sua resposta mais abrangente:

> O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o "quê" e "como" pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um. (AYRES, 2009, p.13).

Nesses mais de trinta anos do SUS é inquestionável o avanço do acesso à saúde, decorrente da garantia de universalidade, incluindo o investimento na organização e ampliação da rede de atenção que representa, para além de conquista democrática, o direito de acesso ao cuidado integral em diferentes níveis de atenção. Isso requer disponibilização de recursos de diversas naturezas, em diferentes serviços.

A função da gestão do sistema de saúde e de ordenação dos investimentos, nas três esferas de governo, deve direcionar a implementação e execução de uma rede integrada de serviços que disponibilize, de forma colaborativa, o aporte às necessidades da população.

Pode-se dizer que o SUS caracteriza-se como promotor de equidade ao prover acesso à saúde às parcelas mais vulneráveis da população (STOPA *et al*., 2017). Além de incluir a população que possui seguro de saúde, quando estes necessitam de acesso à atenção, em uma ampla gama de intervenções desde a imunização até a alta complexidade, a exemplo dos transplantes, hemodiálise e dos medicamentos (GOMES *et al*., 2014).

Alguns estudos relacionam a equidade ao acesso, porém existe uma questão de ambiente democrático no qual ela assume a posição de garantir atenção aos desejos e necessidades dos indivíduos (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017). Nessa direção, é necessário foco na concepção de equidade de maneira clara e ampliada, para não limitá-la à ideia de acesso aos serviços voltados para grupos específicos, cujas às condições de vulnerabilidade social exigem acesso diferenciado pelo desenvolvimento agressivo da patologia ou o seu extenso poder de contágio (JESUS; ASSIS, 2010; SENNA, 2002). O conceito de equidade reforça a justiça social frente às desigualdades em que se insere o Brasil.

A integralidade tem sido adotada como fio condutor de processos de modificações, de rompimento de padrões tradicionais de modelo de atenção à saúde, marcados pela fragmentação do cuidado às pessoas, que repercute na forma de

organização dos serviços. A integralidade é considerada um dos princípios mais polissêmicos do SUS, mas, ao mesmo tempo, é o maior impulsionador para a mudança do modelo de atenção, pois:

> O que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. (MATTOS, 2004, p.1414).

Dentre os princípios doutrinários do SUS, a integralidade pode ser considerada, na construção conceitual e prática da Reforma Sanitária, um dos maiores desafios. Isso porque corresponde ao formato que os serviços se organizam, que capilarizam conhecimentos dos profissionais, usuários e da comunidade, para combinar em projetos da gestão e dar assistência a melhoria no processo de trabalho imbuído do sentido político da cidadania, enquanto direito (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A integralidade em uma perspectiva de reorientação de políticas e ações potencializa um projeto capaz de atender, de modo articulado, as necessidades de acesso à rede de serviços (VIEGAS; PENNA, 2015; FRACOLLI *et al*., 2011), além de ter interface com o princípio de universalidade. O acesso e a atenção integral são dimensões que se articulam e orientam a concepção, a conformação e a organização do sistema de saúde e, em última análise, podem favorecer estratégias para a gestão em saúde.

No tocante aos princípios organizativos do SUS, entende-se que aconteceram avanços e retrocessos ao longo do tempo, decorrentes de normativas ministeriais que têm impactado na organização, de fato, do SUS. Considerando o Brasil como um sistema federativo, a descentralização é tida como uma diretriz básica para a organização das esferas de governo e, na organização do SUS, é compreendida como:

> Processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. (BRASIL, 2009).

No Brasil, a experiência de descentralização entre os três entes federados é única quando comparada com outros SS (CAMPOS, 2014). A opção pela municipalização, como abordagem de descentralização, repercutiu em transferência

de poder político, administrativo e financeiro para o poder local, além da rápida incorporação tecnológica. Tal estratégia determinou, aos gestores municipais, novas atribuições e competências, as quais requerem capacidade de articulação político-institucionais para adequar a rede de atenção às necessidades locais, na perspectiva de ampliar o acesso aos serviços de saúde. Confere-se uma indução para a municipalização apoiada e respaldada por capacidade técnica e financeira da União e dos estados.

A discussão sobre a municipalização, no Brasil, antecede ao próprio SUS, já na 3º Conferência Nacional de Saúde, em 1963, era proposta e discutida em torno das “Reformas de base” (TEIXEIRA, 1991). Nesses mais de trinta anos de SUS, tem-se percebido que a municipalização conferiu papel central na conformação do sistema de saúde. Destaca essa centralidade na organização da atenção e da demanda, uma vez que o papel das esferas estaduais é limitado, fato que acentua as atribuições aos municípios para a provisão de serviços (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

A análise mais detalhada evidência que a municipalização maciça reforçou a desigualdade da capacidade instalada, operacional e de gestão entre os municípios (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006; MONTEIRO, 2015; MELLO *et al*., 2017), mostrando limites no acesso e na equidade do sistema de saúde brasileiro.

Condições heterogêneas de gestão e de conformação de SS resultam em dificuldade para a oferta e para a resolutividade dos serviços de saúde em tempo oportuno. Ou seja, as dificuldades para responder ao acesso à saúde decorrem das diversidades na organização político-administrativa no SUS em um determinado território e sua base populacional, mas também da não diferenciação de responsabilidades e poder entre os entes federativos, agregando aspectos complicadores na organização do sistema de saúde e do pacto federativo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Nesse cenário, a regionalização tem assumido para o SUS um debate federativo, que não se limita a um conceito setorial, mas requer um olhar intrassetorial e intersetorial (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019). Essa condição tem repercutido em desafios teóricos na implementação de ações que avancem na efetivação dos princípios do SUS.

A regionalização está intrínseca a uma correlação de forças políticas (SALTMAN; BANKAUSKAITE; VRANGBAEK, 2007; PISCO, 2015), de aspectos que conduzem a introdução de tecnologias e cuidado externo as estruturas políticas

(JAKUBOWSKI; SALTMAN, 2013) e de rearranjos ideológicos (GREER; JARMAN; AZORSKY, 2014; MARCHILDON, 2015). Desde o Relatório Dawson, na segunda metade século XX, a organização dos serviços de saúde tem sido orientada a assumir o ponto de vista da regionalização (SILVA, 2013). No Canadá e em países europeus, a lógica da regionalização fortaleceu as autoridades sanitárias regionais, que possibilitaram a organização de redes de serviços, já na América Latina, a ordenação da rede deu-se pelo processo de descentralização (LIMA *et al*., 2012).

A implementação do processo de regionalização no SUS está presente desde a Constituição de 1988, induzida por normativas ministeriais que direcionam a organização do sistema de saúde e da assistência. Destaca-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde, em 2006, e mais recentemente a publicação da Portaria nº 4.279/10 GM/MS e o Decreto 7.508/11 que, com diferentes enfoques, bem como avanços e retrocessos, têm como pauta a reorganização do sistema de saúde em diversos pontos de atenção e no aspecto da regionalização.

Destaca-se que essas normativas foram pertinentes e úteis, mais pelo enfoque organizativo que pelo olhar sistêmico do processo de descentralização. Não é possível dizer que tais normativas tiveram terminalidade em si mesma, mas dispararam mudanças. Ainda assim, sempre fica o questionamento de como seria a conformação do SUS caso não tivesse ocorrido indução tão direcionada.

Para MELLO *et al*. (2017), há evidencias que conceber o processo de descentralização como direcionador sem considerá-lo sob o processo regional é um erro. A gestão do SUS precisa considerar a regionalização para organizar a capacidade de atenção em rede e a extensão de serviços para o alcance da integralidade, além de tática para aperfeiçoar a gestão do sistema, a simplificação dos recursos e a contribuição institucional na organização dos fluxos de atenção (DUARTE *et al*., 2015).

Para garantir o direito à saúde, a composição dos serviços e da estrutura das redes de atenção o SUS considera a complementariedade do setor privado que se manifesta de diferentes formas de parcerias público-privadas. Existe nessa estrutura certo pluralismo na maneira de prestação de serviços, formando uma relação própria de acepções sobre o Sistema e acerca do que é público e do que é privado (BAHIA; SCHEFFER, 2018). Em análise das três primeiras décadas do SUS percebe-se um

movimento paradoxal e contraditório que instalou a posição do mercado, desse modo, consolidando-se uma lógica do sistema público regido por acepções do setor privado que disputa a pauta dos interesses e desidratando os termos constitucionais de abrangência social da saúde (COHN; GLERIANO, 2021). Sobre a relação público-privada no SUS é evidente que:

> A disputa política cada vez mais acirrada pela definição das diretrizes políticas a serem (ou que na realidade vêm sendo) implantadas na área da saúde, buscando a inversão dos preceitos constitucionais (ao invés do setor privado da saúde ser complementar ao SUS, este se tornar complementar àquele). (COHN, 2018, p. 233).

Cabe ressaltar que diferentes enfoques políticos e éticos mantem vigente a adoção de múltiplos tipos de organização das práticas e de modelos de atenção que tem refletido em transformações do conceito saúde-doença e nos arranjos cuidativos, como na disponibilidade de tecnologias e estratégias de intervenção (FERTONANI *et al*., 2015).

A expansão da rede de serviços para oferta e cobertura de serviços de saúde, principalmente no nível primário de atenção, cresceu e ampliou o acesso às consultas médicas, assim como diminuiu as internações por condições sensíveis a atenção primária (SOUZA *et al*., 2019). Porém, ainda resiste o desafio de minimizar obstáculos físicos, financeiros e socioculturais para a utilização dos serviços disponíveis, fato que abrange consolidar a garantia de acesso (VIACAVA *et al*., 2012).

Em síntese, pode-se dizer que embora exista um rol de serviços que abrange a maior parcela da população, também há rastros de iniquidades no acesso, sendo de modo mais concentrado nos mais desfavorecidos que pertencem os grupos socialmente mais vulneráveis da população brasileira (SOUZA *et al*., 2019; SANTOS; VIEIRA, 2018). Nesse sentido, a regionalização tem sido operacionalizada como premissa básica para a ampliação do acesso, subsídio imprescindível para suplantar a fragmentação social, territorial e de comando (DUARTE *et al*., 2015).

A forma de organização da gestão do SUS e a maneira que integra a participação e controle social mostram-se como possibilidade de construção de um sistema de saúde a partir das demandas da sociedade. Essa participação é garantida como princípio da condução da gestão, resguardada na Lei n. 8.142/90, que definiu a criação de Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, nos âmbitos federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Além de ter, conforme a Lei nº 12.466/11, foros de discussão, pactuação e aprovação a Comissão Intergestores

Tripartite (CIT), composta por gestores das três esferas federativas e no, âmbito estadual, nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), que contam com representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2011).

O enfoque da participação social na construção, no controle e na defesa do sistema de saúde, é imprescindível para avançar no aperfeiçoamento do espaço de gestão colegiada e da própria participação cidadã na democracia (FERRAREZI; OLIVEIRA, 2013). No atual contexto de reformas administrativas do Estado é necessário trazer nova ênfase aos espaços que comungam a insígnia de “saúde como fator de desenvolvimento”, lema consagrado desde a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tendo o SUS como projeto de política social. Por isso, o momento reivindica o resgate de uma política propositiva a ser praticada em múltiplos espaços da sociedade em defesa do aparato político-organizacional do sistema de proteção social brasileiro (COHN; GLERIANO, 2021).

A partir de considerações iniciais acerca do SUS, no próximo tópico apresentam-se ponderações acerca da gestão e a avaliação em saúde, como oportunidade para guiar a tomada de decisão da gestão. Nesse contexto tão amplo, toma-se o recorte do acesso como campo de investigação para compreender ações da gestão no sistema de saúde, na perspectiva de região de saúde (RS) como oportunidade para avançar a integralidade da atenção no SUS.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Considerações sobre gestão e avaliação em saúde

Este tópico aborda a intrínseca relação da gestão com a avaliação e sua potencialidade de uso para qualificação do sistema de saúde. A definição de gestão é ampla, possui vários aspectos a serem considerados, no entanto, destaca-se como:

> Capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução e por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos. (GUIMARÃES *et al.*, 2004, p. 1645).

Pode-se compreender a gestão no SUS como um processo de atores que tomam decisões para estabelecer agendas da política de saúde, frente aos aspectos normativos e legais, respaldados por instrumentos de gestão, bem como pactuação organizacional e político-institucional (BRASIL, 2010).

Nesta tese, compreende-se que a gestão não diz respeito a um cargo ou pessoa, mas as interações, relações e pactuações institucionais de um conjunto de atores com poder para tomada de decisão acerca das agendas da política de saúde, incluindo a formulação de propostas, normas e legislações, priorização, discussão e operacionalização estratégica de ações técnicas, administrativas e políticas.

A institucionalização da gestão do SUS, como possibilidade de materializar o pacto federativo da Constituição Federal de 1988, tem sido oscilante, com características de descentralização/centralização sob o ponto de vista de diversos atores, com interesses e projetos distintos (COHN; GLERIANO, 2021). Assim, a mesma estrutura organizacional expõe uma imagem retórica do SUS e reproduz, no âmbito dos entes federados, análise e interação de diferentes pontos de vista, na configuração do sistema de saúde (PINAFO *et. al*., 2020; LOTUFO; MIRANDA, 2007; PAIM; TEIXEIRA, 2006, SALAZAR *et al.*, 2003).

A gestão em saúde, frente às questões econômicas, ao apoio e implementação de políticas e programas e ao seu papel indutor de um projeto de sistema de saúde universal mostrou avanços nesses mais de 30 anos de SUS. Entretanto, a gestão tem sido marcada por desafios para estabelecer a coordenação federativa, com articulação que avance na organização da regionalização, para

atender necessidades locorregionais, bem como na concretização da proposta do modelo de atenção em vigilância da saúde para o SUS (GLERIANO *et. al*., 2020).

Ao instituir o SUS como o sistema de saúde público brasileiro e estabelecer na Lei Orgânica da Saúde o acesso a integralidade e a qualidade, presume-se que esses conceitos são assumidos na responsabilidade da gestão e com potencial enfoque no campo da avaliação, como fator de análise do desempenho desse Sistema (SILVER, 1992). Nesse sentido, avaliar a cobertura e a equidade do sistema corresponderia à análise de atributos de qualidade das ações e práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde e, de certa forma, uma verificação das ações de gestão realizadas para cumprir o preceito constitucional do direito à saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Na Lei Orgânica da Saúde existem indicações de responsabilidades do SUS que são intrínsecas ao campo da avaliação. Do artigo 15 ao 18 da referida lei, sessenta e seis incisos apresentam atribuições dos níveis de direção do SUS para o ato dos papéis de controle e avaliação, com base no direcionamento das normas e de parâmetros que possam mensurar qualidade, utilizando sistemas de informação em saúde. Os espaços participativos da gestão constituem-se em estratégia para fortalecer o processo de monitoramento e avaliação da gestão, que deve subsidiar o processo decisório e a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS (CONASEMS, 2019).

No mundo, a avaliação passou a ser pauta de discussão e ferramenta de gestores de organizações governamentais para medir, monitorar e identificar as principais ações de intervenção do Estado na resposta da política social. Tem-se como exemplo o Canadá, com avaliações periódicas que têm auxiliado o governo na melhoria contínua da resposta dos serviços de saúde e também na formação dos que estão envolto no processo avaliativo (HUNTER; NIELSEN, 2013; LAHEY, 2010). Na Austrália, a condução de avaliações contribui para guiar políticas e programas de intervenção do estado na política pública de saúde (SCHWARZMAN *et. al*., 2019). No entanto, nos Estados Unidos, avaliações pontuais de programas de monitoramento mostraram fragilidades de garantia de evidências dos dados para uma utilização na tomada de decisão (HATRY, 2013). Assim, é possível compreender que o investimento em processos de avaliação contínuo oportunizam maior capacidade de subsidiarem informações à gestão para a tomada de decisão.

No Brasil, a avaliação ganhou destaque principalmente com a Reforma do Estado, a partir da década de 1990, contribuindo com a gestão pública por meio de

instrumentos, de noções de eficiência e de *accountability* (BOULLOSA *et al.*, 2021). O uso da avaliação é reconhecido em momentos que a gestão quer comprovar/mostrar que suas ações estão corretas, mas é necessário investir e acreditar no valor da avaliação para responder aos problemas encontrados (POMEROY; SILVA, 2021).

No caso brasileiro, percebe-se o uso da avaliação como uma ferramenta para medir políticas públicas e racionalizar a gestão (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018). Porém, Boullosa e colaboradores (2021) tecem uma crítica ao modo hegemônico do campo da avaliação de políticas públicas, no Brasil, pela forma como o modelo de institucionalização em avaliação determinaram os parâmetros das boas práticas da avaliação. E que de certa forma criaram resistências à pluralidade do campo avaliativo, de metodologias inovadoras e de possibilidades e diálogos sob os diferentes enfoques da avaliação.

Com o movimento da saúde coletiva, a avaliação no campo da saúde - influenciada por organismos internacionais, a exemplo do Banco Mundial e de agências de apoio aos países centrais (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2011) - está direcionada principalmente para a área de políticas e programas do SUS (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020; VIEIRA-DA-SILVA, 2018; FURTADO *et al.,* 2018). Assim, a avaliação tem contribuído para promover análises e oportunidades no processo decisório, na construção/implementação de políticas de saúde, programas ou projetos (FREUND *et. al*., 2019; CARVALHO *et al*., 2012), além de auxiliar a gestão em iniciativas que possam propor mudanças na reorganização do sistema de saúde e do modelo assistencial (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

No SUS, desde 1993, com a criação do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) - que foi reconfigurado em Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), em 2000 - e Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS) já se reconhecem tentativas de institucionalizar a avaliação. Em 1998, esforços de divulgação pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde fomentavam o processo avaliativo no MS. Em 2003, o Decas foi substituído pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), e na Secretaria de Atenção à Saúde foi implantada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento Atenção Básica. Na Secretaria de Vigilância em Saúde - a criação da Assessoria de Monitoramento e Avaliação, em 2004, pelo Programa Nacional de DST/AIDS e a constituição do Núcleo Coordenador de

Avaliação de Desempenho do SUS, em 2004, além da criação da Secretaria de Gestão Participativa, em 2003, com a integração dos departamentos, Departamento de Gestão Participativa (DAGEP), DENASUS, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS), criado em 2006, e Departamento Nacional de Ouvidoria (DOGES) - formou-se uma estrutura administrativa para condução do monitoramento e avaliação no SUS (CHAVES *et al*., 2021, CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017; NEMES *et al*., 2016; REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; CARVALHO *et al*., 2012; PAESE; AGUIAR, 2012; MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Com a necessidade de nortear e instrumentalizar a gestão no setor saúde, a criação do DEMAS, por meio do Decreto nº 7.530/11, subdividido em Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA) e Coordenação-Geral de Gestão da Informação Estratégica (CGGIE), propunha integrar o Planejamento Estratégico e as ações de monitoramento e avaliação para aperfeiçoamento das práticas de gestão. Essa foi uma tentativa de induzir a formulação da Política de Monitoramento e Avaliação. A partir de 2013, a Portaria nº 1.517/2013 institucionalizou o processo de formulação da Política de Monitoramento e Avaliação no SUS, instituindo um Grupo de Trabalho para a elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (GT-PM&A-SUS) (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017; BRASIL, 2015).

Para além da estrutura organizacional, no MS - Brasil, podem ser considerados indutores da cultura avaliativa no SUS o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) criado em 1998. Posteriormente, em 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ampliou a avaliação aos estabelecimentos de atenção especializada, o que configurou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) tendo sua ampliação em 2015 (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017; ALVES DE SOUSA *et al.*, 2016). Além desses programas, a elaboração de uma matriz de avaliação para o SUS, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e, para a saúde suplementar, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017), já para a Atenção Básica a partir do Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (RIBEIRO; SCATENA, 2019), mostra um avanço de práticas de monitoramento e avaliação no SUS.

A reconhecida ausência ou insuficiência de diretrizes de estratégias de avaliação em saúde no país, pelo MS, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) oportunizou prosperar o contexto exposto acima. Identifica-se avanço da instrumentalização para a avaliação, que superou desafios de institucionalizar processos avaliativos nas agendas da gestão. Porém, a prática tem sido constatada por processos avaliativos pontuais que, apesar de induzir ações de avaliação no país, não conseguiu fomentar no âmbito dos serviços a importância de manter uma cultura avaliativa. Ademais, a constante alteração nos cargos de gestão que estão interinamente relacionados ao processo de formulação de estratégias de monitoramento e avaliação são entraves na pauta da cultura avaliativa, fragilizando a resposta às necessidades da gestão (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017; FELISBERTO, 2006).

O MS precisa ir além da ação de induzir movimentos de avaliação, mas também investir em qualificar, mediar e inovar, a partir dos resultados de avaliações, suas práticas (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017; ALVES DE SOUSA *et al*., 2016; HARTZ, 2008). Ainda é possível reconhecer a presença de traços que ancoram na análise de Wong e Wong (2003) em que a avaliação tem sido projetada para justificar o investimento de recursos financeiros por agências financiadoras, governamentais ou não. Ou seja, a avaliação ainda não conseguiu se projetar como uma área capaz de conduzir processos educativos para a melhoria dos sistemas (TASCA; ENSSLIN; ENSSLIN, 2013).

Outro desafio para o avanço da avaliação diz respeito ao estabelecimento de um lócus organizacional capaz de permear a prática avaliativa, integrando atores institucionais e entes federados (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017; BRASIL, 2009; FELISBERTO, 2006). Considerando que cada vez mais os entes federados estão dependentes do setor privado para garantir os princípios do SUS, pouco se tem avaliado as estruturas de avaliação dos entes federados na pactuação dessa resposta organizativa, assim, os desafios para a avaliação ficam potencializados pela falta de coordenação que analise cenários capazes de alterar as desigualdades regionais em saúde (TANAKA, 2021).

É pertinente que a gestão reconheça a avaliação como contribuição para o planejamento das ações e serviços, além de constituir-se em instrumento para a qualificação profissional, o que repercute na melhoria do processo de trabalho em

saúde melhorar, consequentemente, no desempenho do sistema de saúde (MAZUTTI *et al*., 2017; SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018).

Em um cenário contemporâneo, exposto principalmente pela pandemia da COVID-19, o uso excessivo de dados e indicadores pela mídia brasileira para apresentar a situação da crise sanitária mostrou a importância da avaliação, tanto para subsidiar gestores e sociedade com informações relevantes para a tomada de decisão, quanto para conectar a avaliação à democracia pelas constantes manifestações e pela eminencia de redução das desigualdades sociais (JOPPERT, 2021). No entanto, vários fatores foram e são colocados como desafios para a avaliação em saúde, configurando em necessidade de melhor contextualização do objeto a ser avaliado e dos atores que estão envolvidos nos processos avaliativos, situação constatada pela baixa capacidade da avaliação em direcionar a tomada de decisão dos gestores na pandemia (TANAKA, 2021). Ou seja, no Brasil, ficou mais claro a baixa reflexividade e fragilidade da avaliação em subsidiar processos decisórios de gestão (BOULLOSA *et al.*, 2021), demonstrando ainda que as evidências promovidas pela avaliação não foram apreciadas em sua totalidade na tomada de decisão, abrindo um espaço de análise de poder nas decisões em políticas (TANAKA, 2021).

O caráter federativo e intergovernamental que o SUS adotou, estabeleceu a necessidade de gestores com competências para ação em espaços de negociação e estabelecimento de práticas de pactuação intergestores, para favorecer processos logísticos e tecnológicos, além de atender as necessidades locorregionais. Sob esse aspecto, a avaliação é um importante instrumento para conduzir o planejamento em saúde, mas considerando a amplitude e dinamicidade da extensão territorial brasileira, pode não alcançar a potencialidade.

Para Silvia, Joppert e Gasparini (2020), diante do desafio de equacionar práticas de avaliação no território brasileiro, a integração com a comunidade poderá estimular espaços de avaliações em torno da democracia, da resposta do Estado às funções que lhe cabe. Por isso, o monitoramento do desempenho do sistema de saúde deve ser o instrumento de condução da gestão, das equipes de saúde, dos políticos e da comunidade, na projeção de ações que respondam aos princípios do SUS. Consequentemente, avaliar torna-se um espaço de construção e aperfeiçoamento do sistema de saúde (TANAKA, 2017), principalmente em um contexto de mudanças epidemiológicas e conjuntura financeira limitada, a avaliação

auxilia a gestão a escolher suas decisões, para adequar os recursos necessários para favorecer a melhoria do acesso e da qualidade da atenção (CHAMPAGNE, 2016).

Em um sistema de saúde com princípios de universalidade, equidade e integralidade a avaliação do acesso é um elemento importante na agenda da gestão, dado aos aspectos já mencionados, mas principalmente por ser capaz de conduzir processos organizativos para favorecer o acesso à saúde da população. Nesse sentido, aborda-se o acesso na dimensão da análise da RS como elemento que fortalece a capacidade de resposta do sistema de saúde, principalmente em um país com grandes desigualdades sociais, como é o caso do Brasil.

3.2 Acesso e região de saúde

Ao abordar o enfoque de acesso e RS, pretende-se fazer uma aproximação da premissa básica de um sistema de saúde universalista que, no caso brasileiro, diz respeito à vinculação constitucional de garantir respostas assistenciais às demandas e necessidades de saúde da sociedade. A descentralização e regionalização adotadas como estratégias organizativas de operacionalização pelo SUS para avançar enquanto sistema de saúde, ganha destaque para favorecer a capacidade regional do sistema de saúde.

Um movimento mundial em torno da importância de favorecer o acesso à saúde está na agenda global para a saúde universal, expresso nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente no ODS 3 “Saúde e bem-estar” e ODS 10 “Redução das desigualdades” (UNITED NATIONS, 2015). Poucos países, desde 1990 até 2015, conseguiram avançar no acesso e na qualidade da atenção à saúde, assim, o intuito dos ODS é fortalecer políticas capazes de superar o contraste das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, identificado entre os países (GBD, 2017; OUMA *et al,*. 2018).

Dois componentes são essenciais para qualificar o acesso, o primeiro refere-se às intervenções preventivas e curativas que compõem a cobertura universal; o segundo diz respeito à sustentabilidade dos sistemas de financiamento e do uso dos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). A OMS ao publicar o Relatório Mundial da Saúde, Financiamento dos SS: caminho para a cobertura universal (OMS, 2010) apresenta opções para gerir recursos com objetivo de

minimizar barreiras financeiras ao acesso, principalmente à população que tem dificuldade em custear serviços de saúde. Esse relatório provoca discussão acerca do tema da cobertura universal e conta com posicionamentos de diversos órgãos em torno da saúde como um direito humano, conquistado na Declaração de Direitos Humanos.

No conceito de cobertura universal há certo deslocamento da ideia, no sentido de acesso universal e igualitário para a especificidade do financiamento setorial, reforçando a lógica que o termo cobertura expressa alcance ou prestação, cujo os limites estão na possibilidade de obtê-la ou não, ou seja, a cobertura é mais limitada, reducionista, difere de acesso e utilização (GIOVANELLA *et al*., 2018; NORONHA, 2013). Proporcionar melhores condições de saúde da população, principalmente quando estamos falando em doenças infecciosas, requer do sistema de saúde uma resposta de garantia do acesso à saúde (GBD, 2017).

O acesso à saúde tem múltiplas dimensões de análise (ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; CECILIO, 2011; GULLIFORD *et al*., 2002). Nesse momento, toma-se o acesso sob o ponto de vista de organização do sistema de saúde e sua capacidade para garantir a atenção à saúde. Não se pretende esgotar ou sequer restringir uma abordagem conceitual, mas apresentar ideias pertinentes, que possam exemplificar diferentes aspectos que são considerados acerca do acesso para avaliação em saúde.

Primeiramente, abordam-se os conceitos de acesso que permeiam estudos na área da saúde, os indicadores e os modelos que podem ser utilizados para uma avaliação. Após, é feita reflexão sobre o eixo da integralidade, considerando-a um movimento reconstrutivo para fortalecer o acesso, do ponto de vista da RS. Adota-se essa perspectiva porque, nesta tese, é um dos elementos que direciona análise para o acesso a atenção às hepatites virais.

O conceito de acesso é polissêmico, nem sempre é consensual o que evidencia as diferentes vertentes para enfoque desse tema tão amplo. Para a saúde, Penchansky e Thomas (1981) apresentaram cinco dimensões para a aplicabilidade da palavra acesso: a primeira se relaciona a disponibilidade, ou seja, o volume de profissionais e serviços; a segunda, a acessibilidade geográfica, que compreende a compatibilidade espacial entre profissionais e usuários; a terceira se relaciona a acomodação/acolhimento, ou seja, a forma como o sistema de saúde se organiza, como horário disponível para atendimentos e o tempo de espera; a quarta é a

aceitabilidade, pouco considerada em muitos serviços, mas que reflete os comportamentos entre os usuários e os prestadores de assistência à saúde; por último, a capacidade de pagamento pelos serviços que foram utilizados e a percepção por parte do usuário quanto ao valor desse serviço.

Segundo o Comitê para Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, no início da década de 1990, (MILLMAN, 1993) e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 1993), acesso refere-se a utilização de serviços de saúde em tempo propício para o alcance do melhor resultado possível. Assim, o acesso relaciona-se aos aspectos de oferta e disponibilidade de recursos, ou seja, a capacidade de acessar serviços necessários, no momento e local adequado, com quantitativo eficiente e custo razoável.

O acesso requer quantitativo de serviços de saúde suficientes e a um custo razoável, no momento e local adequado, com garantia de remoção dos obstáculos físicos, financeiros e outros (VIACAVA *et al*., 2012). Dada a dificuldade de obter medidas para avaliar o acesso, em seu aspecto mais amplo, os estudos têm adotado a utilização como um representante do acesso (ARAUJO *et al.*, 2017), que corresponde à fração da população que procurou e conseguiu acessar o serviço com êxito. Cabe ressaltar que o acesso não equivale somente ao uso do serviço, até porque essa medida não proporciona a análise de usuários que não conseguiram acessar/alcançar à atenção. Existem formas de mensurar a falta de acesso, considerando a “proporção de pessoas que necessitaram de cuidados de saúde, procuraram o serviço, mas não conseguiram o atendimento” (ALMEIDA *et al*,. 2020, p. 2214).

A disponibilidade de serviços de saúde é uma dimensão intrínseca à oferta, ou seja, a disponibilidade de recursos e insumos para garantir a atenção à saúde. No entanto, cabe refletir que embora seja importante para permitir a concretização do acesso, somente a disponibilidade de serviços não garante o acesso, visto que uma série de fatores de demanda, especificidades requeridas por diferentes tipos de grupos de pacientes, a oferta de serviços, de recursos humanos, materiais e insumos, além de aspectos organizacionais que podem reduzir o acesso em vez de aumenta-lo, principalmente em SS com baixa capacidade regulatória (DAWKINS *et al*., 2020; GULLIFORD *et al*., 2002).

É necessário reconhecer que a disponibilidade do serviço pode não ser de conhecimento de todos (GULLIFORD *et al*., 2002; GODDART; SMITH, 2001). O grau educacional, a vivência cultural e de crenças, condição social e econômica, entre outros aspectos fazem com que o indivíduo utilize mais ou menos o sistema de saúde (MCINTYRE; MOONEY, 2007).

A acessibilidade está mais relacionada à oferta de serviços que a disponibilidade de recursos em um determinado tempo ou espaço (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A distância geográfica, o tempo e o custo são fatores para a análise, que podem indicar certo grau de facilidade ou limitação para os usuários na obtenção do cuidado. Há uma relação entre as características do sistema de saúde com o grau de ajuste entre a população e a oferta de recursos disponíveis, mas que não se restringe somente à distância geográfica, ao tempo e ao custo, exprimindo a necessidade de somar a formação dos profissionais e dos recursos tecnológicos (SILVA *et al,*. 2020) para garantir a integralidade da atenção.

Para ampliar o acesso à saúde, a gestão precisa considerar aspectos da geografia, incluindo o planejamento de pontos de serviços de saúde e o aspecto econômico, com a excisão de barreiras de pagamento ou subsídios do usuário para alcançar a assistência; aspectos culturais com a aproximação das normas e técnicas dos serviços ao comportamento, hábitos e costumes da população; além de aspectos funcionais ao ofertar serviços necessários às demandas da população (SILVA, *et al*., 2020; ALBUQUERQUE *et al*., 2017). Considerar o acesso como “porta de entrada”, local que acolhe o usuário em sua necessidade e busca ações resolutivas no sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010), contribui para a gestão rever pontos de estrangulamento e de menor garantia de acesso do sistema de saúde, bem como adotar estratégias para superação desse problema.

O acesso possui abordagem multifacetada, que vem se transformando no decorrer do tempo, inicialmente com forte relação geográfica e financeira, posteriormente incorporando aspectos culturais, educacionais, socioeconômico e de aceitabilidade do usuário (SANCHES; CICONELLI, 2012).

Nesta tese compreende-se o acesso como elemento intrínseco à organização dos SS para atender as necessidades da população, desde a entrada no serviço de saúde à continuidade do tratamento, considerando a disponibilidade geográfica, além de fatores socioeconômicos organizacionais e políticos, bem como as características da demanda populacional.

No campo da pesquisa em saúde, verificam-se modelos que permitem avaliar o acesso, fomentando investigações com características fundamentais para a sustentabilidade dos SS (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Avaliar as formas de acesso na saúde é uma tarefa importante para compreender as políticas que fomentam resposta dos SS frente às necessidades dos usuários, porém requer o envolvimento do ponto de vista dos atores que estão inseridos nesse contexto, ou seja, profissionais, usuários e gestores (AMARAL, BOSI, 2017).

Giovanella e Fleury (1996) comentam que na analise da política de saúde alguns elementos são importantes para serem examinados, sugere-se a abordagem teórica a partir de quatro dimensões que são consideradas como explicativas para compor um quadro teórico na elaboração de políticas públicas. De acordo com os teóricos, essas são: a dimensão econômica que se refere à relação entre a oferta e a demanda, a dimensão técnica que é relativa à forma de planejamento e organização da rede de serviços, a dimensão política de consciência sanitária e da organização popular em torno do projeto de Estado e, por fim, a dimensão simbólica em que se manifestam as representações sociais sobre o sistema de saúde frente à atenção ofertada.

A partir da estrutura proposta por Giovanella e Fleury (1996), no intuito de construir a possibilidade de articulação teórica-prática para analisar o acesso enquanto direito de cidadania Assis, Villa e Nascimento (2003) reaproximam-se em estudo das dimensões economia, técnica, política e simbólica. Posteriormente, Jesus (2006) aprofundou a discussão sobre as dimensões do acesso e em um processo de aprimoramento e sob a ótica de um novo ângulo interpretativo, além disso, Jesus e Assis (2010) retomam essas dimensões de análise do acesso utilizando-se dos referenciais de Santos (2003) e Albuquerque (1986) para focalizar a análise do acesso por meio da análise de dimensões economia, técnica, política e simbólica, sob o ponto de vista de uma totalidade concreta, sustentado a partir do princípio da equidade.

Sanchez e Ciconelli (2012) descrevem quatro dimensões do acesso: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A disponibilidade correspondente à relação geográfica entre os serviços e o indivíduo; a aceitabilidade que é dada pela configuração dos serviços prestados e percepção pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais; a disposição de pagamento diz respeito à relação entre o custo de utilização dos

serviços de saúde e o poder de pagamento dos indivíduos; a informação refere-se ao grau de desequilíbrio entre o conhecimento do paciente e do profissional. Cada dimensão apresentada é passível de avaliação, por indicadores de processo e resultado, com premissas para observar a existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde.

Assis e Jesus (2012) apresentam um modelo de análise para desenvolver postura crítica em refletir e intervir nas práticas e serviços, considerando o acesso aos serviços de saúde em cinco dimensões: política, relacionada aos fatores como pactuação entre as instâncias (municipal e estadual), participação social, acompanhamento do processo decisório; econômico-social, no que diz respeito aos investimentos na rede pública, por esfera de poder e nível de complexidade, além de considerar as barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas; organizacional que compreende aspectos como porta de entrada, fluxo de atendimento, barreiras geográficas, regulação, referência/contrarreferência e avaliação; técnica, relacionada à integralidade da atenção, acolhimento, vinculo, competência/habilidade, autonomia, compromisso, projeto terapêutico compartilhado – equipe e usuário, qualidade da atenção; por fim, simbólica que compreende o processo saúde-doença, cultura, crenças, valores, subjetividade para uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

Neste estudo considera-se para análise a abordagem nas dimensões propostas por Assis e Jesus (2012), na qual o acesso é um produto final da atenção prestada, em tempo oportuno, sustentado a partir do princípio da equidade em que sofre influências por fatores políticos, econômico-sociais, organizacionais, técnicos e simbólicos.

Conforme proposta de Assis e Jesus (2012), a ênfase na garantia da equidade como resposta do sistema de saúde perpassa por transversalizar a integralidade na discussão do acesso. Para Ayres (2009) a integralidade é entendida como possibilidade para avançar na qualidade da atenção. Quatro eixos são considerados nesse movimento: o eixo das necessidades, que acolhe a necessidade do usuário e promove uma resposta a ela; o eixo das finalidades, que está ligada à questão da eficiência dos serviços e o acesso oportuno, que remete ao grau de integração das ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação/reinserção; o eixo das articulações, que se relacionam à capacidade de trocar informações entre as equipes de saúde para oferecer a melhor resposta a

demanda do usuário; e o eixo das interações que promove condição que efetiva e problematiza as ações para a atenção à saúde.

Assegurar a direcionalidade das políticas de atenção à saúde que favoreçam o acesso, frente aos princípios do SUS, requer a coordenação da rede de atenção à saúde (RAS) para a continuidade do cuidado, considerando as dimensões dos diferentes atores envolvidos no cuidado, na expectativa de ampliar o trabalho em equipes e favorecer a integralidade. A comunicação entre os níveis de atenção à saúde é essencial no eixo estruturante da integralidade, pois decorre da capacidade de estruturas e mecanismos reguladores dos fluxos de usuários (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2020).

Na gestão do sistema de saúde, ao ser considerado o acesso universalizado representado como direito à cidadania, implica promover ações que assegurem espaços de equidade e integralidade. Nesse sentido, o uso da avaliação do acesso, como instrumento na gestão, para fortalecer a resposta do sistema de saúde, perpassa uma análise sob a dimensão regional, por ser um potente instrumento de debate e *feedback* para fortalecer o próprio acesso (SILVA et. al. 2020).

Entende-se que um estado, como o Mato Grosso, que possui ampla extensão territorial e peculiaridades na organização dos serviços de saúde em decorrência dos processos de descentralização e regionalização adotados (GLERIANO *et al.*, 2021), a gestão precisa considerar na avaliação do acesso as particularidades desse território para elucidar estratégias que avancem na garantia dos princípios constitucionais e do SUS.

O debate sobre a RS avança no SUS para fortalecer a organização da atenção, por meio de redes regionalizadas, imbuídas em um processo de regionalização que ocorre em duas ações principais, uma na forma de organizar/integrar serviços para torná-los mais eficientes e eficazes e, outra, na criação de RS a partir das características epidemiológicas de determinada população, que vive em espaço e tempo precisos, ou seja, atua no âmbito territorial (SILVA *et al.,* 2020; DUARTE *et al*., 2015; SANTOS, 2017; SILVA, 2011).

Presume-se que a análise da RS pela gestão potencializa alocação de recursos em um determinado espaço geográfico, que recebe instalações, recursos materiais, profissionais e programas, no intuito de ampliar o acesso para superar a fragmentação social, assistencial, territorial e de comando (DUARTE *et al*., 2015). O

enfoque regional é uma ferramenta de gestão para organização do sistema de saúde e racionalização na prestação dos cuidados de saúde (FERREIRA *et al*., 2010).

No campo da geografia, o termo região tem sido utilizado para definir uma porção de território que possui características dominantes, naturais, históricas, sociais, econômicas e culturais, homogêneas e diferentes das áreas situadas ao seu redor (TAMDJIAN; MENDES, 2008). Mas, também, região é entendida como um espaço político e econômico que manifesta poder territorial (SANTOS, 2018). O uso na saúde pode permitir uma aproximação ao conhecimento sobre a produção de informações acerca das necessidades sociais e dos problemas de saúde, contribuindo para o planejamento regional (SILVA *et al*., 2020).

A RS é definida no Art. 2 do Decreto nº 7.508, de 2011, como:

> Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

A tentativa de organizar as RS não por proximidade territorial, mas por capacidade sanitária de atender às demandas, infere rediscutir a capacidade de interface com o poder público e aglutinação regional para garantir o acesso à saúde em rede delimitada e em um determinado espaço territorial que se articule para garantia contínua da prestação da assistência sob o enfoque regional da gestão. Por isso, a necessidade de o SUS ser sistêmico, único e descentralizado com interconexões federativas de responsabilidades sanitárias e governança interfederativa (SANTOS, 2018).

A ampliação de atores no modelo de gestão para o trabalho regional ganhou enfoque a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, que estabeleceu prioridades de agenda, incluindo como proposta os Colegiados de Gestão Regional (CGR) para integrar o planejamento regional e com arranjos que atendam as necessidades de saúde das regiões e integre as políticas setoriais (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018; LIMA *et al*., 2012). As Comissões Intergestoras Regionais (CIR), os Comitês Gestores das Redes de Atenção à Saúde (CGRedes), os Grupos Condutores e o Apoio Matricial tornaram-se espaços colegiados para impulsionar o processo regional.

O investimento nesse modelo de organização no SUS foi compreendido como o caminho para minimizar as distâncias geográficas e tornar a resposta mais equânime e integral, considerando um modelo de gestão interfederativa, com

garantia de autonomia sanitária e capacidade de dotar essas regiões com instrumentos de gestão compartilhada (SANTOS; CAMPOS, 2015; VIANA *et al*., 2017).

A capacidade de ação administrativo-sanitária da RS deve ser capaz de unificar o que supostamente a descentralização teria fragmentado, para isso deve-se dotar de expertise sanitária que consente a resolutividade em promover o acesso adequado ao itinerário terapêutico do usuário (SANTOS, 2017). No entanto, a inexistência de uma figura jurídica regional, o baixo uso dos espaços de gestão para o planejamento regional, além de fragilidades na pactuação de serviços para suprir demanda têm sido entraves para o processo da regionalização em saúde.

Diante da complexidade do espaço regional, como alternativa para avançar na construção articulada dos diversos serviços, de atenção ambulatorial ou hospitalar, tem-se fortalecido a concepção de RAS. As RAS são arranjos organizativos de ações e conjuntos de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, formados por meio do planeamento a partir das necessidades locorregionais, compondo uma rede poliárquica que conecta entre si por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, por uma única incumbência, objetivo comum e ação cooperativa de garantir a integralidade do cuidado para determinada população (BORSATO; CARVALHO, 2021; BRASIL, 2017; MENDES, 2010).

A estrutura operacional das RAS é composta por: Atenção Primária à Saúde (APS) que corresponde ao centro de comunicações; os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e sistemas de informação), os sistemas logísticos (registro eletrônico, sistemas de acesso regulado e sistemas de transporte) e o sistema de governança (MENDES, 2011).

Os fundamentos que sustentam a RAS são: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos. A RAS opera sob a interação de três elementos: população/RS definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde que organizam o funcionamento das RAS, sendo diferenciados em modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas (BRASIL, 2010).

As condições agudas aparecem de maneira pouco esperável, estão em curso e precisam de resposta dos SS em tempo oportuno. Já as condições crônicas se apresentam de maneira relativamente longa ou permanente, requerem dos SS

abordagem de acompanhamento contínuo e integrado, com proatividade dos serviços no monitoramento dos casos. Estas podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições crônicas agudizadas. Um grande problema dos SS contemporâneos está em responder às condições crônicas (MENDES, 2018; MENDES, 2015).

De certa forma, a avaliação em saúde, quando utilizada como instrumento da gestão, possibilita estabelecer dispositivos institucionais capazes de promover um ciclo de análise e avaliação de programas públicos, cujos resultados podem subsidiar ações específicas capazes de direcionar a economia de escala para a qualidade da atenção em um contexto de um território tão heterogêneo com grandes desigualdades sociais, como o caso brasileiro.

Ressalta-se que diferentes abordagens podem ser úteis e adequadas para desenvolver a avaliação em saúde. Nesta tese utiliza-se como metodologia para a avaliação do acesso a serviço ou rede de atenção à saúde a condição traçadora, que por definição é uma “atividade típica do sistema de saúde que possa ser utilizada como preditor de qualidade da atenção” (KESSNER, 1973). A referida atividade ou agravo deve atender determinados pressupostos para ser considerada, como afirma Kessner (1973), “típica do sistema de saúde”.

O uso da condição traçadora possibilita avaliar a oferta, a produção e o acesso aos serviços de saúde que são referência no atendimento a determinado agravo (TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008). Como método, a traçadora possibilita analisar aspectos que fortalecem e fragilizam os SS e, assim, pode colaborar para ampliar a capacidade da tomada de decisão que oportuniza ampliar processos de diálogo que possam favorecer a pactuação e acertos, que promovam ampliação do acesso para alcançar a universalização do sistema de saúde (TANAKA *et al*., 2019).

Nesta tese, as hepatites virais são focadas como condição traçadora. Destaca-se que além dos critérios propostos por Kessner, que serão abordados no item “Referencial teórico-metodológico” desta tese, as hepatites virais são problema de saúde pública, velado e pouco discutido na perspectiva de organização do sistema de saúde. Nesse sentido, além de ser a abordagem metodológica de escolha, elencar as hepatites virais como condição traçadora tem como perspectiva promover reflexões que direcionem a atenção para avançar na capacidade de articulação dos serviços que compõem a RAS, com o intuito de avançar na prevenção, no diagnóstico e no tratamento dessa doença.

3.3 Hepatites Virais

Neste estudo, a avaliação considera as hepatites virais como uma condição traçadora, tal cenário possibilita depreender e inferir a avaliação do acesso à atenção do sistema de saúde para além da própria condição elencada. Assim, este tópico passa a explorar aspectos conceituais, epidemiológicos e de organização do sistema de saúde para atenção a essa doença.

As hepatites virais são provocadas por distintos agentes etiológicos, apesar de semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, requer o uso de recursos tecnológicos e de atenção especializada, a depender do tipo para confirmação diagnóstica. Além disso, é um importante agravo de saúde pública com diferença epidemiológica na distribuição universal, apresentando variação da intensidade de região para região (RAZAVI, 2020).

As hepatites virais são doenças de sintomatologia silenciosa, a maior parcela das pessoas não descobre que tem a doença até alcançar estágio avançado, já manifestando um comprometimento das funções hepáticas (DUARTE *et al.*, 2021), representando grande capacidade de complicações das formas agudas e crônicas. Além do mais, aspectos socioeconômicos presentes na transmissão das hepatites e a capacidade do usuário acessar o sistema de saúde para diagnóstico e tratamento também perpassam essa discussão. Assim, a relevância epidemiológica e o impacto das hepatites virais na vida das pessoas têm chamado a atenção para a resposta dos SS em seu enfrentamento.

Considerando-se as peculiaridades epidemiológicas de diagnóstico e terapêuticas das hepatites A, B, C e D, no mundo e no Brasil, apresenta-se a seguir considerações sobre elas.

A hepatite A é uma doença viral transmitida de pessoa a pessoa principalmente por via fecal-oral tendo relação com o saneamento precário, a suscetibilidade ao vírus e a capacidade de resposta da saúde pública em informar para reduzir a endemicidade da doença (GUIMARAENS; CODECO, 2005). Também, registra-se na literatura a transmissão do VHA em algumas práticas sexuais, sobretudo em população de homens que fazem sexo com homens (LINDER; MALANI, 2017; THUENER, 2017). É estimado que 126 milhões de casos de hepatite A aguda e 35.000 mortes anualmente, ocorridos nas últimas duas décadas em

vários países em desenvolvimento (OMS, 2012). A OMS estima que a hepatite A, em todo o mundo, causou aproximadamente 11 mil mortes em 2015, o que represta 0,8% da mortalidade de hepatite viral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

As taxas de transmissão do vírus da hepatite A (VHA) são muito altas na maior parte da África e partes da Ásia, América do Sul e Europa Oriental, áreas de recursos precários de saneamento. Vale registrar que quase todas as pessoas são infectadas na primeira infância. Já em contraste, nos países ricos, a exemplo, América do Norte, Europa Ocidental, Austrália e Japão, devido às boas condições de saneamento e higiene, existem pouca circulação de VHA.

No Brasil, no período de 1999-2019 registrou-se 168.036 (25,0%) casos notificados de hepatite A, com maior proporção de infecções na região Nordeste, sendo que 1,6% dos óbitos por hepatites estavam associados a hepatite viral A (BRASIL, 2020).

Percebe-se que a melhoria da condição de higiene, em vários países com poucos recursos sanitários, levou à redução da transmissão do VHA. Nos países como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Israel, Itália e Espanha a vacinação contra a hepatite A tem sido a forma adotada para o controle e medida preventiva, mostrando resultados significativos após implantação da vacinação (PLUNKETT; MANDAL; BALOGUN, 2019; THUENER, 2017; HENDRICKX *et al*., 2008). Na Argentina, com a introdução no programa de imunização infantil de uma dose de vacina HAV inativada aos 12 meses de idade, acarretou na redução significativa da incidência sintomática, complicações e transplante de fígado causado por infecção por VHA (AGGARWAL; GOEL, 2015).

No Brasil, a vacinação para hepatite A está disponível desde 2014, no Programa Nacional de Imunização (PNI), para população pediátrica a partir de 15 meses de idade. O que contribui para a redução e controle da doença principalmente nas crianças a partir de um a nove anos de idade (BRASIL, 2015). No entanto, em análise da implantação da cobertura vacinal e incidência no país comprovaram tendência de descuido com essa vacinação, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, mostrando que essa acomodação também é aplicada na análise do estado de Mato Grosso (BRITO; SOUTO, 2020).

Em relação à hepatite B, estima-se que 240 milhões de pessoas vivem cronicamente infectadas pelo VHB no mundo, que pelo menos dois bilhões de pessoas teve contato com o vírus e que a hepatite B causa anualmente cerca de

790.000 mortes. Cada ano, aproximadamente, quatro milhões de novos casos de infecção é notificado e, destes, 780 milhões são decorrentes ao VHB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Percebe-se decréscimo de novas infecções pelo VHB nas últimas décadas em decorrência da introdução da vacina, passando de 18 milhões de novas infecções por ano, desde a década de 1990, para cerca de 4,7 milhões de novas infecções em 2015. No entanto, existe uma previsão de que se não for realizado ações que aumentem a prevenção e o tratamento, as novas infecções por VHB permanecerão perto de 3 milhões por ano até 2030 (NAYAGAM, *et al*., 2016).

A maior prevalência de hepatite B é registrada na África (6,1%) e nas regiões do Pacífico Ocidental (6,2%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Em relação às Américas, a América Latina têm taxas de prevalência mais altas e em áreas endêmicas, como na bacia amazônica, a taxa de portadores de hepatite B é superior a 8% (FRANCO *et al*., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, no período de 1999-2019 registra-se 247.890 (36,8%) casos de hepatite B, com maior concentração na região Sudeste e Norte. Já em relação aos óbitos por hepatite, 21,3% estavam relacionados à hepatite B (Brasil, 2020), com expressiva manifestação em populações vulneráveis, a exemplo de indígenas, quilombolas e ribeirinhos, dentre outras populações que moram em áreas silvestres e/ou rurais (DE LEÃO *et al*., 2013; MOTTA-CASTRO *et al*., 2009). Estudos epidemiológicos revelam que a prevalência da infecção pelo VHB varia de 1,63% a 16,7% nas populações ribeirinhas (ALMEIDA *et al.*, 2012; PAULA *et al*., 2001), e de 0 a 20,6% entre indígenas da região amazônica (BRAGA *et al*., 2001; BRAGA, 2004).

No Brasil, nos últimos anos percebe-se melhoria na endemicidade em relação à prevalência, incidência e cobertura da vacina da hepatite B, repercutindo em áreas que são consideradas prioridades, como no interior da região amazônica e em comunidades que apresentam difícil acesso. Todavia, cabe salientar que a situação está longe de ser segura, é necessário aflorar maiores esforços para controlar o HBV em comunidades e populações específicas (SOUTO, 2016).

Em relação à hepatite C, a estimativa em 2015 mostrou que houve 1,75 milhões de novas infecções por VHC em todo o mundo (taxa de incidência global de 23,7 por 100.000) e aproximadamente de 130 a 150 milhões de pessoas possuem infecção crônica. Ademais, a cada ano entre 3 a 4 milhões de casos novos são

identificados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Segundo a OMS, em cada ano ocorrem cerca de 350.000 e 500.000 complicações na saúde da população decorrentes desse agravo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). No continente americano, a prevalência da infecção pelo VHC é de 1% a 2,9%, ou seja, aproximadamente 13 milhões de pessoas podem estar infectadas pelo VHC. Porém, é importante considerar que em decorrência da baixa testagem para infecção por VHC, calcular a incidência de infecções é um desafio, mesmo ao utilizar as tendências dos dados de vigilância, as limitações são reconhecidas (COOKE *et al*,. 2019). Por isso, é evidente a necessidade de investir em ações de testagem e sistemas de informação que deixe mais claro a situação de saúde das hepatites para a análise de seus indicadores.

No Brasil, no período de 1999 a 2019 foram notificados 253.307 (37,6%) de hepatite C com maior proporção de infecções na região Sudeste e Norte. Já em relação ao número de óbitos por hepatites, 76,02% estavam relacionados à hepatite C (BRASIL, 2020).

Em relação ao vírus da hepatite delta (VHD), quando analisado a nível mundial, estima-se aproximadamente que 15 a 20 milhões estão infectados pelo VHD, (DE OLIVEIRA *et al*., 2017) com um número anual de óbitos estimado entre 620 mil e 1 milhão (SCAGLIONE *et al*., 2012). No Brasil, no período de 1999 a 2019 foram notificados 4.156 (0,6%) de hepatite D, com maior proporção de infecções na região Norte, que chega acumular 74,4% do total de casos. Em relação ao número de óbitos por hepatites, 1,0% correspondeu a hepatite D (BRASIL, 2020). A região amazônica, no Brasil, é identificada como área de alta endemicidade para hepatite B, muitas vezes associada à coinfecção ou superinfecção pelo vírus da hepatite delta (VHD) (ECHEVARRÍA; LEÓN, 2003) que pode decorrer de condição negligenciada pelos serviços de saúde (CICERO *et al*., 2016).

Diante do exposto, tem-se construído ações de políticas públicas de saúde com um olhar para as hepatites sob os grupos vulneráveis e prioritários. Alguns grupos em situação de vulnerabilidade social diversas estão sob maior risco de infecção pelo VHB e VHC, em especial os profissionais do sexo, gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; MARCHESINI *et al*., 2007; PASSOS *et al*., 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). Todas essas populações,

devido às condições que expõe situação de vulnerabilidade social e ao estigma, também estão expostas a outros agravos (BRASIL, 2018) e consequentemente enfrentam barreiras no acesso às estratégicas de prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância das hepatites.

Cabe ressaltar que no mundo, entre pessoas que usam drogas injetáveis, a prevalência de infecção por VHC é 33 vezes maior e de VHB é 2,5 vezes maior do que na população em geral, configurando um grupo estratégico para ações de enfrentamento (GOWER *et al*., 2014; SCHWEITZER *et al.,* 2015). Na Irlanda, a transmissão do VHC tem como principais vias de transmissão o uso de drogas injetáveis e, no mundo, essa prática evidencia cerca de 80% de novas infecções entre pessoas que injetam drogas (MURTAGH *et al.*, 2018).

Quando analisada a população privada de liberdade, a prevalência de infecções por VHB e VHC também é maior em comparação com a população em geral, variando de 1,4 - 23,5% para HBV e 1,8 - 20,6% para VHC, sendo que a incidência de HCV entre prisioneiros é alta, relatada em até 30 casos por 100 prisioneiros por ano (VESCIO *et al*., 2008; HUNT; HUNT; SAAB, 2009; SWADLING *et al*.. 2016). Em relação aos profissionais do sexo, às pessoas com múltiplos parceiros sexuais e aos homens que fazem sexo com homens (HSH) constata-se que aumenta a prevalência de infecção por VHB (LU P-J *et al*., 2011; WANG *et al.*, 2012; DALEY *et al.*, 2009; GORGOS, 2013; YAPHE *et al*., 2012).

A natureza infecciosa da hepatite viral manifesta, quando não tratada, sequelas ao longo prazo, a exemplo: cirrose e carcinoma hepatocelular. Estimativas apontam que aproximadamente 57% dos casos de cirrose hepática e 78% dos casos de câncer primários do fígado são resultados da infecção pelos vírus da hepatite B e C (POLARIS OBSERVATORY COLLABORATORS, 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). O VHB e o VHC são responsáveis por mais de 50% de todos os casos de câncer de fígado, que é o terceiro maior causador de câncer em todo o mundo e o segundo maior na África (FITZMAURICE *et al*., 2017; EL-SERAG, 2012).

As complicações das infecções pelo VHB ou VHC, na forma crônica, possuem elevado risco de progressão da doença e quando não tratadas e/ou agravadas por abandono de tratamento podem resultar na necessidade de transplantes de fígado (BRASIL, 2005). A análise acerca de transplantes de órgãos sólidos no Brasil, destaca que as regiões Sul e Sudeste possuem maiores frequências de

transplantes, em específico no Centro-Oeste percebe-se o transplante hepático, como também na Bahia, notando aumento desse tipo de transplante na região Nordeste, porém na região Norte sobressai o Acre como o estado mais ativo quando se trata de transplante hepático (SOARES *et al*., 2020).

O Brasil é referência mundial em transplantes, sendo o SUS o grande responsável por essa resposta. Somente em 2018 aproximadamente 96% dos transplantes foram realizados por meio do SUS (BRASIL, 2018; GÓMEZ; JUNGMANN; LIMA, 2018). De 2001 a 2019 foi realizado 24.810 transplante de fígado no país, com um crescimento ascendente a partir de 2009, somente no Centro Oeste foram 554, com crescimento expressivo a partir de 2012. Até agosto de 2020, 1.812 pessoas aguardavam por um transplante de fígado, sendo que no Centro Oeste 21 pessoas estavam na fila de espera (BRASIL, 2020). Em relação às listas de espera para transplantes, as particularidades de cada caso constituem-se na prioridade do paciente e não na ordem de ingresso na fila, critérios e condições avaliadas por equipes médicas definem a gravidade e a compatibilidade da posição frente a gravidade da doença (SANTOS *et al*., 2018).

Esses dados demonstram a necessidade de discutir estratégias que auxiliem no enfrentamento da transmissão desse agravo, uma vez que uma expressiva quantidade de população suscetível às hepatites possuem fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, o que reforça a importância de elaborar ações específicas e contextualizadas visando superar os desafios existentes nas regiões de saúde. A relevância da ampliação do foco de atenção para as hepatites e a importância de investigar como os serviços de saúde existentes podem favorecer a atenção na perspectiva de prevenção, diagnóstico e tratamento perpassa pela análise da organização do sistema e serviços de saúde, pressupondo rede horizontal e integrada de pontos de atenção à saúde.

Para a atenção às hepatites virais, os países de baixa renda e média são os que mais necessitam desenvolver estratégias de ações nos seus SS para melhorar o acesso, requerendo aporte financeiro e de infraestrutura, bem como a análise do perfil de morbimortalidade da população em relação ao agravo e as implicações decorrentes da ausência do acesso para avançar em uma política que realinhe arranjos organizacionais consistentes capazes de qualificar a atenção e reduzir a morbimortalidade por hepatites (COOKE *et al*., 2019; STANAWAY *et al*., 2016).

A eliminação global da hepatite viral é uma meta realista para os ODS, desenvolvida na Assembléia Mundial da Saúde que visa, por meio da Estratégia Global do Setor de Saúde (GHSS) tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como protagonista, estimular por todos os estados-membros uma redução global na mortalidade relacionada à hepatite de 65% e uma redução de 90% nas novas infecções até 2030 (COOKE *et al.*, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

No ano de 2012, a OMS elaborou o documento intitulado “Prevenção e controle das hepatites virais: marco para a ação mundial” com visão de fortalecer o acesso à atenção e ao tratamento seguro e eficaz das hepatites; com metas à redução da transmissão e da morbimortalidade, além da melhoria da atenção com diminuição das repercussões socioeconômicas nos níveis individuais, da comunidade e da população em geral, fomentado parcerias capazes de mobilizar recursos; com política baseada em dados primários e dados para a ação; prevenção da transmissão; além de detecção, atenção e tratamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A OMS apresentou um plano de ação com orientações estratégicas para o enfrentamento das hepatites nos SS. Já a OPAS, em consonância com os objetivos e linhas estratégicas de ação da OMS, replicou tais orientações aos países das Américas, em linhas de trabalho, sendo: I) a promoção da resposta integrada; II) o avanço no acesso equitativo à atenção preventiva; III) aperfeiçoar o acesso equitativo à atenção clínica; IV) reforçar a informação estratégica; V) estimular nos serviços a previsão de insumos laboratoriais para possibilitar o diagnóstico, a vigilância e a segurança no tratamento do sangue (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2013).

Em 2015 foi aprovada a Resolução A/RES/70/1 da Assembleia Geral das Nações Unidas, “Transformar nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, na qual um dos objetivos a ser alcançado até o ano de 2030 diz respeito a eliminar as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e enfermidades tropicais, combater as hepatites, as enfermidades transmitidas pela água e outras enfermidades transmissíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Assim, a OMS propôs estratégias mundiais no período 2016-2021 de: expandir a informação à população sobre o tema, incentivando os serviços de saúde avançar na resposta do tratamento medicamentoso, assim como formas de diagnósticos e outras tecnologias contra esse

agravo, reforçando o acordo de atingir no SS a equidade no atendimento à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Com a adoção da Estratégia Global do Setor de Saúde (GHSS), em 2016, para conseguir atingir as metas estabelecidas pela OMS para as hepatites virais, foi delineada a necessidade de fortalecer os SS no contexto da estrutura para favorecer o acesso a serviços de saúde por meio de uma resposta unificada em vez de programas isolados. Sendo reconhecido que os esforços precisam ser mantidos em meio a uma agenda de saúde global (FITZMAURICE *et al*., 2017).

Logo, tem-se que um conjunto de diretrizes internacionais direciona os SS para enfrentar as hepatites virais e para isso, tornando necessário um olhar cauteloso aos contextos de organização dos serviços de saúde no SS, do perfil de morbimortalidade, da oferta e uso de recursos. No contexto brasileiro, por conta de suas singularidades, a produção do conhecimento deve subsidiar a tomada de decisão com recomendações de intervenções assertivas à gestão em saúde.

Um grupo de *experts* na atenção às hepatites recomenda aos Ministérios de Saúde que programem ações que simplifique o acesso ao diagnóstico, efetive maior viabilidade programática ao uso de antivirais de ação direta (AAD) e pangenotípicos para o tratamento do VHC; garantir a integração de programas para o rastreamento das hepatites, oportunizando a investigação cruzada de doenças verticais; assegurar a testagem e renovar pesquisas sorológicas; definir grupos prioritários em risco de transmissão e pacientes com doença hepática grave; desenvolver capacidade local para orientar a expansão de serviços e instrumentalizar a prática profisisonal com evidências em protocolos simplificados; envolver profissionais de saúde, sociedade civil, além de governantes, na conscientização; garantir o monitoramento do impacto dessas estratégias em direção à meta de eliminação das hepatites (COOKE *et al.,* 2019).

Diante o contexto de recomendações internacionais para o enfrentamento das hepatites nos SS, nesse momento descreve-se as ações que promoveram atuação do Brasil no controle desse agravo.

Ao verificar as publicações do MS do Brasil, ao longo do tempo, percebe-se revisão de estratégias que sejam mais dinâmicas para prevenção das hepatites, que antecedem o Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV), por exemplo, a implantação da vacina da hepatite B em 1989 – no início para crianças do oeste do estado do Amazonas, justificada pela elevada prevalência da doença na localidade.

Aos poucos houve recomendação da vacinação aos demais estados da região norte. Desde 1992 a vacina foi indicada para grupos vulneráveis e populações específicas e em 1993 foi estendida aos estados das regiões Sul e Sudeste para as crianças com até quatro anos de idade (XIMENES et al., 2015). A partir de 1998 a vacina contra hepatite B foi incorporada no Calendário Nacional de Vacinação da Criança, sendo disponibilizada para todas as crianças a partir do nascimento, já com aplicação da dose ao nascer. Em 2001, a faixa etária da vacinação para hepatite B foi ampliada até 19 anos, posteriormente ampliada até 29 anos a partir de 2011 e até 49 anos a partir de 2013. Sendo que em 2016 a vacina foi indicada para toda a população, sem levar em conta idade ou condições de vulnerabilidade social (BRASIL, 2015).

A importância da vacinação é reconhecida no mundo como um sucesso da atenção à saúde pública e que estima ter evitado cerca de 310 milhões de casos de hepatite B entre 1990 e 2020, por isso, a manutenção da cobertura de vacinação continua sendo crucial para todos os planos de eliminação (COOKE *et al*., 2019). Porém, a vacinação ainda é um desafio que precisa ser fortalecido, apenas 97 países incluem em seus esquemas de vacinação de rotina a vacina contra a hepatite B ao nascer, sendo que somente 39% das crianças receberam a dose ao nascer em 2015, resultado de falta de políticas nacionais, conscientização dos profissionais de saúde e coordenação entre os programas de vacinação e saúde materna (WORLD HEALTH ORGANIZATION -UNICEF, 2015).

No SUS foi publicada, em 2002, a Portaria n.º 263/GM que trata da ampliação do acesso, da capacidade instalada dos serviços de saúde e dos centros de referência para o tratamento das hepatites. Nessa portaria concebe-se espaço para projetar a organização, regulação, acompanhamento e a avaliação do conjunto das ações de saúde para o controle das hepatites virais (BRASIL, 2002). Instituiu-se, por meio da Portaria n.º 263/GM, o PNHV com projeção à prevenção, à vigilância e à assistência nos níveis de atenção. Define-se na Portaria nº 2080/GM as competências das três esferas de gestão, sendo que a organização fica sob-responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e dos municípios. Isso ocorre a depender do nível de responsabilidade no Programa, estabelecendo a organização em Redes Estaduais de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais por fluxos de referência e contrarreferência entre os serviços no intuito de garantir a execução de todas as fases do processo assistencial, mesmo

que necessite articular entre os gestores estaduais as eventuais referências interestaduais (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003). Em novembro 2002, o MS publicou a avaliação da Assistência às Hepatites Virais no Brasil, esse foi o primeiro passo na implantação de análise de indicadores e do sistema de avaliação permanente dos serviços. Nessa publicação apresenta-se o Plano Operacional do Programa Nacional de Hepatites Virais (BRASIL, 2002).

Historicamente, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são os serviços de diagnóstico/testagem, aconselhamento e encaminhamento nas demandas de hepatites virais. Para avançar na atenção integral e descentralizar a referência no tratamento foram organizados os Serviços de Atendimento Especializado (SAE), responsáveis, também, pelo teste rápido, solicitação de carga viral para confirmação do diagnóstico e tratamento das hepatites (BRASIL, 2017). Para incrementar a testagem o MS descentralizou a oferta de teste rápido para a hepatite viral em outros serviços de saúde (BRASIL, 2008; Rocha *et al*., 2016).

No ano de 2009, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) passou a coordenar o PNHV, desenvolvendo ações focadas na ampliação do acesso, incremento da qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde,. Isso ocorreu como propostas para organizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o conjunto das ações de saúde centradas nas hepatites virais (BRASIL, 2016).

O Brasil, como signatário da proposta da OMS, alinhado a meta internacional de até 2030 eliminar as hepatites virais como problema de saúde pública, vem desenvolvendo estratégias que auxiliam na elaboração de estratégia para atingir esse objetivo. No ano de 2017, o DIAHV em parceria com *Center for Disease Analysis* (CDA) e OPAS desenvolveu o projeto colaborativo, epidemiológico da hepatite B e C no Brasil. Com a elaboração desse projeto tornou-se possível identificar as metas a serem alcançadas em relação ao diagnóstico e tratamento, assim como, elaborar o Plano de Eliminação de Hepatite C (BRASIL, 2018).

Em 2019, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) passou a compor, no organograma do MS, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis *(*DCCI*)* e houve pactuação na CIT para a migração dos medicamentos de hepatites do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) para o Componente Estratégico da Assistência

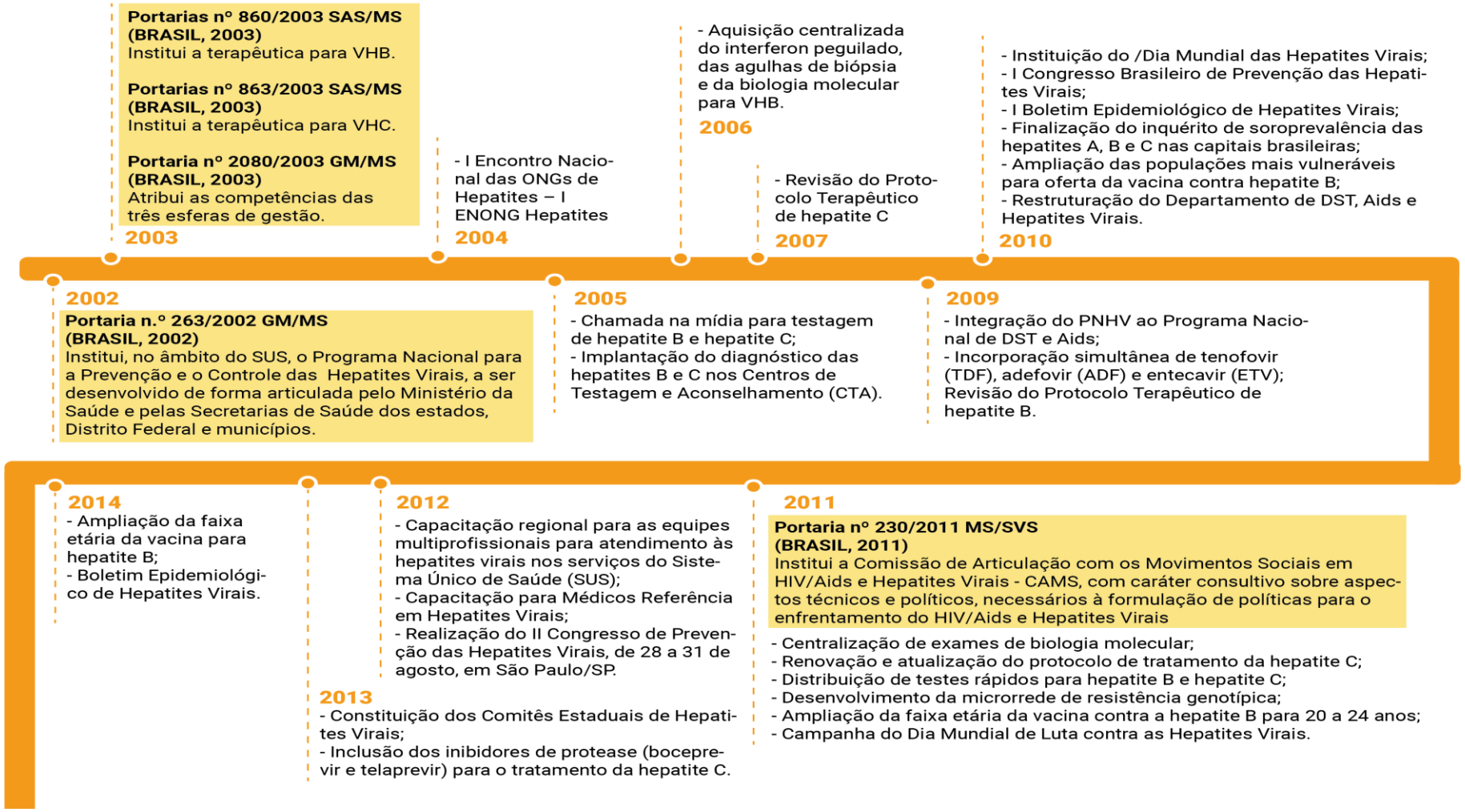
Farmacêutica (Cesaf), oficializada por meio da Portaria MS nº 1537, ou seja, uma remodelação para ampliar o acesso ao tratamento.

A publicação da Portaria n° 1.537/2020 MS/GM tonifica a autonomia dos entes federados para estruturar a rede administrativa e assistencial dos serviços e, ao mesmo tempo, amplia as atribuições/competências da APS. Assim, o PNHV deve ser articulado pela SVS em parceria com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, a Fundação Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE).

Para apoiar a descentralização de testagem, principalmente na APS, o MS, em parceria com o Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN), publicou a nota técnica N° 369/2020 CGAHV/DCCI/SVS/MS (BRASIL, 2020j) que orienta a atuação do enfermeiro para ampliação da estratégia do acesso ao diagnóstico das hepatites B e C. No entanto, cabe ressaltar que a amplitude das ações conduzidas pela MS no ano de 2019 resvala na propositura de investimento na logística, descentralização da gestão, organização de fluxos e capacitação profissional.

A Figura 1 apresenta uma linha do tempo desde a criação do PNHV, com as portarias ministeriais que foram emitidas para direcionar a gestão em saúde, bem como uma síntese dos principais marcos de ações e eventos que colocaram as hepatites em pauta para discussão nos serviços no SUS.

Figura 1 - Linha do tempo, desde a criação do PNHV, com as respectivas portarias ministeriais e síntese dos principais marcos acerca das hepatites no SUS.



Continua

2016

- Campanha do Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais – "Julho Amarelo";
Atualização do PCDT para Hepatite B e Coinfecções;
- Universalização da vacina contra hepatite B;
- Ampliação da faixa etária de vacinação contra hepatite A para crianças de 15 meses a 5 anos incompletos;
- Novo tratamento para hepatite C na Conitec – os fármacos veruprevir, ritonavir, ombitasvir e dasabuvir foram incorporados para o tratamento de hepatite C crônica causada por infecção pelo genótipo 1 do HCV.

2015

- Campanha do Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais;
- Realização do III Congresso Brasileiro de Hepatites Virais, de 17 a 20 de novembro, em João Pessoa/PB;
- Criação do Grupo de Trabalho para elaboração de ações de enfrentamento das hepatites virais na Região Amazônica e Norte;
- Novo PCDT para Hepatite C e Coinfecções (terapia com daclatasvir, simeprevir e sofosbuvir).

2017

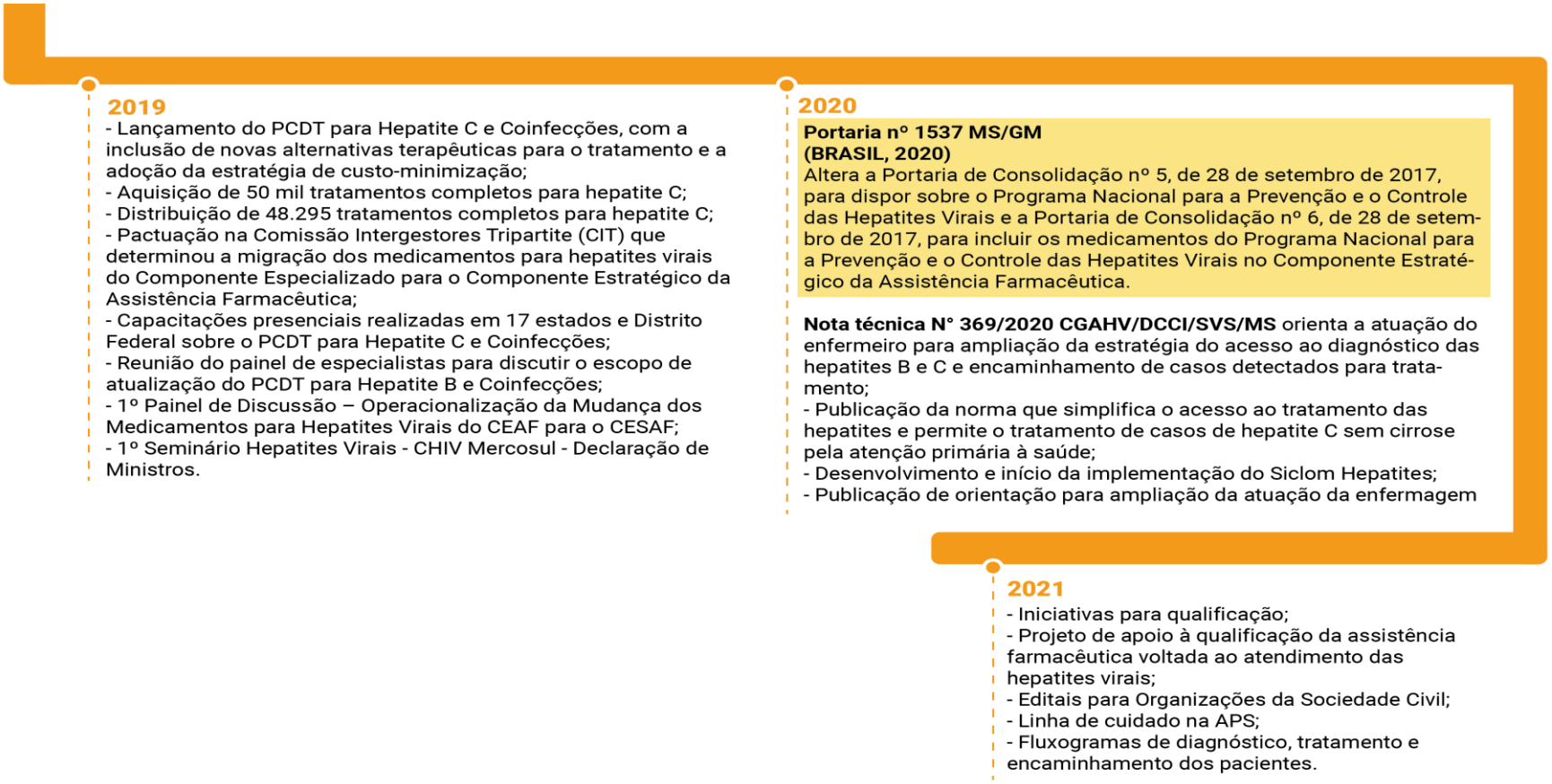
Portaria de Consolidação Nº 5, 2017 GM/MS
(BRASIL, 2017)
Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde

Publicação do novo PCDT para Hepatite C e Coinfecções, com as seguintes inclusões:
- Indicação de tratamento para grupos com maior risco de progressão: fibrose F2 há mais de três anos por elastografia; hepatite autoimune; hemofilia e outras coagulopatias hereditárias; hemoglobinopatias e anemias hemolíticas; coinfecção HBV/HCV;
- Ampliação do tempo de tratamento com o regime sofosbuvir e daclatasvir de 12 para 24 semanas, em pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica genótipo 3 com cirrose;
Incorporação da associação medicamentosa composta por veruprevir, ritonavir, ombitasvir e dasabuvir;
- Atualização dos esquemas terapêuticos e inclusão do tratamento para pacientes portadores de genótipos 5 e 6;
- Atualização do tratamento da hepatite C aguda;
- Reinclusão do tratamento para crianças;
- Reintrodução da indicação do uso de filgrastima e eritropoietina no manejo dos eventos adversos;
- Aprimoramento do seguimento clínico, com inclusão de critérios de interrupção de tratamento, se necessário;
- Inclusão do tratamento prioritário para coinfectado HBV/HCV.
- 11º Congresso de HIV/Aids e 4º Congresso de Hepatites Virais – Curitiba /PR;
- O Brasil foi sede do evento "World Hepatitis Summit", em São Paulo/SP.
- PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- PCDT para Profilaxia Pós-Exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais;
- PCDT para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

2018

- Novos medicamentos para hepatite C: os fármacos elbasvir, grazoprevir, ledispavir e sofosbuvir foram incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento da hepatite C (março de 2018);
- Incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) o medicamento glecaprevir em associação ao pibrentasvir (GLE/PIB) para o tratamento da hepatite C crônica (maio de 2018);
- A associação entre o sofosbuvir e velpatasvir (SOF/VEL) foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento de hepatite C crônica (outubro de 2018);
- Publicado o novo PCDT para Hepatite C e coinfecções, com universalização do tratamento para todos, independentemente do grau de fibrose hepática (novembro de 2018);

Continuação



Conclusão

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da linha do tempo do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde e documentos ministeriais

Verifica-se que houve expressivos avanços no PNHV impulsionados por pautas internacionais que reconheceram as hepatites como um problema de saúde pública. Apesar de o PNHV ter menos de duas décadas, a posição na organização do SUS o possibilitou assistir grupos populacionais prioritários, mas que restringiu atuação à manifestação da sintomatologia da doença, sendo que somente recentemente houve avanço em colocar a prevenção na linha de frente do cuidado. Os avanços resvalam na organização e na desigualdade de distribuição dos serviços de saúde, além da carência de profissionais qualificados que se constituem aspectos que requererão forte atuação da gestão em saúde.

No entanto, é possível identificar lacunas e desafios para a efetivação de políticas públicas no país para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), principalmente no que diz respeito a organização de estratégias que descentralize a atenção para a APS, no intuito de ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, exigindo cada vez mais qualificação dos recursos humanos para uma abordagem ao manejo clínico, além de uma ação colaborativa na vigilância dos casos de infecção (MIRANDA *et al.,* 2021).

O contexto das hepatites virais que foi abordado contextualiza sua posição enquanto agravo de saúde pública, além das iniciativas fomentadas pelas agências internacionais para destacar a doença enquanto problema nos SS. Em relação ao SUS, os marcos elencados representam aspectos relevantes da construção histórica da resposta do sistema de saúde e decorre de processo de construção social da política pública de organização da rede de serviços de saúde. Certamente nos SS, em especial no SUS, registram-se avanços e retrocessos, permeados por relações de poder, disputas e interesses que entremeiam a gestão em saúde, que possuem dinâmica distinta a depender dos contextos socioeconômicos e políticos dos seus entes federados. No entanto, é possível apreender um movimento crescente com foco no enfrentamento às hepatites virais no SUS, que motivou a realização desse estudo na proposta de subsidiar a gestão em saúde informações para favorecer o processo da tomada de decisão.

4. JUSTIFICATIVA

4. JUSTIFICATIVA

> Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. (MINAYO, 1998, p. 90).

Na organização do sistema de saúde o enfoque de aspectos epidemiológicos e técnicos demandam da gestão em saúde conhecimento da distribuição da oferta de serviços e suas ações na rede de atenção frente a dinâmica de tecnologias e recursos para atender as necessidades de saúde da população, ato que exige na tomada de decisão conhecimento para definir os rumos da política locorregional de saúde. Assim, a avaliação constitui-se em ferramenta útil no processo de gestão e nesse estudo alinha-se a possibilidade de auxiliar na análise do acesso à atenção às hepatites virais no SUS, em um contexto de um sistema estadual de saúde que coordena ações do PNHV.

A inclusão das hepatites virais na Lista de Diagnósticos Essenciais, proposta pela OMS, é um avanço para fortalecer estratégias nos SS. Evidencia-se que o enfrentamento das hepatites virais é relevante e urgente frente aos aspectos de políticas mundiais e nacionais; dados de morbimortalidade; a repercussão gerencial e assistencial para os sistemas e serviços de saúde; e as implicações socioeconômicas para os usuários infectados. Das 27 capitais brasileiras, o estado de Mato Grosso ocupa o nono lugar na incidência de casos de hepatite A, o sétimo lugar para hepatite B, o décimo para hepatite C. No período de 1999-2019 foram confirmados 3878 de hepatite A, 8751 de Hepatite B, 1875 Hepatite C e 60 de Hepatite D no Mato Grosso. No mesmo período o número de óbitos foi respectivamente: 41, 346, 360 e 13, na soma entre básica e associada (BRASIL, 2020).

É importante destacar a indução de pesquisas em torno das hepatites tanto para o desenvolvimento de diagnósticos mais acessíveis e de alta qualidade para as hepatites, como estratégias de organização e de modelos descentralizados para a atenção nos SS (COOKE *et al*., 2019). Por isso, considera-se que a avaliação é uma estratégia essencial para a gestão propor melhorias no acesso ao sistema de saúde (AFZALI *et al.,* 2019).

Utilizar a avaliação para sistematizar as formas de acesso e a potencialidade dos SS em garanti-lo proporciona um conhecimento que pode promover troca de experiências para qualificação dos modelos de atenção (DAWKINS *et al*., 2020). Identifica-se que a avaliação sob o ponto de vista de redes de atenção tem lacunas no campo da saúde coletiva, isso quando comparada com o acúmulo já consolidado de avaliação de serviços e programas, além de considerar que a análise do acesso, tanto espontâneo quanto regulado/encaminhado por outros serviços, é fundamental na avaliação de um sistema de saúde (AMARAL; BOSI, 2017).

Estudo realizado nas RS do país mostrou que, no estado de Mato Grosso, a maior concentração de RS está classificada como médio/alto desenvolvimento socioeconômico com baixa oferta de serviços, sendo que apenas a capital do estado possui alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (VIANA *et al*., 2015). Questões geográficas, organização de sistema de saúde, aspectos demográficos, epidemiológicos e culturais (incluindo indígenas, ribeirinhos e quilombolas) tornam o estado de Mato Grosso um cenário bastante peculiar em relação ao acesso aos serviços para atenção às hepatites virais e de análise da estrutura de organização da rede de atenção. Tal contexto requer investimento da gestão em ações diferenciadas e em múltiplas perspectivas para a conformação da RAS. Assim, justifica-se nesta tese elencar as hepatites como uma condição traçadora para avaliar o acesso aos serviços de atenção à saúde em contextos que já apresentam limitações por sua dinâmica demográfica.

Constatou-se, por meio de revisão sistemática e meta-análise, a necessidade de realizar estudos sobre a utilização de serviços de saúde na região Centro-Oeste, onde está localizado o estado de Mato Grosso (ARAUJO *et al.,* 2017). Em avaliação ao tratamento da hepatite C crônica no estado de Mato Grosso, constatou-se quanto à oferta disponibilizada pelo SUS não consegue atender a singularidade dos usuários segundo especificidades das orientações e diretrizes do SUS (AZEVEDO; AZEVEDO; SOUTO, 2012).

Entende-se que a avaliação da organização dos serviços de saúde nesse estado possivelmente trará resultados expressivos com expectativa para fortalecer o acesso e potencializar o cuidado, por meio de prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais, com elementos que possam subsidiar proposição de estratégias otimizadas de enfrentamento das hepatites virais, visando à ampliação do acesso.

Justifica-se a realização dessa investigação, considerando a importância de aspectos relativos à organização do sistema de saúde, com vistas: ao acesso; à articulação entre os diferentes níveis de atenção; à importância da avaliação em saúde; à relevância da questão epidemiológica dos agravos decorrentes da infecção pelas hepatites virais; aos aspectos culturais de população indígena, ribeirinha e de fronteira internacional; à grande extensão territorial; à baixa densidade populacional; aos municípios dispersos no território cuja ligação rodoviária é longínqua; além de outras peculiaridades geográficas que representam desafios para organização da rede de atenção para a utilização de traçadores para avaliação de serviços de saúde.

Com base nessas considerações, questiona-se: Como os serviços de saúde existentes podem favorecer o acesso ao cuidado às hepatites virais na perspectiva de prevenção, diagnóstico e tratamento no estado do Mato Grosso?

A hipótese inicial considerada para este estudo relaciona-se ao conhecimento prévio da região e aos achados na literatura, sendo assim descrita: A organização do sistema de saúde apresenta barreiras e desigualdades que repercutem no acesso aos serviços de atenção à saúde às hepatites virais no estado de Mato Grosso.

5. OBJETIVOS

5. OBJETIVOS

5.1 Geral

Avaliar a rede de atenção à saúde, na perspectiva do acesso à atenção às hepatites virais, como condição traçadora de resultados de um sistema estadual de saúde.

5.2 Específicos

- Analisar a distribuição dos casos notificados, óbitos e serviços de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento de hepatites virais no estado do Mato Grosso;

- Identificar, segundo a visão de profissionais da gestão, aspectos que dificultam e potencializam o acesso para a atenção às hepatites virais;

- Descrever aspectos contextuais que repercutem no enfrentamento das hepatites virais.

6. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLOGICO

6. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

> Raramente é possível que todos os fatores envolvidos em uma decisão possam fazer parte de um modelo teórico. Entretanto, através desta técnica, pode-se aumentar o grau de compreensão do problema baseando-se em fatos prováveis, e o uso do método científico pode ser estendido ao domínio das decisões administrativas. (SUCHMAN, 1967, p.66).

6.1 Avaliação em saúde

Avaliação é um termo polissêmico e não deve ser considerada ciência ou área. Para vários autores, ela é um campo de aplicação de conhecimentos de diversas áreas, de conceitos e de trajetórias metodológicas múltiplas que se estruturam a partir de concepções e repertórios epistemológicos, ontológicos e axiológicos (BOULLOSA; *et al.*, 2021; VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020; FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011), pois um "campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações, etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve" (BOURDIEU, 2004, p. 21). Apesar de uma recente corrente definir a avaliação como uma ciência, para Vieira-da-Silva e Furtado (2020), embasados em Bourdieu, Chamboredon, Passeron (1999), existem críticas pela subordinação às disciplinas das ciências humanas e sociais que estão respaldadas em tradições teóricas.

A palavra avaliar, em sua raiz latina, possui o conceito de medir, em uma referência de mensuração quantitativa, do grego *axios*, produção de juízo de valor que inclui medida qualitativa (ALMEIDA, 2002). A origem etimológica contribui para a expansão da compreensão do sentido de avaliar como julgar, estimar, medir, classificar e/ou analisar criticamente, atribuição que emite certo valor a algo ou a alguém (NOVAES, 2000; CONTANDRIOPOULOS *et al*., 2002).

Avaliar consiste em aplicar julgamento de valor, uma intervenção que possa proporcionar, por meio de informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, um posicionamento, individual ou coletivo, para se traduzir em uma ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Avaliar extrapola o significado de medir a situação atual com o ideal, por reconhecer uma percepção subjetiva e valorativa para promover, com base nas medições, o confronto das possibilidades e das metas, de maneira que seja possível a correção de ações, com economia de recursos e de tempo (GARCIA, 2001). Assim, avaliar é um processo que mobiliza transversalmente

atores e que coloca no centro do processo avaliativo o território, que no caso de um ato público vincula a ação aos cidadãos (OLIVEIRA; DAROIT, 2020).

Percebe-se que prevalece na definição da avaliação “um fenômeno objetivo e ordenado para aferir resultados, eficácia, eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade sobre algum objeto de política pública, programa e/ou projeto” (BOULLOSA *et al.*, 2021, p.4). Historicamente, os chineses há mais de quatro mil anos já usavam a avaliação como método para recrutar funcionários, portanto é uma prática muito antiga com consideráveis níveis de formalização em dinastias imperiais da China, Egito e Japão (HARTZ, 2008).

No pós-guerra, países que se preocuparam com o desenvolvimento social e a redução da pobreza utilizaram da avaliação para implantar políticas públicas e processos avaliativos para guiar o planejamento em resposta às ações do Estado, como a Suécia, a Alemanha e o Reino Unido, primeiros países europeus a projetarem a cultura de avaliação, igualmente a França, a Noruega e a Bélgica, além de países da América do Norte, como Estados Unidos e Canadá, mas desponta a Suíça e a Austrália por suas estruturas da expertise no campo da avaliação, já com padrões de qualidade instituídos para os processos avaliativos (THOMAS, 2017; GREER *et al*., 2017; BASU; MEGHANI; SIDDIQI, 2017; ATTANASIO, 2014; BROUSSELLE *et al*., 2013, VARONE; JACOB; VARONE; JACOB; WINTER, 2005; WIDMER, 2004).

Na metade dos anos 1960 a avaliação toma escopo de campo de produção de conhecimento, ou seja, um campo de estudo sistematizado (SERAPIONI, 2016). No Brasil, o monitoramento e avaliação ganharam espaço na gestão pública, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, com esforços crescentes de avaliar os programas sociais no país (JANNUZZI, 2011).

Na saúde, o uso da avaliação está presente no conhecimento da área médica desde a Grécia antiga, mas a partir do relatório Flexner permitiu aproximar um teor de acreditação que, posteriormente, avançou para introduzir na cultura médica padrões de qualidade, incluindo a criação da JCAHO. A partir da década de 1960 a avaliação ganhou alcance mundial, como instrumento para avançar na qualidade dos serviços de saúde respaldada na tríade de estrutura, processo e resultado. Esse é o modelo teórico proposto por Avedis Donabedian, que embasa até os dias atuais processos avaliativos em saúde (PECKHAM *et al.*, 2017; CAMILLO *et al.*, 2016). A avaliação de um serviço/programa de saúde precisa considerar os componentes de

estrutura, processo e resultado, sendo que a estrutura favorece a execução do processo e o processo é desenvolvido para atingir resultado (DONABEDIAN, 1980). No campo teórico-científico da saúde, desde a Declaração de Alma Ata, a avaliação tem contribuído para compreender a resposta dos SS frente aos determinantes sociais (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018).

Guba e Lincoln (1989) apresentam gerações da avaliação no decorrer da história. A avaliação de primeira geração é uma ação essencialmente normativa, um ato de medir, por limitar-se a um conjunto de procedimentos com coleta sistemática de dados e análises quantitativas, entendida como medida. A avaliação de segunda geração tem como foco identificar os modos como os objetivos foram atingidos, além de conhecer as dificuldades e as fortalezas da qualidade das intervenções, para fazer recomendações. A avaliação de terceira geração testa o mérito de programas e intervenções, questiona os objetivos, incluindo os aspectos econômicos. Já o juiz utiliza critérios de julgamento para que possa compreender o objeto a partir da apropriação das informações e suas finalidades.

Guba e Lincoln (1989), ao analisar o processo das três gerações, verificaram o excessivo poder dos gestores, a incapacidade de reconhecer e compor o pluralismo de valores, além do amplo envolvimento com o paradigma científico positivista no processo avaliativo. E, assim, propondo um novo modelo: a avaliação de quarta geração. Essa geração propõe ser mais responsiva, construtivista, participativa e construída no processo de negociação entre os envolvidos, além de ser embasada em cinco motivos para ouvir os interessados em um processo avaliativo: a compreensão do por que são eles os avaliados, o poder da informação, os usuários da informação, os benefícios da metodologia hermenêutico/dialética e a construção do conhecimento mutuamente. (GUBA, LINCOLN 1989).

Com a análise das gerações da avaliação, surge uma quinta geração da avaliação que é considerada como uma concepção emancipadora que combina características das gerações anteriores (HARTZ; SILVA, 2014). Entretanto, esse processo de avaliação implica a opção declarada em aumentar o poder dos participantes. Resgata-se o significado da avaliação como construção de consensos capazes de reunir instrumentos para uma ação negociável, com diferentes atores do sistema de saúde e que precisa considerar no âmbito da macrogestão, a concepção de desempenho do sistema e de medidas dos objetivos que estão sendo cumpridos (VIACAVA *et al*., 2004; BRASIL, 2015). Tal acepção requer a articulação de sentidos,

conceitos, valores, intenções e práticas, construídos nos processos avaliativos, que são relevantes para subsidiar o enfrentamento dos problemas analisados (BOULLOSA *et al.*, 2021).

Frente aos critérios apresentados anteriormente, é possível a classificação de avaliações em: investigação avaliativa, avaliação para a decisão e avaliação para a gestão (NOVAES, 2000). A investigação avaliativa tende aumentar a objetividade a partir de um avaliador externo com o objetivo de construir um conhecimento, reconhecido pela comunidade científica e que esteja conectada a um fator orientador de decisão sobre questões de viabilidade, disponibilidade de tempo, de recursos e demandas externas à pesquisa. Na avaliação para decisão, o objetivo de construção de estratégias que possam responder questões daqueles que vivenciam o objeto avaliado transforma a posição do avaliador interno em favorável para desenvolver o processo de avaliação. Na avaliação para gestão, o objetivo é a produção de informações e, por isso, o avaliador interno conduz processos que visem aprimorar o objeto avaliado (NOVAES, 2000).

Em um processo avaliativo caracterizado em avaliação normativa ou pesquisa avaliativa, a avaliação consiste em investigar e sintetizar o conhecimento para direcionar a tomada de decisão ao que se está propondo de intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 2002; ARREAZA; MORAES, 2008; SAMICO *et al*., 2010; HARTZ; SILVA, 2014). Na avaliação normativa, os componentes da intervenção, considerando critérios e normas, são processos de verificação de conformidade em relação a um padrão definido (HARTZ; SILVA, 2014). Na pesquisa avaliativa utiliza-se da abordagem científica para analisar e compreender as relações de causalidade entre os elementos da intervenção ou programa (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 2002; SAMICO *et al*., 2010; HARTZ; SILVA, 2014), do processo operacional e da interface capaz de empregar apreciação estratégica, de implantação, de desempenho e das implicações das ações (CHAMPAGNE *et al*., 2016).

Na pesquisa avaliativa aceitam-se diferentes tipos de abordagens metodológicas, a depender do objeto a ser avaliado, todavia privilegia a capacidade de envolver no processo os atores que estão inseridos na avaliação, com a tentativa de promover aprendizado e, consequentemente, a potencialidade de aperfeiçoamento do processo avaliado (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018). As interações vivenciadas pelos informantes-chave nos processos de trabalho

constituem importante recurso instrumental de ação para o escopo da avaliação, tomando-se objeto das ações planejadas nos serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004; PATTON, 2001).

Entende-se que a maior concentração de estudos sobre avaliação está na dimensão do método ou da prática avaliativa. No entanto, uma contextualização sobre as organizações dos sistemas pode expandir a análise de institucionalização da avaliação (FELISBERTO *et al.*, 2017).

Existe um movimento que apresenta o pensamento de que o desenho de uma avaliação segue distintas interpretações e várias abordagens a partir do objetivo, abrangência e escolhas metodológicas (MAGALHÃES, 2016). Não há uma única matriz de modelo avaliativo, pelo contrário, a existência de uma pluralidade de métodos de como conduzir um processo avaliativo é observado em distintos modelos avaliativos de vários países (REIS *et al.*, 2017). Entretanto, duas grandes seções metodológicas expressam o campo avaliativo e têm contribuído cada vez mais para a inclusão dos *stakeholders* no processo avaliativo (SANTOS *et al.*, 2018). Ao lado da abordagem quantitativa guiada pela pesquisa fundamentada na proposta de Donabedian, tem-se a contribuição da abordagem qualitativa para compreender e explicar a dinâmica das relações que estão inseridas no ambiente da avaliação (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020; SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018).

Há um ciclo contínuo de revisão e retroalimentação em uma avaliação em saúde que considera critérios como: o objetivo da avaliação, que concentra o conhecimento, a tomada de decisão e o aperfeiçoamento; a posição do avaliador, tanto o interno, quanto externo; o aspecto priorizado frente ao impacto, entendimento e a quantificação; o método adotado, que pode ser quantitativa ou qualitativa; os modos de uso da informação produzida, que pode ser por demonstração da informação e dos conhecimentos para a gestão; o tipo de juízo formulado que promove a verificação, ou não, das hipóteses; e a temporalidade da avaliação, que pode ser no exato momento, de forma corrente e ou contínua (NOVAES, 2000).

Para Cousins *et al*. (2008) alguns elementos constituem um *framework* para desenvolver instrumentos para avaliação, por exemplo, compreender a capacidade de aprendizagem organizacional, as estruturas organizacionais de apoio, a capacidade de fazer avaliação, as atividades de construção de capacidade avaliativa, os tipos específicos de atividades de avaliação, a participação das partes

interessadas na avaliação, o uso dos resultados da avaliação, o uso do processo de avaliação e as condições de mediar à utilização da avaliação.

A corrente dominante *mainstream* da literatura sobre avaliação posiciona a escolha de estratégia(s) metodológica(s) para responder questões e compreender os efeitos do que está sendo avaliado, além de problematizar padrões de referências, argumentos e valores tornando-se muito mais que ferramenta, ou seja, construção de conhecimento que orienta o fazer avaliativo (BOULLOSA, 2020; BOULLOSA *et al.*, 2021). O uso de diversas metodologias e concepções filosóficas em uma avaliação colabora para que no processo avaliativo possa se fazer a emissão de juízo de valor sob o objeto que está sendo avaliado (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018). Assim, avaliação é capaz de legitimar o juízo de valor argumentativo sobre os objetos analisados de forma quantitativa e qualitativamente, logo, colaborando com evidências para a tomada de decisão (BOULLOSA *et al.*, 2021).

Cabe ressaltar que três questões-chave permeiam a avaliação, a saber: a atenção às questões metodológicas, a inquietação com a finalidade e sua utilidade para aumentar o seu valor de uso para a tomada de decisões, além do reconhecimento do pluralismo de valores e da necessidade de dar voz às perspectivas de interesses no processo avaliativo (SERAPIONI, 2016). Pelo exposto, é possível compreender que a avaliação embora, fundamentada em saberes científicos, não é neutra, pois carrega a visão de mundo do avaliador.

Três aspectos despontam no campo da avaliação: a avaliação como um sentido de juízo de valor ou mérito; a ênfase no rigor, sistematizado dos procedimentos de escolha dos dados para a emissão do julgamento; a contribuição para a tomada de decisão por oferecer aos gestores elementos necessários para o planejamento de programas, serviços e políticas (SERAPIONI, 2016). Nesse sentido, a avaliação deve-se constituir como uma prática social para consolidar, no campo da política pública, a ação democrática que corrobora para o entendimento e reflexão crítica de como as políticas se materializa, no tocante à efetividade, à eficiência, à eficácia e à legitimidade das iniciativas promovidas (JOPPERT, 2021; TESTON *et al*., 2018).

Ressalta-se que a avaliação passa por ciclos de aperfeiçoamento, que a retira do campo pragmático e exclusivamente técnico, para aproximá-la a um referencial de conhecimento e práticas que reconhece poder e disputas simbólicas (BOULLOSA

et al., 2021). O emprego da matriz analítica, a depender de sua composição, inclui distintas vertentes teóricas e epistemológicas (WEISS, 1994; GUBA; LINCOLN, 1989). Percebe-se, no contexto brasileiro, que a avaliação tem se aprimorado e inovado em concepções teóricas, conceituais e metodológicas que refletem sua importância para direcionar ações do sistema de saúde (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018).

Assim, a avaliação pode ser entendida como um campo de práticas, um referencial teórico-metodológico, a depender do momento e da forma como será utilizada (CHAVES; TANAKA, 2012; SOUSA, 2018), demarcando lacunas que o permeiam na análise do uso de seus métodos e técnicas (BOULLOSA *et al.*, 2021).

Reconhece-se que na avaliação as escolhas metodológicas têm mostrado o quanto se consegue ampliar ou não a participação dos atores no processo de decisão, além do quanto essa dinâmica concretiza ou minimiza o papel da informação para a tomada de decisão, o que posiciona uma urgência em reconhecer qual poder está em jogo, ou seja, é preciso ajuizar se as escolhas feitas no processo avaliativo não estão distanciando da parte que é essencial (TANAKA, 2021). Outro importante passo para a estruturação do processo avaliativo - inclusive se a participação dos *stakeholders*, aqueles que concebem ou gerenciam o programa, permite aproxima-los da reflexão sobre a institucionalização da avaliação - é a identificação da(s) pergunta(s) avaliativa(s), situação que pouco tem sido operacionalizada com as instituições públicas do país (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

A inclusão da participação dos diferentes atores sociais no processo avaliativo prevê criar um espaço democrático que favoreça a articulação entre teoria e prática, e torne enriquecedor à expressão dos diferentes pontos de vista na construção da análise, direcionando o foco, a credibilidade e o amadurecimento por meio de espaços de negociação para subsidiar uma avaliação contínua e sistemática (CHAVES; TANAKA, 2012; ALMEIDA; TANAKA, 2016).

É na experiência concreta dos atores sociais que a avaliação deve acercar-se, para conseguir revelar, por meio de seus instrumentos e métodos, o contexto socioeconômico, político e territorial (GUSSI; OLIVEIRA, 2016). Por meio da compreensão dos distintos atores sociais e suas posições no processo avaliativo, ou seja, reconhecer que existem diferenças de poder e peso entre avaliadores, avaliados e financiadores de avaliação, torna-se essencial a atenção cautelosa para criar sistemas de entendimento e de métodos que adéquem o processo avaliativo a

dinâmico da aprendizagem e de construção de significados (ARAÚJO, 2019). Por isso, em uma avaliação entende-se que não se opera análises neutras, dado os múltiplos atores que expressam ideologias e interesses diversos e, por isso, a avaliação consiste em um processo crítico, reflexivo e dinâmico (BOULLOSA *et al.*, 2021). Consequentemente, não se restringe a uma ação racional, técnica e procedimental (ARAÚJO, 2019).

Cabe ressaltar que o avaliador é um ator social, sujeito e político que deve possuir conhecimento e habilidades para que possa exercer os diversos papeis de uma avaliação, posicionar-se politicamente frente ao objeto. Sendo assim, lhe confere a necessidade de seguir normas e diretrizes éticas da avaliação para conseguir assumir sua opção política, que não se refere a opção partidária, mas posições de garantir um espaço democrático para o enfoque, a abordagem metodológica e o emprego de distintas práticas que avalizem uma pluralidade na avaliação. Por isso, deve-se reconhecer que em um processo de avaliação existe uma disputa de poder e saber diferenciar as intencionalidades de propósitos que envolvem a relação do contratante e do avaliador (BOULLOSA *et al.*, 2021; JOPPERT, 2021; TANAKA, 2017).

O exercício da avaliação requer qualificação técnica para monitorar o objeto a ser avaliado, a fim de ser capaz de dar suporte à formulação de política, ao processo decisório e de formação de novos sujeitos (FELISBERTO *et al.*, 2017) que fomentem estruturas autônomas para análises de questões institucionais que estruturem o planejamento e a educação permanente (FURTADO *et al*., 2018).

Em um sistema organizacional é necessário reconhecer que existe um longo percurso para institucionalização da avaliação, que perpassa por assumir o espaço político que legitime autonomia e garanta os recursos necessários para que se estabeleçam processos avaliativos (NICKEL *et al.*, 2014). O processo avaliativo, no setor público, é rodeado de conformidade de interesses e coalizões dos atores envolvidos para a aplicação de métodos e técnicas de planejamento que conduzem a proposição de políticas (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017; JANUZZI, 2011). Por isso, o enfoque da avaliação em conhecer os processos do setor possibilita identificar técnicas para investigação que respaldada em evidências científicas que podem auxiliar a melhoria do desempenho nos sistemas e serviços (WACHHOLZ; LIMA; BOAS, 2018; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A incorporação da avaliação no sistema organizacional, esfera que possui possibilidades e capacidade de influência para o comportamento, e que necessariamente atente a atividades analíticas e da própria gestão (HARTZ; VIEIRA, 2005; CONTANDIOPOULIS, 2006), auxilia instrumentalizar o processo de tomada de decisão dos atores que executam a ação do serviço (TANAKA, 2021). Assim, a avaliação tem poder de influenciar gestores a reformularem seus processos de trabalho e organizarem o sistema de saúde, tendo como consequência o aumento da produção de saúde (FURTADO e*t al.*, 2018). Para a tomada de decisão um gestor, com a presença de evidências, deve seguir o rigor de uma boa hipótese, bom método com uso de técnicas adequadas e um plano de análise. Tal sequência é considerada oportuna para uma boa decisão (TANAKA, 2021).

No cenário contemporâneo os gestores têm se preocupado com a evidência, porém no campo da avaliação essa não é tão potente quanto na área clínica, pois a entrada de diversos atores no campo político e social dinamizam a forma e o posicionamento da decisão. Por isso, é importante que em um processo avaliativo o uso da abordagem participativa, desde o começo da avaliação, respalde o conhecimento de todos os envolvidos sobre o que se está avaliando, a forma como os indicadores são selecionados e como os parâmetros que estão sendo colocados são relevantes no processo decisório para a avaliação (TANAKA, 2021).

Existe uma crítica, tanto na literatura internacional como na nacional, em relação aos estudos na área de políticas e serviços de saúde, isso se dá pela especificidade de enfocarem mais programas e ações particulares do que analisar sistemas nacionais ou locais de saúde (SHEIKH *et al*., 2011). Na avaliação, a cobertura e a concentração de serviços não são mais o suficiente para concluir um processo de avaliação, e deseja-se que no processo avaliativo reconheça a prática de integração profissional-usuário e profissional serviço para promover julgamento de valor para melhorar o que está sendo executado pelos serviços (TANAKA, 2017). Na última década, em decorrência da organização governamental no Brasil de integração de serviços no SUS por meio de redes de atenção à saúde, a produção no campo da avaliação tem evidenciado empenho em avaliar a integração de serviços (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020), decorrente de uma fase de maior aplicação das propostas teórico-metodológicas que foram construídas, principalmente, para avaliar a resposta de programas e serviços do SUS.

Cabe ressaltar que, mesmo com o avanço, a prática da avaliação no SUS ainda não se constituiu capaz de envolver os gestores de forma participativa no processo avaliativo, dado o seu pouco tempo como ferramenta de gestão no SUS, que ainda marca um lado de formalidade e estigma de ação corretiva (SALCI; SILVA, MEIRELLES, 2018). Talvez por serem produtos independentes promovidos pela academia, o uso pela gestão precisa passar por reconhecimento desta como uma necessidade de interesse para a sua prática, mas que deve ser considerada pelo teor que apresenta para a melhoria do sistema de saúde (SALCI; SILVA, MEIRELLES, 2018; SOUZA; CALABRO, 2017).

A partir do monitoramento pode-se prever, em uma avaliação, a capacidade dos serviços em responder as demandas e necessidades de saúde, a evolução dos efeitos das intervenções, além de possibilitar o reconhecimento e correção de problemas, favorecendo a movimentação de ciclos nas equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade, promovendo a retroalimentação para tomada de decisão (TANAKA, 2017). Por isso, a avaliação assume o espaço de potente ferramenta para esclarecer aos atores envolvidos práticas bem-sucedidas e a oportunidade de reformular e implementar ações (STUFFLEBEAM, CORYN, 2014; PISCO, 2006). Assim, contribuindo para a elaboração de políticas de saúde, dando suporte à gestão que a possibilita elaborar um plano para medir o desempenho do sistema de saúde (BEZERRA *et al*., 2020).

A avaliação sobre os processos, no caso brasileiro, fez expandir o debate no setor de saúde para melhorar o sistema de saúde (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Com a pandemia por COVID-19 percebe-se que no Brasil há uma posição de incorporação da avaliação na agenda pública como um movimento importante para a translação do conhecimento com efeito de promover respostas rápidas para a prática nos serviços de saúde (HARTZ; REHEM; CRAVEIRO, 2021; TANAKA, 2021). Para Champagne *et al*. (2016) a avaliação assume o papel de auxiliar a gestão na elaboração de intervenção por meio do planejamento, fornecendo informações que possam melhorar e mostrar oportunidade de analisar os efeitos e o impacto da implementação da intervenção, podendo ser mantida ou interrompida, a partir do contexto avaliado. De certa forma, a pandemia contribuiu para retomada da discussão do uso da avaliação pela gestão, isso ocorreu na tentativa de corresponder os objetivos e princípios dos SS.

Nesse momento, retoma-se que estudos de formulações de políticas avaliativas seguem três fases. A primeira trata da formulação que disputa aquilo que deve ser objeto merecedor de política. A segunda é sobre a implementação que concentra maior número das avaliações, busca-se constatar o quanto foi seguido das políticas propostas e, assim, a avaliação, que é a terceira fase, e apresenta a estimativa daquilo que foi implementado, oportunizando repensar as ações que não apresentaram resultado e que retoma a capacidade de elaboração (FEUERWERKER, 2017).

Os conteúdos que marcam a agenda avaliativa e que direcionam estudos e formulações de políticas nos últimos anos mostraram quatro movimentos. O primeiro pela necessidade de acompanhar os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, publicados pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2012, conferindo um espaço de avaliações que atua de modo formativo para dar visibilidade aos indicadores, mas também para desenvolver e/ ou transformar estratégias que estão em curso. O segundo lida com a necessidade de avaliações voltadas aos efeitos de políticas públicas de larga escala. O terceiro é sobre a inclusão de avaliações que pautam o gênero e racismo, propondo referenciais e instrumentos e, por último, o crescente interesse e uso de métodos mistos em avaliação, principalmente justificados pela necessidade de compreensão da complexidade das realidades sociais, promovendo avaliações que são mais sensíveis às realidades (SILVA; CARNEIRO; CAROLINA; 2021).

A recomendação de elaborar estudos a partir de métodos mistos tornou-se importante para avançar em avaliações por meio de pesquisas avaliativas capazes de experimentar novos desenhos de estudos (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020). Em um contexto de avaliação no setor saúde, por compreender uma gama de informações que estão inseridas em base de dados, por exemplo, do portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Essas fontes de dados secundários constituem-se em uma importante estratégia para dialogar sobre o fenômeno e definir condições traçadoras (TANAKA, 2017).

Consideradas como importante estratégia para desenvolver processos avaliativos no setor saúde, as traçadoras constituem-se em referencial utilizado na avaliação do acesso e da qualidade (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020). O potencial de uma traçadora está no ato de produzir/gerar dados que possam ser facilmente compreendidos para uma análise, além de serem capazes de retroalimentar sistema

de prestação de serviços para um grupo ou condições/patologias que tenham uma alta prevalência e que reconheça o seu processo doentio (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020; TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017).

Seis condições são necessárias para se validar uma traçadora: ter um efeito funcional definido, for de fácil diagnóstico, apresentar altas taxas de prevalência, possuir história natural sensíveis à intervenção médica, contar com conduta médica bem definida (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) e possuir efeitos conhecidos de fatores não médicos (KESSNER *et al.*, 1973).

A seleção de uma condição traçadora deve atender os critérios de:

> 1) condição crônica que necessita de apoio diagnóstico para elucidação e com potencial de acompanhamento compartilhado entre APS e atenção especializada; 2) peculiaridades no cuidado que gerem necessidade de tecnologias disponíveis em distintos *loci* no território; 3) distintas dimensões do problema de saúde na percepção dos usuários. (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020, p.4).

O uso da traçadora em estudos avaliativos, dada a sua capacidade de admitir uma análise horizontal e sequencial do tratamento prestado a justifica como uma das principais abordagens para a avaliação de serviços de saúde (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020; TANAKA, 2017; TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008), tem potencial de análise pela abrangência do olhar na integração dos diferentes serviços e diversos níveis de atenção à saúde, o que facilita para avaliação da integralidade (TANAKA *et al.*, 2019; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Assim, o uso de traçadoras para a avaliação de serviços de saúde permite recomendações à gestão em saúde por utilizar uma determinada condição e estabelecer parâmetros de análise da assistência (BALDERRAMA *et al*., 2019).

As traçadoras têm sido utilizadas para avaliar o acesso à saúde, para analisar a resposta do sistema de saúde a partir de diferentes agravos à saúde, por exemplo, estudos com hipertensão arterial, gravidez de alto risco, câncer de mama e transtorno mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020; CASTRO *et al.*, 2020; TANAKA *et al*., 2019; ARIE, 2019). Como, também, tem sido empregado para analisar itinerários terapêuticos de abandono do tratamento (BANDEIRA, ONOCKO-CAMPOS, 2021), analisar o acesso ao cuidado em saúde pelas equipes de consultório na rua (GOLDBLUM, 2020) e avaliar o desempenho da regionalização da vigilância em saúde (ALBUQUERQUE *et al*., 2017).

A eleição de um agravo para o emprego da condição traçadora em um contexto regional é um desafio, contudo, na seleção é importante considerar a magnitude e relevância do problema (CHAVES *et al*., 2017). Na proposta de avaliar o acesso às ações da rede de atenção à saúde, no estado de Mato Grosso, entende-se que as hepatites virais representam um agravo que atendem aos requisitos propostos por Kessner (1973) para as condições traçadoras.

As hepatites virais apresentam etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidas, com extensa produção científica sobre as causas e manifestações dos efeitos funcionais na condição de vida do indivíduo, além de apresentar altas taxas de prevalência, possui história natural sensível a intervenções disponíveis em serviços de saúde com dimensões para a prevenção, diagnóstico e tratamento, incluindo fatores não médicos, em especial ao hábito de vida. Respeitando as condições para seleção de uma traçadora e o uso em estudos avaliativos, entende-se que o foco desse estudo na atenção às hepatites virais pode contribuir para a avaliação do acesso, subsidiando a gestão em saúde como um recurso na tomada de decisão.

7. PERCURSO METODOLÓGICO

7. PERCURSO METODOLÓGICO

> Uma avaliação raramente ocorre em uma atmosfera de complacência e satisfação. O chamado para avaliar é, usualmente, o resultado de uma insatisfação em algum lugar. (SUCHMAN, 1967, p.41).

Para compreender uma problemática é necessário investigá-la e, por isso, pesquisar permite construir um conhecimento original, que extrapola um conjunto de passos a serem seguidos na busca de respostas consistentes ao que se propôs compreender (GOLDENBERG, 2007). Assim, esse capítulo apresenta o percurso metodológico escolhido na busca pela compreensão do problema elencado.

7.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa, com base no método misto sequencial (QUAN → qual), realizada por meio de duas fases de estudo: a fase 1 - de abordagem quantitativa, um estudo transversal; e a fase 2 - de abordagem qualitativa de dados.

No que se diz respeito à escolha do tipo de pesquisa, considera-se o propósito mais importante da avaliação "não provar, mas melhorar" (STUFFLEBEAM, 1996, p. 118). Nesse sentido, entende-se que os resultados dessa investigação fornecem subsídios para processos de melhoria na rede de atenção às hepatites.

A pesquisa avaliativa é considerada o coração da avaliação, sustenta-se por um contexto não apenas de interesses acadêmicos, mas por um significado utilitário e prático de recomendações que sejam realmente aplicadas (SERAPIONI, 2016). Fornece subsídios para melhorar processos nos SS e efetivação de políticas de saúde (PALINKAS *et al.*, 2011) e para compreender a dimensão do campo de saberes e práticas, dada a complexidade das organizações de saúde, possibilitando articulação de ações para fortalecer a vigilância em saúde (ARREAZA, MORAES, 2010).

No campo da avaliação, a utilização de abordagens quantitativas e qualitativas vem ganhando popularidade, dada à legitimidade percebida em ambos os enfoques (CRESWELL, 2010). O uso de método misto, considerado um novo paradigma de pesquisa, descrita especialmente na publicação "*Handbookof Mixed Methods in the Social & Behavior Sciences*" (TASHAKKORI; TEDDLIE, 2010),

contribui para conduzir o processo de coleta de dados, por isso o seu desenvolvimento pode ser aplicado separadamente ou concomitantemente, tendo como princípio o intuito de resultar em um conhecimento robusto (FETTERS, CURRY, CRESWELL, 2013).

Uma avaliação no setor saúde deve começar pela abordagem quantitativa, porém deve-se reconhecer que somente o uso dessa abordagem não é o suficiente e a interlocução com a abordagem qualitativa enriquecerá a compreensão do significado e as relações expressas em dado contexto sobre o que se está avaliando (TANAKA, 2017; TANAKA; MELO, 2001). A seleção de atores chaves requer uma análise criteriosa para potencializar a compreensão dos significados e das relações expressas no contexto do cenário investigado (CRESWELL, 2010).

Quatro elementos são importantes para fundamentação da pesquisa de métodos mistos, a saber: a distribuição do tempo da pesquisa, a atribuição de peso em que se dá aos dados na escolha do procedimento, a combinação da coleta de dados e a teorização (CRESWELL, 2010). O Quadro 1 apresenta a organização desses elementos neste estudo.

Quadro 1 - Organização dos elementos propostos por Creswell aplicados no estudo.

Distribuição do tempo da pesquisa	No planejamento dessa pesquisa os dados foram elencados perfazendo a escolha da distribuição em etapas sequenciais, a partir da coleta de dados quantitativos foram geradas informações que, oportunamente indicaram a condução da busca pela compreensão do fenômeno, mostrando quais os melhores atores chaves comporiam o convite para a coleta de qualitativos.
Atribuição de peso	A atribuição de peso desta pesquisa é sinalizada por QUAN-qual.
Combinação dos dados	A mixagem de informações foi elaborada a partir da comparação dos dados levantados no processo sequencial.
Teorização	Utilizaram-se referenciais da organização de SS, na perspectiva do acesso, com enfoque na avaliação, tendo sido adotado as dimensões do modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012) como uma lente para analisar os resultados referentes aos aspectos que dificultam e potencializam o acesso na RS.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Creswell (2013)

Entende-se que a síntese e articulação dos resultados permitiram a avaliação do acesso com foco na atenção às hepatites virais, identificando fragilidades e potencialidades, assim como ampliando a apreensão do objeto de estudo.

7.2 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido no estado de Mato Grosso, composto por 141 municípios e distribuídos em uma área de 903.202,446 km² ocupada por uma população estimada, no ano de 2020, de 3.526.220 habitantes, densidade demográfica de 3,36 hab/km² e rendimento nominal mensal *per capita*, em 2019, de 1.403 reais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Justifica-se a escolha do referido estado em decorrência de peculiaridades que podem trazer implicações expressivas para o acesso. Mato Grosso faz fronteira com a Bolívia e mais seis estados brasileiros (Goiás, Mato Grosso do Sul, Pará, Amazonas, Rondônia e Tocantins), sendo o terceiro maior estado do país em extensão territorial (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020). Esta situação repercute em características da distribuição, composição e trânsito da população; além de condições topográficas, hidrográficas e de malha viária que repercutem em limitações geográficas de acesso; aspectos epidemiológicos e condições para o enfrentamento das hepatites virais decorrentes da ausência de cobertura de especialidade em todo o território.

O setor público de saúde do estado de Mato Grosso possui unidades próprias de saúde que são prestadoras de serviços especializados e é caracterizado por: seis hospitais regionais e nove hospitais municipais ou filantrópicos que são referências para as RS e unidades descentralizadas de Hemocentro; um Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS); um Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC); um Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade (CERMAC); um Laboratório Central (LACEN); um Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE) - unidades que estão centralizadas na capital do estado (GOVERNO DE MATO GROSSO, 2017). No estado são 757 unidades de Saúde da Família com uma cobertura de atenção básica de 79,47%, último registro em dezembro de 2020 (BRASIL, 2021).

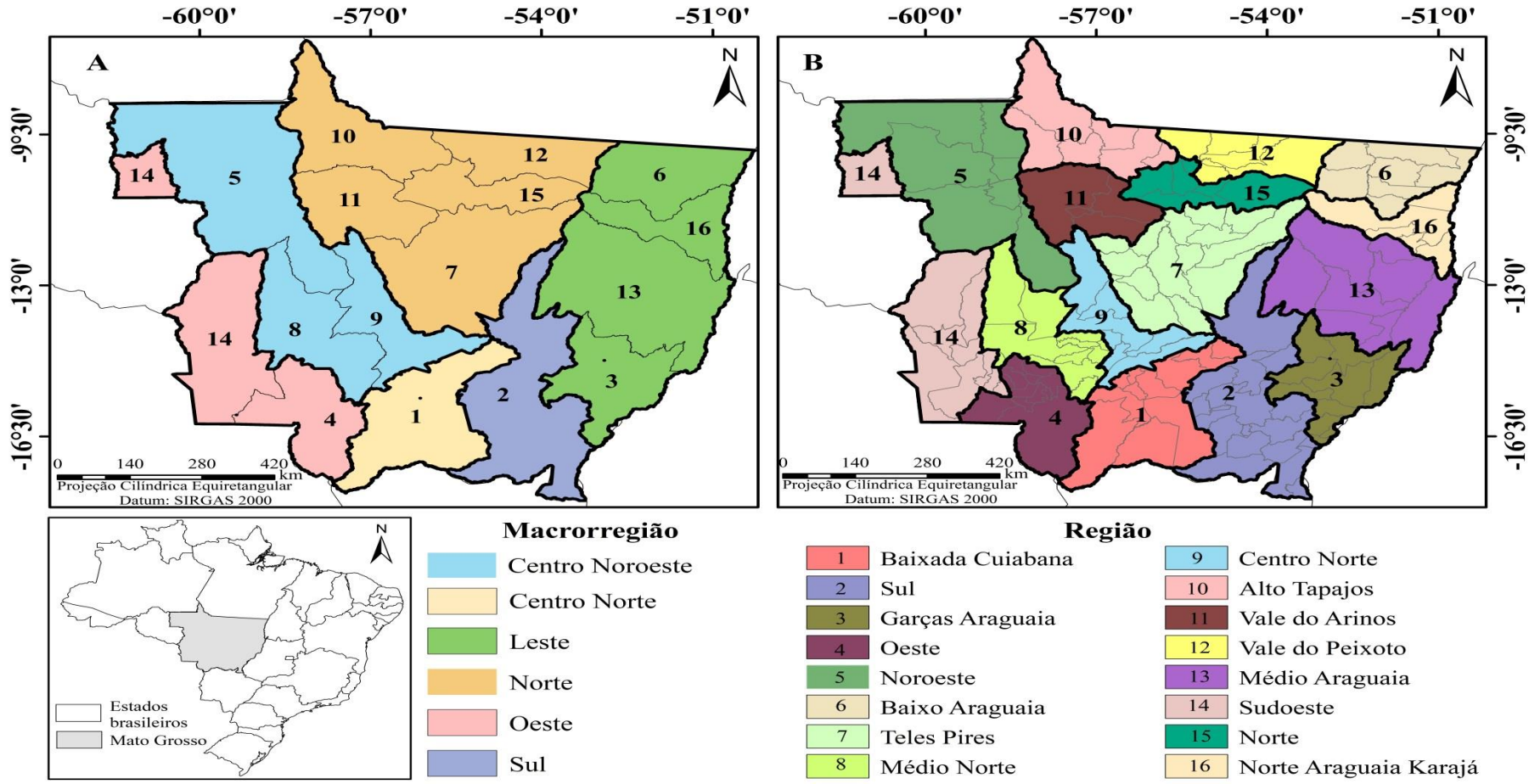
Destaca-se que setor saúde do estado divide-se em estruturas administrativas, organizadas em seis macrorregiões e 16 RS. O Quadro 2 apresenta as macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso e a Figura 2 apresenta a distribuição espacial dos municípios do estado de Mato Grosso conforme a distribuição macrorregiões e regiões de saúde.

Quadro 2 - Macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	Município Sede
LESTE	Araguaia Xingú ou Baixo Araguaia	Porto Alegre do Norte
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Médio Araguaia	Água Boa
	Norte Araguaia- Karajá	São Félix do Araguaia
CENTRO-NORTE	Baixada Cuiabana	Cuiabá
CENTRO-NOROESTE	Centro-Norte Mato-grossense	Diamantino
	Médio-Norte Mato-grossense	Tangará da Serra
	Noroeste Mato-grossense	Juína
NORTE	Alto Tapajós	Alta Floresta
	Teles Pires	Sinop
	Vale do Peixoto	Peixoto do Azevedo
	Norte Mato-grossense	Colíder
	Vale do Arinos	Juara
OESTE	Oeste Mato-grossense	Cáceres
	Sudoeste Mato-grossense	Pontes e Lacerda
SUL	Sul Mato-grossense	Rondonópolis

Fonte: Elaborado pelo autor com base: **Macrorregião:** Resolução CIB/MT *Ad Referendum* Nº 57 de 26 julho de 2018. **Região de Saúde/Município:** Resolução CIB/MT Nº065 de 03 de abril de 2012

Figura 2 - Distribuição espacial dos municípios do estado de Mato Grosso conforme as macrorregiões e regiões de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor com base: **Macrorregião:** Resolução CIB/MT *Ad Referendum* Nº 57 de 26 julho de 2018. **Região de Saúde/Município:** Resolução CIB/MT Nº065 de 03 de abril de 2012

A organização administrativa do setor saúde no Mato Grosso se fortaleceu pelo processo de indução da descentralização e regionalização da atenção, vista a sua dimensão territorial do estado e necessidade de estimular, nas RS, a estrutura organizacional para fortalecer maior acesso e reduzir a demanda de encaminhamentos à capital do estado (GLERIANO *et al.*, 2021). No tocante às hepatites virais, o conjunto de fatos apresentados anteriormente evidencia a relevância de mapear a organização do sistema e do serviço de saúde, tendo o enfoque a partir dos serviços de atenção a esse agravo. Destacam-se como principais serviços de saúde na rede de atenção às hepatites os CTA, que historicamente são os serviços de diagnóstico/testagem, aconselhamento e encaminhamento; e os SAE que são responsáveis, também, pelo teste rápido, solicitação de carga viral para confirmação do diagnóstico e tratamento das hepatites (BRASIL, 2017).

7.3 Fontes de dados

Considerando as peculiaridades de dados e indicadores disponíveis acerca do acesso à atenção às hepatites virais, para desenvolver este estudo o pesquisador escolheu critérios que pudessem demonstrar o acesso à rede de atenção. Nesse sentido, fez a opção pela análise de dados secundários, em um primeiro momento, que permitiram construir o panorama inicial e, a seguir, a partir dos dados primários coletados de informantes-chaves, foi possível ampliar a compreensão do objeto de estudo.

> Quando não se dispõe de indicadores adequados para determinada situação, apela-se para critérios, que são normas com as quais se medem distintas ações. Podem ser técnicos e sociais, sendo os primeiros, em geral, muito específicos de cada programa. (KISIL; CHAVES, 1994, p.102).

7.3.1 Fase 1

Para a abordagem quantitativa utilizou-se como fonte os dados secundários disponibilizados eletronicamente por órgãos oficiais brasileiros. Foram considerados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao número de habitantes e a densidade populacional; dados do DATASUS relativos ao Sistema

de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) dos casos notificados de hepatites virais (1999 a 2019) e óbitos (2000 a 2018); e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que são referentes aos serviços que ofertam testagem, diagnóstico e tratamento para as hepatites virais, o quantitativo de pontos que oferecem teste rápido, coleta de material para a realização de biologia molecular (carga viral) e genotipagem.

7.3.2 Fase 2

Para a abordagem qualitativa, a partir da exploração dos dados quantitativos, elegeu-se a região de saúde a ser explorada e o perfil dos participantes. Para a fase 2, os participantes foram profissionais ocupantes de cargos de gestão, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) e de serviços de referência para atenção às hepatites. Foram critérios de inclusão: estar inserido em cargos-chave da gestão há no mínimo 12 meses, tempo considerado para conhecer a dinâmica da organização da atenção às hepatites virais no Estado. Foi critério de exclusão a indisponibilidade em participar da pesquisa por qualquer tipo de afastamento do trabalho.

Justifica-se a opção de enfoque em gestores por considerar sua responsabilidade e papel diferenciado na organização do sistema de saúde para prover recursos assistenciais necessários, condição indispensável para possibilitar o acesso ao cuidado. Em pesquisa futura serão incluídos os usuários dos serviços, considerados essenciais no processo de avaliação, mas que requerem abordagem conceitual e metodológica diferenciada.

7.4 Procedimentos de coleta e análise de dados

7.4.1 Fase 1 - Abordagem quantitativa

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador, no primeiro bimestre de 2020, no site do DATASUS, particularmente aqueles relativos ao SINAN e do CNES. No SINAN foram coletados dados acerca dos variáveis casos de hepatites virais por tipo e ano de diagnóstico (1999-2019) e óbitos (2000-2018) por município. Os dados

do CNES constituem-se em variáveis de interesse: estado, município, tipo de serviço de saúde (CTA, SAE ou CTA/SAE). Incluíram-se serviços que, embora não sejam considerados serviços de referência, realizam teste rápido, coleta de material para carga viral, genotipagem e tratamento, em uma possibilidade de disponibilizar recursos para favorecer o acesso em uma rede de serviços disponibilizados pelo DCCI do Ministério da Saúde (MS).

Justifica-se a escolha desse conjunto de variáveis por entender que permitirá conduzir um diagnóstico acerca de casos e oferta de serviços de saúde, de modo a favorecer um panorama para a abordagem qualitativa do estudo.

Os dados foram importados dos sites em planilhas no formato *Microsoft Excel* 2010, conferidos por dois pesquisadores independentes, e foram armazenados e sistematizados por município, posteriormente foram agrupados por regiões de saúde e macrorregiões de saúde. Para análise dos dados quantitativos utilizou-se a estatística descritiva por meio do software SPSS 24.0 *for Windows*, os resultados foram apresentados em tabelas com seus valores absolutos e percentuais.

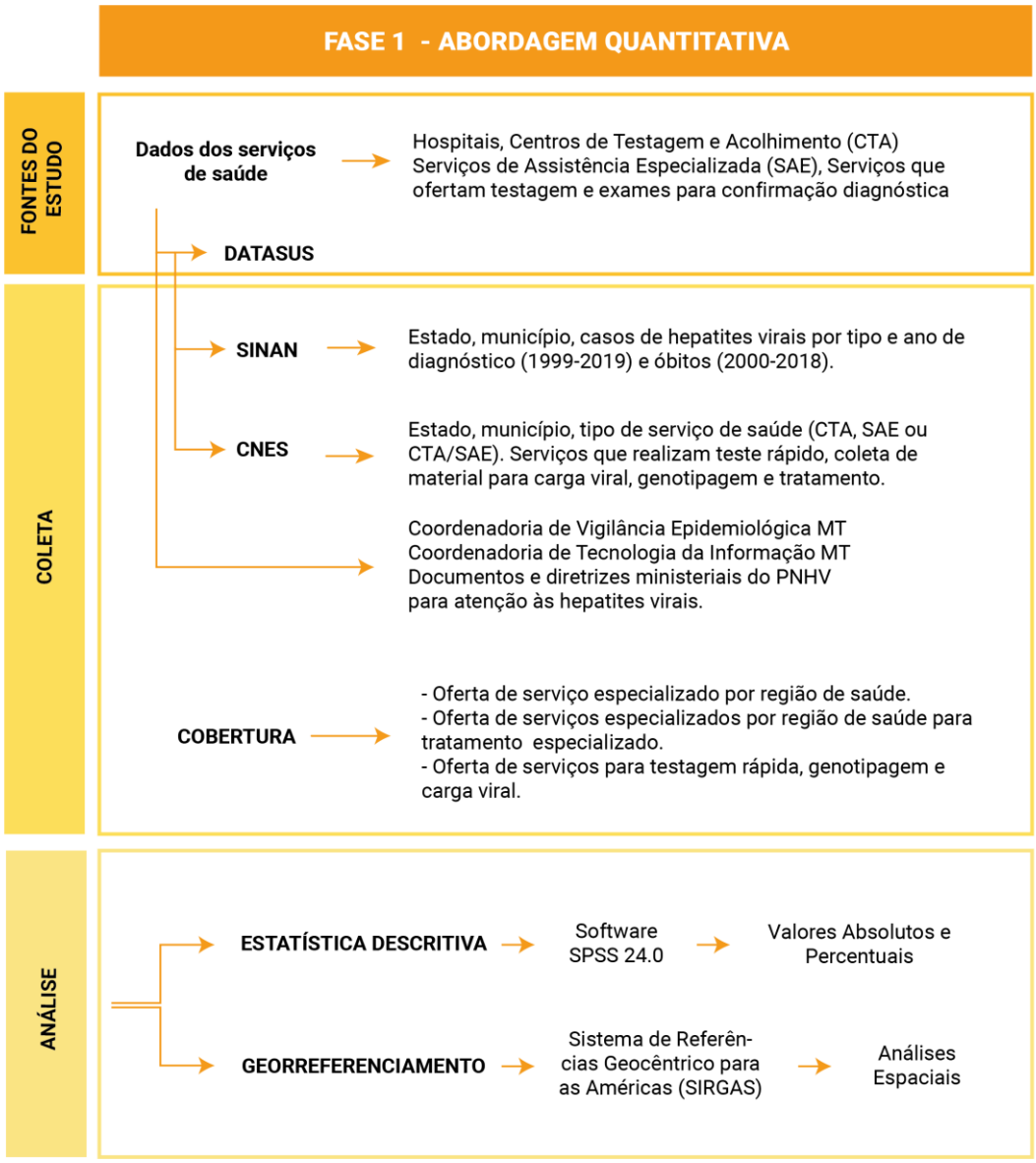
Foi utilizado o georreferenciamento para melhor compreensão da distribuição dos casos notificados, óbitos e serviços de saúde. Para os serviços de saúde foram utilizadas coordenadas, latitude e longitude (formato decimal) dos endereços de cada estabelecimento, que foram obtidos individualmente no *Google Maps,* e os casos notificados de hepatites virais foram codificados por município de residência e georreferenciados. A partir dos dados foram construídos mapas temáticos utilizando a base cartográfica no Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (SIRGAS). Os mapas foram construídos por um profissional formado em geografia e especialista na área de geoprocessamento.

O uso do georreferenciamento na saúde tem possibilitado compreender a análise dinâmica de difusão espacial das doenças e apresentar, em representações gráficas, um determinado posicionamento geográfico, além de uma visualização rápida e simplificada, para possibilitar compreender o fenômeno em um determinado território, mas também pode servir de subsidio para o planejamento, monitoramento e avaliação (CAMARA; MONTEIRO, 2001; MEDRONHO; WERNECK, 2004). A elaboração de mapas para subsidiar o planejamento expressam possibilidades de estratégias de conhecimento e de poder das ações de vigilância articulada a elementos que mostram mais que representações cartográficas, compõe uma realidade que reproduz a política e a definição das fronteiras (HARLEY, 2006).

Para análise espacial foram apresentados mapas que sinalizam a espacialização sob as macrorregiões e regiões de saúde. Posteriormente, foi calculado o número de casos por quilômetro quadrado das áreas de regiões de saúde e apresentada a densidade, por meio da análise espacial do estimador de intensidade de Kernel.

Para estimar a intensidade foi utilizado o método de classificação de quebras naturais (JENKS, 1967), no qual é possível identificar as grandes lacunas ou as pausas naturais no conjunto de valores na proposta que melhor os agrupe de forma semelhante e maximize as diferenças entre as classes. Foi apresentada a densidade de casos, como também sua relação com a sobreposição dos pontos de serviços de saúde. O uso do estimador de intensidade de Kernel propõe uma interpolação exploratória de áreas, que são circulares, e apresentam visualmente uma influência em relação às ocorrências de um determinado fenômeno (DRUCK *et al*., 2004), sendo que dessa análise é possível ter uma visão da distribuição do agravo e o indicativo da ocorrência, confrontando a influência de ter ou não um serviço de saúde na região para oferta de testagem e notificação. A Figura 3 apresenta a síntese da fase 1 na abordagem quantitativa.

Figura 3 - Framework adotado na abordagem quantitativa



Fonte: elaboração própria.

A discussão dos dados quantitativos pautou-se no agravo, como condição traçadora, para focar a avaliação em saúde a partir dos aspectos que conformam a organização da rede de atenção no sistema de saúde, na perspectiva do acesso.

Vale destacar que a análise e discussão dos dados quantitativos propiciou um diagnóstico acerca das hepatites virais no estado do Mato Grosso, no tocante aos casos e óbitos nas macrorregiões e RS, distribuição e oferta de serviços de saúde no estado, além fornecer elementos para definir critérios de eleição e a definição da RS a ser estudada na fase qualitativa.

A partir do mapeamento dos serviços de referência para atenção às hepatites virais, distribuídos nas dezesseis RS, foi possível identificar a RS com maior quantidade e heterogeneidade de serviços de referência, a saber, CTA e/ou SAE, entendidos como capacidade de oferta de ações e serviços e, assim, o pesquisador arbitrou considerar essa RS para desenvolver a fase 2 do estudo.

7.4.2 Fase 2– Abordagem qualitativa

Como técnica para a coleta dos dados primários, junto aos participantes, foi utilizada a entrevista individual semiestruturada (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2010). A opção por esta modalidade de entrevista justifica-se por permitir ao participante discorrer sobre o tema em questão.

Para o desenvolvimento da entrevista foi utilizado um roteiro específico (Apêndice 1) composto por duas partes: uma relativa à caracterização profissional e outra solicitando que o entrevistado, a partir de situações vivenciadas em seu cotidiano na gestão, relatasse experiência acerca de aspectos positivos e negativos, limitações e potencialidades, da organização e articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção às hepatites virais. Cabe destacar a ênfase para que o relato considerasse situações vivenciadas no exercício profissional na gestão, entendendo a visão de mundo que esse local privilegiado lhe confere e não apenas o “achismo” acerca dos casos.

O roteiro foi submetido à validação de face por três peritos na temática e em metodologia de pesquisa. Os peritos foram convidados e oficializaram o aceite de participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Para possibilitar a testagem e adequação prévia dos procedimentos de coleta de dados, foi realizado pré-teste com participantes que não compuseram o estudo definitivo, os quais oficializaram o aceite com a assinatura no TCLE (Apêndice 3).

Os participantes foram contatados via e-mail e telefonema pelo pesquisador no mês de junho de 2020, tendo sido convidados a participar da pesquisa. Após, oficializarem o aceite por e-mail e enviarem assinado o TCLE (Apêndice 4), foi agendada a entrevista em data, plataforma digital (*whatsapp, google meet* ou *zoom*) e horário indicado pelo participante, sendo realizadas no segundo semestre de 2020.

Destaca-se que as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador usando recursos digitais, em atendimento às orientações decorrentes da pandemia de Covid-19.

Para facilitar a abordagem do participante, inicialmente foram apresentados novamente os objetivos da pesquisa, para guiar a entrevista por meio remoto, além do roteiro (Apêndice 1) foi utilizada uma vinheta (Apêndice 5). O uso da vinheta consolida uma estratégia para fixar os principais pontos de abordagem das questões disparadoras e auxilia o participante a compreender melhor as variáveis de interesse do estudo, possibilitando explicar sua posição sobre os elementos que estão projetados em situações concretas que lhes são apresentadas sem que o pesquisador interfira em pontos não abordados pelo participante (BRAUN; CLARKE; GRAY, 2019).

A vinheta consistiu de uma apresentação visual e sintética que foi composta por perguntas do roteiro e dados da primeira fase, incluindo a distribuição de serviços de atenção às hepatites no estado. Após a exibição do dispositivo visual, era concedido o tempo requerido pelo participante e, a seguir, era solicitado que comentasse sobre a organização da rede de atenção para as hepatites no estado.

As entrevistas foram gravadas em meio digital, armazenadas em uma pasta, armazenamento em nuvem, sob-responsabilidade do pesquisador. A duração média das entrevistas foi de 50 minutos. Ainda, é importante frisar que além do emprego das técnicas escolhidas, as observações do pesquisador durante a entrevista foram registradas em um diário de campo.

As entrevistas foram transcritas pelo pesquisador com correção das falas segundo a norma culta da língua portuguesa. Após finalização da transcrição incluiu-se, entre parênteses, informações complementares do diário de campo. De modo a preservar o anonimato dos participantes, o participante foi identificado pela letra P seguido pelo numeral arábico, de acordo com a ordem cronológica crescente das entrevistas.

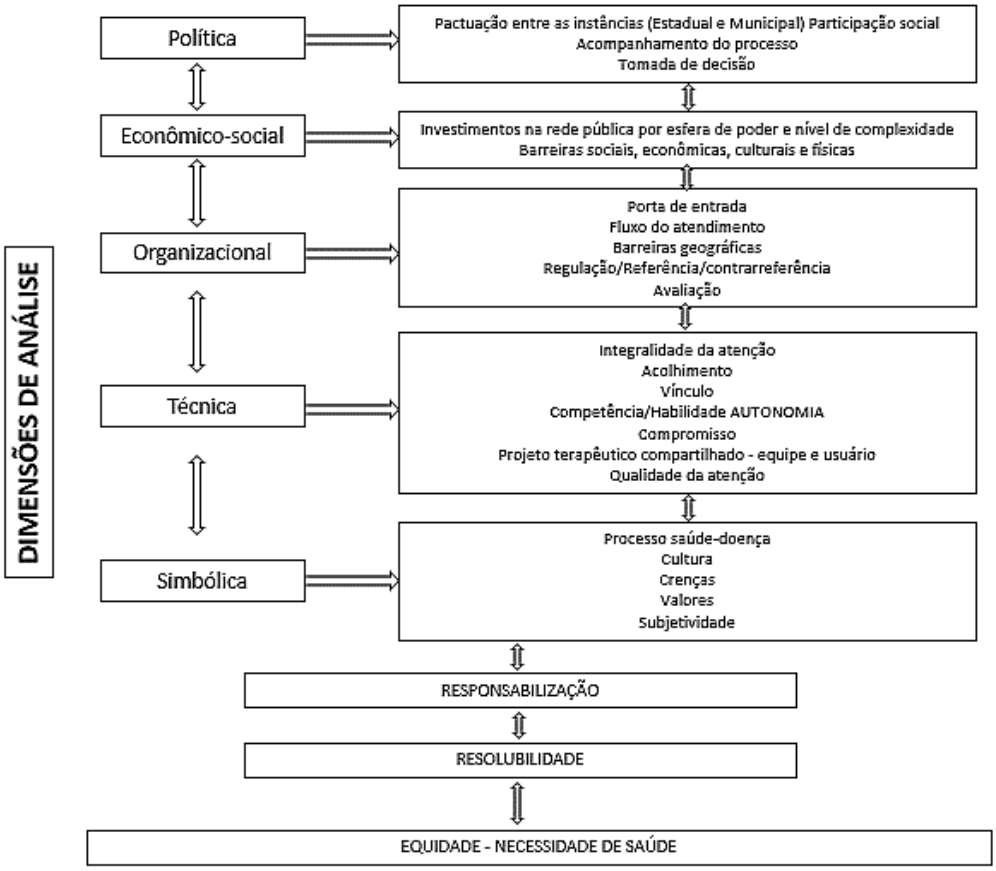
Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo em sua vertente temática (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2010; MINAYO, 2012). A análise dos dados iniciou com o processo de impregnação, com a leitura exploratória, vertical e exaustiva do material até domínio do conteúdo da entrevista. Esse processo permitiu elencar as percepções e o contexto do participante, retomando os objetivos iniciais da pesquisa. Essa etapa centrou-se nas particularidades de cada entrevista, no tocante aos aspectos que dificultam e potencializam o acesso à atenção às hepatites virais.

Após a leitura vertical, centrada nas particularidades de cada entrevista, foi realizada leitura horizontal do conjunto dos relatos permitindo estabelecer relações entre os depoimentos e o significado que adquirem no contexto. Procurou-se identificar aspectos recorrentes, contraditórios e antagônicos. Agrupou-se o conteúdo conformando núcleo de sentido e foram definidas as categorias de análise, sendo elas:

- Dinâmica na RS, ampliando a compreensão do acesso;
- Aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais;
- Aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais;
- Situações contextuais que impactam no enfrentamento das hepatites virais.

Para evidenciar os aspectos das categorias que dificultam e potencializam o acesso à atenção às hepatites virais, o material foi analisado sob as dimensões do modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012). Conforme Figura 4, a seguir:

Figura 4 - Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde



Fonte: Adaptado de Assis e Jesus (2012).

Parte dos dados coletados possibilitou desenhar um fluxograma da trajetória assistencial do usuário na rede de atenção, que também foi conferido pelos participantes e apresentado como produto que exemplifica possibilidades de análise nas pactuação que envolvem esses serviços.

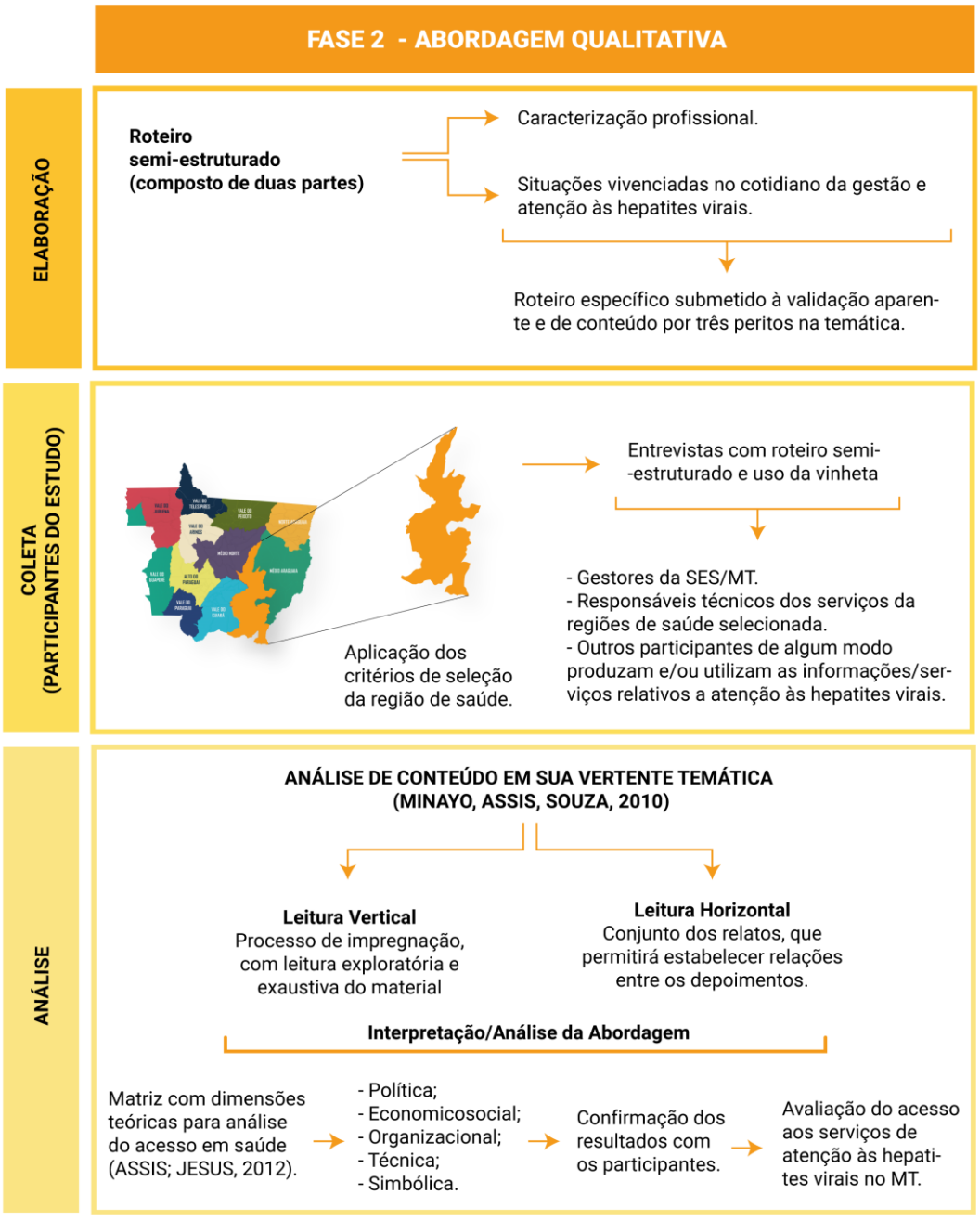
O material analisado na fase 2 favoreceu compreender o caminho do usuário até o serviço, que evidencia aspectos que contribuem para a avaliação do acesso à rede de atenção. Cabe ressaltar que a intenção não foi de fazer um julgamento de cada tipo de serviço isoladamente, muito menos dos municípios que atendem, mas favorecer a compreensão sobre a dinâmica e os processos que acontecem na RS, consequentemente no território regional, por meio dos achados do estudo, tendo como condição traçadora as hepatites.

Para ratificar os dados levantados e a adequação das análises feitas pelo pesquisador e sua conformidade com o que os informantes-chave gostariam de transmitir, estes foram novamente convidados a se manifestar. Foi elaborado um formulário no *Google Forms* a partir dos itens “principais resultados” que compuseram os aspectos que dificultam e potencializam o acesso, considerando o modelo de análise adotado no estudo. Solicitou-se que os participantes avaliassem, por meio da variável dicotômica concorda e discorda, os principais resultados elencados para cada dimensão analisada. Após duas tentativas sem reposta ao e-mail e duas ao contato telefônico foi encerrado o convite.

A discussão deste estudo foi desenvolvida a partir do referencial teórico da organização de SS, na perspectiva do acesso, com enfoque na avaliação das ações destinadas às hepatites virais, articulando os resultados quantitativos e os qualitativos.

A Figura 5 apresenta a síntese da fase 2 a partir de um *framework* adotado na abordagem qualitativa.

Figura 5 – Framework adotado abordagem qualitativa



Fonte: elaboração própria.

7.3 Procedimentos éticos

O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução CNS nº 466/12 (BRASIL, 2012) sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Inicialmente foi enviado um ofício, juntamente com a cópia do projeto, à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), à Superintendência de Vigilância em Saúde e ao Programa Estadual de Controle das Hepatites Virais informando os objetivos e as finalidades da pesquisa. Foi realizada reunião com a gestão estadual, no segundo semestre de 2018, para apresentar a proposta de pesquisa e verificar a pertinência do estudo para a área técnica da SES- MT. Foi apresentado o projeto de pesquisa, com possibilidades de sugestão, mas não foram feitas sugestões de mudança no projeto. Os momentos de interação com os gestores na SES-MT oportunizou identificar atores-chave da gestão estadual que poderiam ser informantes-chave para a pesquisa. Por fim, foi celebrado o termo de autorização para a realização do estudo que contou com a aprovação da SES-MT.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP CAAE: 01481918.0.0000.5393 (Anexo 1) e pela instituição coparticipante a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso por meio do CEP da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso CAAE: 01481918.0.3001.5164. Aos participantes foi fornecido o TCLE. A fase 2 da pesquisa atendeu as orientações para condução de pesquisa durante a pandemia pelo coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19) (BRASIL, 2020), seguindo as disposições da Lei nº 13.709/2018 (BRASIL, 2018) que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, com o objetivo de proteger os direitos.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

> Um dos requisitos fundamentais para a gestão de um programa é estar permanentemente informado sobre aspectos cruciais de sua implementação, o que demanda a organização de um sistema de monitoramento de tudo o que for técnica e politicamente relevante em um programa e das ações pelas quais se realiza. (GARCIA, 2001, p..33).

A partir da escolha da abordagem deste estudo, quanti-quali, apresentam-se os resultados e as discussões articuladas. Os dados quantitativos proporcionam um panorama situacional da distribuição de casos e óbitos de hepatites, bem como da estrutura da rede de atenção para esse agravo no estado de Mato Grosso. Trata-se de uma avaliação para fazer um diagnóstico situacional das condições de enfrentamento das hepatites virais no SUS, especificamente no panorama estadual. Uniu-se a essa análise a abordagem qualitativa, de interface dialogada com as falas de informantes-chave, como estratégia de reconhecer a dinâmica da rede de atenção, suas potencialidades e suas fragilidades no tocante às hepatites, ou seja, ampliar a compreensão acerca do objeto de estudo.

Doze informantes-chave, profissionais que exercem a gestão em áreas afins às hepatites virais no estado do Mato Grosso e que eram considerados elegíveis para a segunda fase, foram convidados a participar do estudo, nove destes aceitaram participar. Três informantes-chave não participaram, a saber: a direção da Secretária Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde, da Superintendência de Vigilância em Saúde e o Secretário de Estado de Saúde que responderam ao convite com a justificativa de que em decorrência do cenário de pandemia não poderiam participar. O convite foi refeito seis meses após o primeiro contato, com três ligações e mensagens por e-mail, no entanto não tendo obtido resposta aos telefonemas e e-mails, encerraram-se as tentativas.

A Tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição do perfil dos participantes que aceitaram participar do estudo.

Tabela 1 - Distribuição do perfil dos participantes que aceitaram participar do estudo segundo o perfil profissional, as categorias de participação e os tipo de formação complementar, de um município do médio norte mato-grossense, 2021

	N	%
Sexo		
Feminino	07	77,7
Masculino	02	22,3
Cor de pele		
Branco	06	66,6
Negro	01	11,2
Pardo	02	22,2
Faixa Etária		
25 I--- 30	01	11,2
30 I--- 40	02	22,2
40 I--- 50	02	22,2
50 I--- 60	04	44,4
Formação		
Assistência Social	02	22,2
Ciências Biológicas	01	11,2
Enfermagem	04	44,2
Odontologia	01	11,2
Pedagogia	01	11,2
Formação Complementar		
Stricto Sensu	01	11,2
Latu Senso	08	88,8
Vínculo Empregatício		
Estatutário	07	77,8
Contratado	02	22,2
Tempo de atuação profissional no serviço		
1 -- 2 anos	01	11,2
≥ 3 anos	08	88,8

Fonte: elaborado pelo autor a partir do banco de dados da pesquisa.

A maior frequência dos participantes é do sexo feminino, de cor branca, na faixa etária entre 50 a 60 anos, com formação em enfermagem, nível de especialização, contratados pelo regime estatutário e com mais de três anos de atuação no serviço. São coordenadores da área técnica do programa de hepatites no estado e responsáveis técnicos pelos serviços da RS, além de profissionais considerados importantes na resposta da atenção ao usuário.

No processo de confirmação da análise dos resultados da abordagem qualitativa dos nove participantes, seis aceitaram participar. A não participação de três participantes que eram vinculados ao tipo de serviço CTA pode contribuir como uma análise que reforça alguns achados do estudo.

8.1 Mapeamento dos casos notificados, óbitos e a oferta de serviços para atenção às hepatites virais

A Tabela 2 apresenta a distribuição de casos notificados de hepatites virais e óbitos nas macrorregiões e nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso. Na Figura 6 é possível verificar a distribuição espacial do total de casos notificados de hepatites virais e o total de casos notificados por tipo de hepatites virais nas macrorregiões e nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso.

Em análise da densidade de casos, por meio do estimador de intensidade de Kernel (Figura 7), é possível perceber quais RS apresentam maior densidade de casos de hepatite no estado. Na Figura 8 é exposta a distribuição espacial do total de óbitos por hepatites e o total de casos notificados por tipo de hepatite nas macrorregiões e nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso.

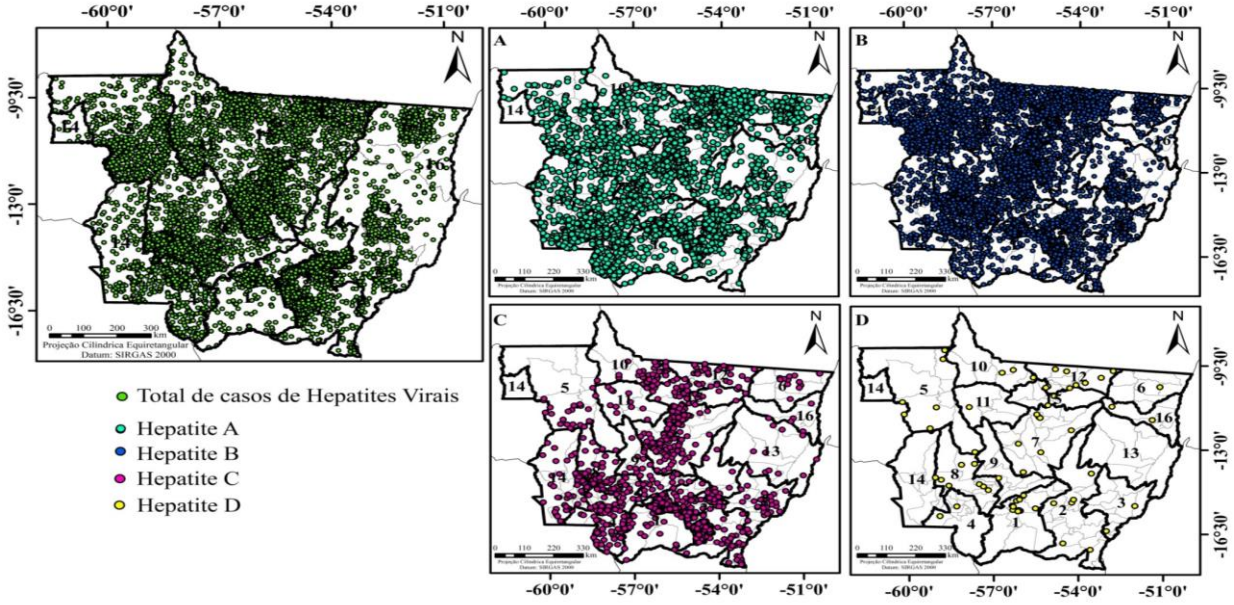
Tabela 2 - Distribuição do número e percentual de casos notificados de hepatites virais (1999-2019), óbitos (2000-2018) e o total de casos de hepatites virais e óbitos nas macrorregiões e nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso, Brasil, 2020

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	População estimada 2019	Densidade Demográfica	Hepatite A		Óbito		Hepatite B		Óbito		Hepatite C		Óbito		Hepatite D		Óbito		Total de casos		Total de Óbitos	
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORTE	Alto Tapajós	107.911	2,1	64	6,9	1	11,1	433	12,2	11	20,7	47	15,0	4	16,6	3	14,2	1	25,0	547	11,4	17	18,8
	Norte Mato-grossense	68.763	2,3	110	11,9	-	-	297	8,4	3	5,6	28	8,9	1	4,1	1	4,7	1	25,0	436	9,1	5	5,5
	Teles Pires	433.441	5,3	448	48,8	4	44,5	1962	55,6	31	58,7	190	61,1	16	66,9	8	38,2	-	-	2608	54,6	51	56,9
	Vale do Peixoto	106.203	3,2	204	22,1	3	33,3	573	16,2	6	11,3	35	11,2	2	8,3	8	38,2	1	25,0	820	17,1	12	13,3
	Vale do Arinos	53.877	1,3	95	10,3	1	11,1	269	7,6	2	3,7	12	3,8	1	4,1	1	4,7	1	25,0	377	7,8	5	5,5
	Subtotal	**770.195**	**2,8**	**921**	**23,7**	**9**	**31,4**	**3534**	**40,7**	**53**	**25,1**	**312**	**16,6**	**24**	**11,5**	**21**	**35**	**4**	**36,6**	**4788**	**33,1**	**90**	**19,6**
CENTRO-NORTE	Baixada Cuiabana	1.008.820	16,1	1266	100	6	100	1580	100	63	100	902	100	112	100	10	100	3	100	3758	100	184	100
	Subtotal	1.008.820	16,1	**1266**	**32,9**	**6**	**20,6**	**1580**	**18**	**63**	**30,0**	**902**	**48,3**	**112**	**54,4**	**10**	**16,6**	**3**	**27,2**	**3758**	**25,8**	**184**	**40,4**
CENTRO-NOROESTE	Centro-Norte	101.178	2,6	101	23,2	-	-	120	7,8	4	12,1	29	19,7	5	27,7	1	6,2	-	-	251	11,8	9	16,0
	Médio Norte Mato-grossense	248.714	5,0	128	29,4	3	60,0	773	51,0	11	33,3	94	64,0	10	55,7	9	56,3	-	-	1004	40,7	24	43,0
	Noroeste Mato-grossense	165.972	1,4	205	47,4	2	40,0	628	41,2	18	54,6	24	16,3	3	16,6	6	37,5	-	-	863	47,5	23	41,0
	Subtotal	**515.864**	**0,00***	**434**	**11,1**	**5**	**17,2**	**1521**	**17,3**	**33**	**15,6**	**147**	**7,8**	**18**	**8,6**	**16**	**26,8**	**-**	**-**	**2118**	**14,5**	**56**	**12,2**
LESTE	Araguaia Xingu	97.682	2,6	165	47,9	1	50,0	140	28,5	3	20,0	12	18,7	-	-	1	20	-	-	318	35,1	4	18,1
	Garças Araguaia	126.381	3,1	73	21,0	1	50,0	144	29,3	5	33,3	36	56,4	4	80,0	2	40	-	-	255	28,1	10	45,6
	Médio Araguaia	98.762	1,1	87	25,1	-	-	189	38,8	6	40,0	12	18,7	1	20,0	-	-	-	-	288	32,0	7	31,8
	Norte Araguaia Karajá	24.897	0,8	21	6,0	-	-	17	3,4	1	6,7	4	6,2	-	-	2	40	-	-	44	4,8	1	4,5
	Subtotal	**340.800**	**0,08**	**346**	**8,9**	**2**	**6,8**	**490**	**5,5**	**15**	**7,1**	**64**	**3,4**	**5**	**2,4**	**5**	**8,3**	**-**	**-**	**905**	**6,2**	**22**	**4,8**
OESTE	Oeste Mato-grossense	198.231	4,77	397	74,5	2	66,7	233	56,3	10	66,7	77	68,8	13	76,5	2	100	1	50,0	709	66,9	26	70,3
	Sudoeste Mato-grossense	119.311	1,6	136	25,5	1	33,3	181	43,7	5	33,3	35	31,2	4	23,5	-	-	1	50,0	352	33,1	11	29,7
	Subtotal	**317.542**	**2,73**	**533**	**13,7**	**3**	**10,3**	**414**	**4,7**	**15**	**7,1**	**112**	**5,9**	**17**	**8,2**	**2**	**3,3**	**2**	**18,1**	**1061**	**7,2**	**37**	**8**
SUL	Sul Mato-grossense	531.245	5,65	378	100	4	100	1212	100	32	100	338	100	31	100	6	100	2	100	1934	100	69	100
	Subtotal	**531.245**	**5,65**	**378**	**9,7**	**4**	**13,7**	**1212**	**13,8**	**32**	**15,1**	**338**	**18,0**	**31**	**14,9**	**6**	**10**	**2**	**18,1**	**1934**	**13,2**	**69**	**15**
Total		**3.484.466**	**3,85**	**3878**	**100**	**29**	**100**	**8751**	**100**	**211**	**100**	**1875**	**100**	**207**	**100**	**60**	**100**	**11**	**100**	**14564**	**100**	**458**	**100**

Fonte: Elaborado pelo autor com base: **Macrorregião:** Resolução CIB/MT *Ad Referendum* Nº 57 de 26 julho de 2018. **Região de Saúde/Município:** Resolução CIB/MT Nº065 de 03 de abril de 2012, dados do IBGE e DATASUS/SINAN

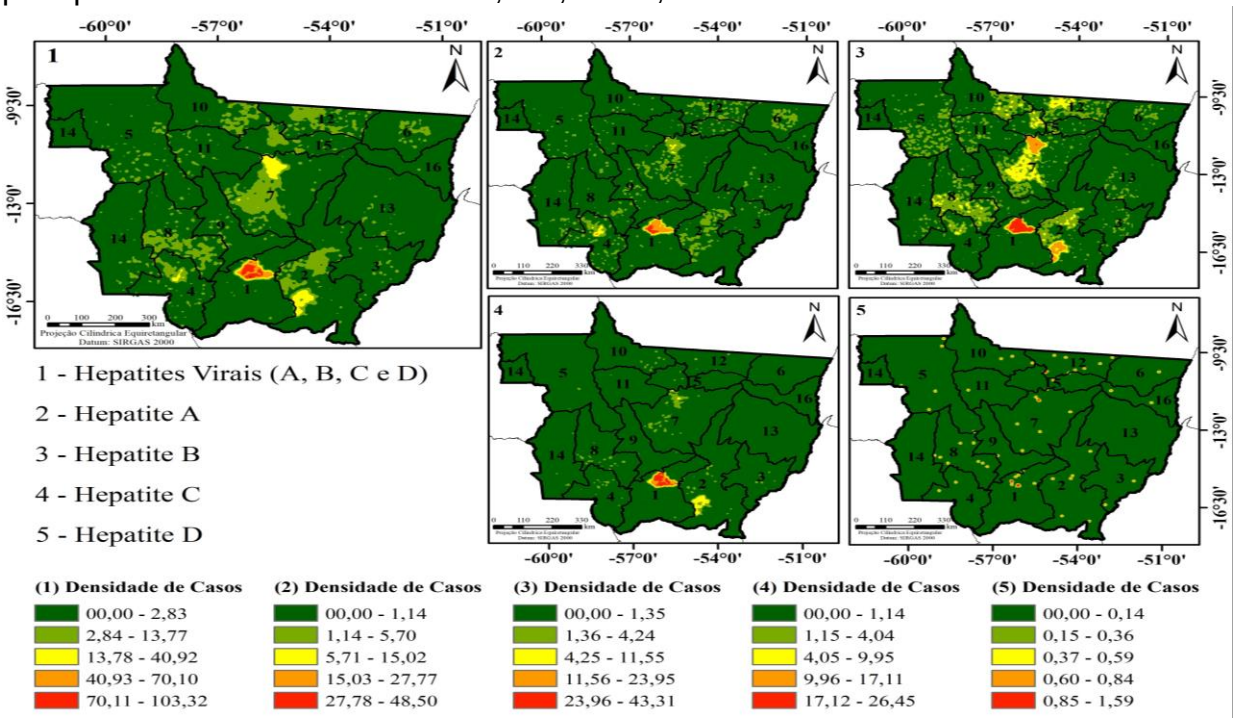
*optou-se por utilizar duas casas decimais, o valor foi de: 0,0025

Figura 6 - Distribuição dos casos de hepatite virais (1999-2019), total e por tipo no estado de Mato Grosso, MT, Brasil, 2020



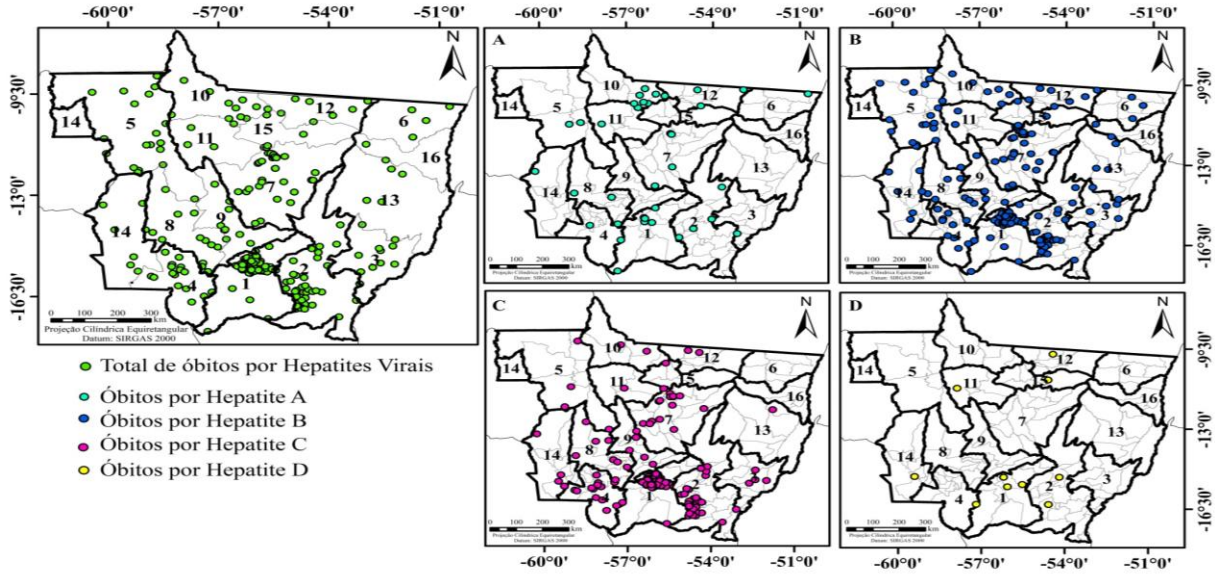
Fonte: elaborado a partir dos dados do SINAN/DATASUS

Figura 7 - Distribuição da densidade de casos de hepatite virais (1999-2019), total e por tipo no estado de Mato Grosso, MT, Brasil, 2020



Fonte: elaborado a partir dos dados do SINAN/DATASUS

Figura 8 - Distribuição espacial do número de óbitos por hepatites (2000-2018) total e por tipo no estado de Mato Grosso, MT, Brasil, 2020



Fonte: elaborado a partir dos dados do SINAN/DATASUS

Em relação aos tipos de hepatites virais verifica-se maior frequência de hepatite B, seguida da hepatite A, C e D. Entretanto, essa distribuição difere entre macrorregiões e RS. A maior frequência de casos de hepatite A ocorreu na macrorregião Centro-Norte e nas RS Baixada Cuiabana, Oeste Mato-grossense e Teles Pires. A análise dos casos de hepatite B indica maior frequência na macrorregião Norte e na RS Teles Pires, Baixada Cuiabana e Sul Mato-grossense. As hepatites C e D são mais frequentes na macrorregião Centro-Norte, porém, a análise por RS evidencia que, para a hepatite C, as maiores frequências foram na RS da Baixada Cuiabana, Sul Mato-grossense e Teles Pires. Já em relação à hepatite D, o maior quantitativo foi registrado na RS da Baixada Cuiabana, Médio Norte-Mato-grossense e Vale do Peixoto.

A análise dos óbitos por hepatites virais permite afirmar que a maior frequência ocorreu por Hepatite C, seguida dos óbitos por hepatite B, A e D, respectivamente, sendo que 91,2% dos óbitos corresponderam às hepatites B e C. Análise por macrorregiões e RS dos óbitos evidencia que óbitos por hepatite A são mais frequentes nas macrorregiões Norte e Centro-Norte e nas RS Oeste Mato-grossense e Sul Mato-grossense. Os óbitos decorrentes de hepatite B, C e D ocorrem mais frequentemente nas macrorregiões de saúde Centro-Norte e Norte. Todavia a distribuição dos óbitos por tipo de hepatite difere entre as regiões de saúde, a saber: hepatites B e C são mais frequentes nas RS da Baixada Cuiabana,

Sul Mato-grossense e Teles Pires, enquanto que a hepatite D é mais comum nas RS da Baixada Cuiabana e Sul Mato-grossense.

A distribuição do total de casos notificados de hepatites virais A, B C e D evidenciou maior frequência nas macrorregiões Centro-Norte e Norte e a distribuição segundo as RS indica maior frequência de casos na Baixada Cuiabana, Teles Pires e Sul Mato-grossense. Em relação à distribuição do total de hepatite A, a maior frequência é na RS da Baixada Cuiabana e Teles Pires; para hepatite B na RS Teles Pires, Baixada Cuiabana e Sul Mato-grossense; para hepatite C na RS Baixada Cuiabana e Sul Mato-grossense; e para hepatite D na RS Baixada Cuiabana e Médio norte mato-grossense.

Por meio da técnica de densidade de pontos de Kernel é possível verificar que, em relação aos aglomerados formados pela intensidade apresentada, não ocorre uma identificação de casos aleatórios que possuem distribuição desigual, mas é possível notar forte presença em cidades com maior quantitativo populacional do estado.

No Brasil, existe variação na distribuição dos casos notificados de hepatites nas cinco regiões geográficas. A análise espacial das hepatites virais no Brasil, no período de 2010 a 2014, permitiu perceber relações especialmente territorializadas que contribuem para o planejamento das ações de saúde, com identificação dos locais prioritários para investimento em educação, habitação, saneamento básico e educação relacionada às hepatites virais (FARIAS; OLIVEIRA; LUZ, 2019). A região Nordeste concentra a maior proporção das hepatites do tipo A, os casos de hepatite B e C são mais frequentes na região Sudeste e de hepatite D na região Norte (BRASIL, 2020). A hepatite B, no Brasil, tem maior incidência em populações quilombolas, indígenas, ribeirinhas, dentre outras (LEÃO *et al.*, 2013). Percebe-se que o maior quantitativo de notificação no estado de Mato Grosso é para hepatite B.

Frente às estratégias públicas de saúde no mundo, mesmo com o avanço na vacinação contra o VHB, é possível encontrar alta exposição e proporção de adultos que são suscetíveis a esse agravo, (WEIS-TORRES *et al*., 2020; GRIEF; MILLER, 2017). Em 2017, no mundo, constatou-se que existem mais pessoas infectadas pelo HCV do que curadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). As diretrizes mais recentes de acompanhamento de pacientes com hepatite C recomendam investigação do carcinoma hepatocelular, principalmente em pacientes com fibrose avançada (KIM *et al*., 2018). Confirma-se que avançar na eliminação da hepatite

viral proporciona o potencial de prevenir mais de uma em cada 20 mortes por câncer em todo o mundo (FITZMAURICE *et al.*, 2017). O aumento de óbitos por hepatite viral em todo o mundo tem se configurado como uma das principais causas de mortalidade (STANAWAY, 2016), com maior incidência de casos por hepatite B e C (LANINI *et al.,* 2019; POLARIS OBSERVATORY COLLABORATORS, 2018).

Em relação a populações em contexto de prioridade de atenção às hepatites, destaca-se que no estado de Mato Grosso são encontradas 97 comunidades quilombolas que estão distribuídas nos municípios de Cuiabá, Vila Bela da Santíssima Trindade, Cáceres, Nossa Senhora do Livramento, Chapada dos Guimarães, Acorizal, Barra do Bugres e Poconé, sendo que somente em Poconé concentra-se 28 comunidades quilombolas (LOURENÇO, 2016). No entanto, apenas 71 dessas comunidades estão com certidões expedidas como Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) (BRASIL, 2021). Tal situação pode influenciar o planejamento em saúde, se a base de informação para mapeamento de territórios prioritários de ações forem exclusivamente para os quem tem registros oficiais.

A população indígena, no estado do Mato Grosso, apresenta 45 etnias localizadas em 78 terras indígenas (RICARDO; RICARDO, 2006). No censo de 2010 registrou 51.696 índios, sendo que 82.3% moravam em terras indígenas (IBGE, 2010). Ribeirinhos, pantaneiros, indígenas e quilombolas apresentam condições que dependem da mobilidade ofertada e da via de transporte para acessar a localização de serviços de saúde (BRASIL, 2016). Diante desse cenário, caberá forte atuação da gestão em saúde na provisão de equipes volantes em parcerias com os profissionais que atuam na atenção à esse segmento populacional, no intuito de subsidiar o acesso.

A população privada de liberdade está em torno de 12 mil pessoas no estado de Mato Grosso, sendo que a capacidade das unidades é de aproximadamente sete mil vagas (GOVERNO DE MATO GROSSO, 2020), distribuídas em sistema prisional que totaliza 45 unidades penais, sendo sete penitenciais, uma destas feminina; trinta e três cadeias públicas, sendo quatro delas feminina; quatro centros de detenção provisórios e uma colônia penal agrícola (GOVERNO DE MATO GROSSO, 2021). O registro de apenas um SAE no sistema prisional do estado, sinaliza fragilidades de ações do sistema de saúde com enfoque à essa população.

Em relação à população em situação de rua registra-se no Brasil, desde 2012, expressivo aumento em todas as grandes regiões e municípios, independente dos portes (NATALINO, 2020). A carência de censo desse segmento populacional restringe planejamento de ações pela gestão, situação que também se repete na busca de dados oficiais que identifiquem a população de profissionais do sexo, gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas, justamente por pouca direção de estudos sobre essas populações no estado de Mato Grosso. O que acaba por fragilizar ainda mais a tomada de decisão da gestão em relação às atividades focais e estratégicas ligada às hepatites.

Diante do cenário das hepatites virais e dada a heterogeneidade da sua distribuição no território, utilizar análises espaciais pode contribuir para o planejamento das ações de saúde em locais prioritários em ações para o enfrentamento das hepatites virais, incluindo a vigilância contínua para minimizar complicações (FARIAS; OLIVEIRA; LUZ, 2019; GONÇALVES *et al.*, 2019). A análise de casos de hepatites virais, óbitos e a relação da oferta de serviços oportuniza a gestão em saúde, no estado do Mato Grosso, a elaboração de estratégias para estruturação da rede de atenção.

A seguir, apresenta-se a organização dos serviços de referência para a testagem, diagnóstico e tratamento, sob o ponto de vista da regionalização do estado. Em relação aos dados dos serviços de saúde, optou-se por analisar a distribuição na perspectiva da regionalização do estado. Elencou-se aqueles serviços que exercem a função descrita/prevista no PNHV, ou seja, serviços que são cadastrados no CNES como referência para atender as hepatites, a exemplo do CTA e SAE.

Na Tabela 3 é apresentada a distribuição quantitativa de serviços para diagnóstico e tratamento de hepatites virais, segundo o tipo de serviço de saúde, macrorregião de saúde e RS no estado de Mato Grosso. Na Figura 9 expõe-se a distribuição espacial da distribuição quantitativa de serviços para diagnóstico e tratamento de hepatites virais.

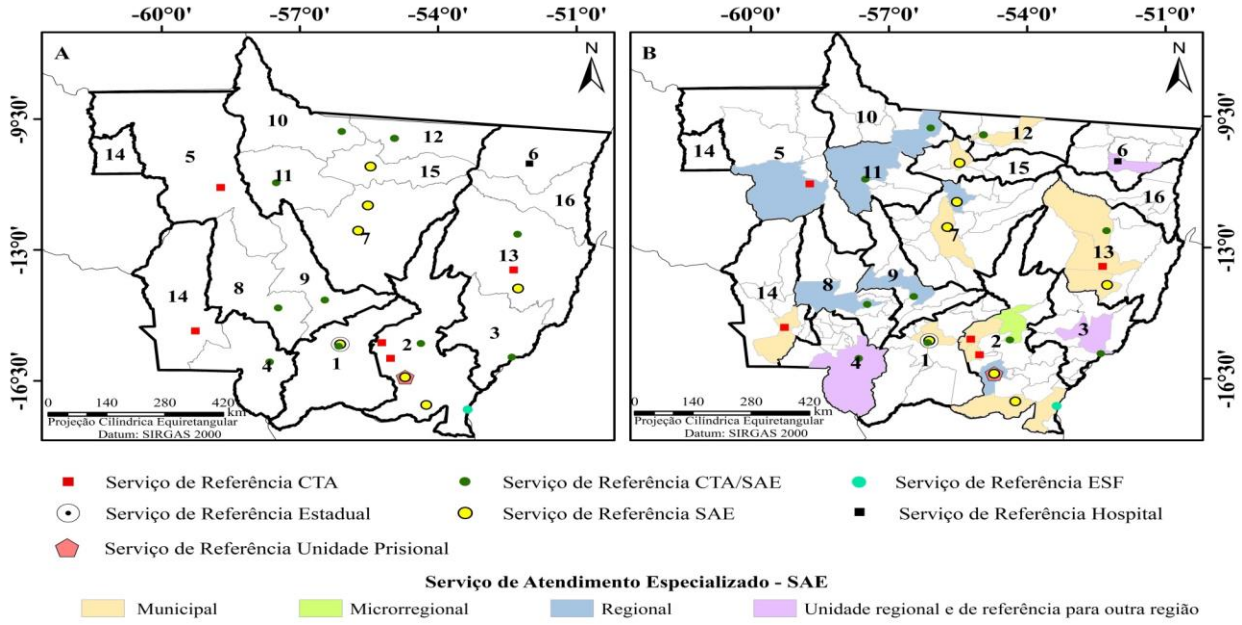
Tabela 3 - Distribuição quantitativa de serviços de diagnóstico e tratamento de hepatites virais, segundo o tipo de serviço de saúde e abrangência de atenção no estado de Mato Grosso, Brasil, 2020

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	Município sede do serviço	Total do tipo de serviço de atenção especializada		Abrangência*	Centro Estadual		CTA/SAE		CTA		SAE		Unid. Pris		ESF		Hospital	
			N	%		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORTE	Alto Tapajós	Alta Floresta	1	17,0	R	-	-	1	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Teles Pires	Sinop	1	16,6	R	-	-	-	-	-	-	1	33,4	-	-	-	-	-	-
		Sorriso	1	16,6	M	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-
	Vale do Peixoto	Matupá	1	16,6	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
	Norte Mato-grossense	Colíder	1	16,6	M	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-
	Vale do Arinos	Juara	1	16,6	R	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Subtotal	**6**	**23,0**		**-**	**-**	**2**	**20,0**	**-**	**-**	**3**	**43,1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1**	**100**
CENTRO-NORTE	Baixada Cuiabana	Cuiabá	2	66,7	E/M	1	100	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-
		Várzea Grande	1	33,3	M	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Subtotal	**3**	**11,5**		**1**	**100**	**1**	**10,0**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
CENTRO-NOROESTE	Centro-Norte Mato-grossense	Diamantino	1	33,3	R	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Médio Norte Mato-grossense	Tangará da Serra	1	33,3	R	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Noroeste Mato-grossense	Juína	1	33,3	R	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
		Subtotal	**3**	**11,5**		**-**	**-**	**2**	**20,0**	**1**	**20,0**	**1**	**14,2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
LESTE	Araguaia Xingú	Confresa	1	20,0	MR	-	-	1	33,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Garças Araguaia	Barra do Garças	1	20,0	MR	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Médio Araguaia	Água Boa	1	20,0	M	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-
		Canarana	1	20,0	M	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
		Querência	1	20,0	M	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Norte Araguaia- Karajá	São Félix do Araguaia	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Subtotal	**5**	**19,2**		**-**	**-**	**3**	**30,0**	**1**	**20,0**	**1**	**14,2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
OESTE	Oeste Mato-grossense	Cáceres	1	50,0	MR	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sudoeste Mato-grossense	Pontes de Lacerda	1	50,0	M	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
		Subtotal	**2**	**7,6**		**-**	**-**	**1**	**10,0**	**1**	**20,0**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
SUL	Sul Mato-grossense	Rondonópolis	2	28,5	R	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	100	-	-	-	-
		Campo Verde	1	14,2	M	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-
		Alto Araguaia	1	14,2	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
		Jaciara	1	14,2	M	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-
		Primavera do Leste	1	14,2	MIC	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Itiquira	1	14,2	M	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-
		Subtotal	**7**	**27,2**		**-**	**-**	**1**	**10,0**	**2**	**40,0**	**2**	**28,5**	**1**	**100**	**1**	**100**	**-**	**-**
TOTAL			**26**	**100**		**1**	**100**	**10**	**100**	**5**	**100**	**7**	**100**	**1**	**100**	**1**	**100**	**1**	**100**

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do CNES/Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

*Legenda Abrangência: E: Estadual; R: Regional; M: Municipal; MR: Municipal com referência Regional; MIC: Microrregional

Figura 9 - Distribuição espacial dos serviços de referência para atenção às hepatites virais, segundo macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso, Brasil, 2020



Fonte: elaborado a partir dos dados do CNES/Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SAE: responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo HIV/Aids e Hepatites Virais (Brasil, 2017) CTA: foco na oferta de testagem, ações de educação em saúde e de aconselhamento como abordagens de redução de risco e situação de vulnerabilidade social (Brasil, 2017)

No estado do Mato Grosso são disponibilizados 26 serviços ambulatoriais para atenção às hepatites virais, sendo: 10 (38,7%) CTA/SAE, sete (26,9%) SAE, seis (19,2%) CTA, um (3,8%) Centro de Referência Estadual que compõe a estrutura do Centro Estadual Regional de Média e Alta Complexidade (CERMAC), um (3,8%) Ambulatório Prisional, uma (3,8%) Unidade Saúde da Família (USF) e um (3,8%) Hospital. O CERMAC está localizado na macrorregião Centro-Norte, RS da Baixada Cuiabana, e é referência para atenção de média e alta complexidade, além de prestar serviços ambulatoriais especializados aos municípios que estão distribuídos em todo o estado e que não possuem serviços de referência para diagnóstico e tratamento na área de abrangência da RS.

A maior oferta e heterogeneidade de serviços estão concentradas na macrorregião Sul que também é uma RS. A RS conta com um SAE de atenção regional, um serviço do tipo CTA/SAE que atende uma pactuação microrregional e quatro serviços que são municipais, além de um serviço em uma unidade prisional. Confere a essa macrorregião e RS a maior estrutura de atenção no estado de Mato Grosso. A maior concentração de serviços do tipo CTA/SAE está condensada nas

macrorregiões Leste, RS Araguaia Xingu, Garças Araguaia e Centro-Norte, RS da Baixada Cuiabana, Centro Norte Mato-grossense e Médio Norte Mato-grossense. Os SAE estão mais presentes na macrorregião Norte e nas RS Teles Pires e Vale do Peixoto. Demais tipos de serviços estão pulverizados, de forma heterogênea, em todo o estado. A macrorregião Oeste possui a menor quantidade de serviços.

Foi relatado que apenas uma RS não oferta serviço regional.

> *"Das dezesseis regiões que temos somente São Félix do Araguaia tem que se referenciar ao SAE de Confresa, que é em Porto Alegre do Norte. As outras regionais têm um SAE em caráter regional para atendimento dos municípios de abrangência."* P1

A organização dos serviços no estado, nas dezesseis RS, mostrou que nem todos assumem referência para atenção às hepatites. Quanto a abrangência sete serviços possuem abrangência regional, três são unidades regionais que ofertam assistência para outras regiões, quinze são de abrangência apenas municipal e um assume abrangência microrregional. Todos esses serviços contam com apoio ou referência de atenção da instância estadual que é o CERMAQ, no entanto essa instância é acessada pelos municípios que não possuem referência regional. Essa análise já impõe limitações ao acesso para o diagnóstico e o tratamento.

Verificou-se que existe conexão entre casos notificados com a disponibilidade/proximidade de serviços para testagem em algumas RS, além de limitações geográficas de acesso que repercutem em usuários que não possuem serviço de testagem no município.

> *"Eu olho bastante a questão de notificação nas regiões e das residências. Onde tem mais serviços que ofertam testagem tem mais casos notificados. Nas regiões que têm mais difícil acesso as notificações são bem menos."* P2

Barreiras geográficas estão presentes na atenção às hepatites no estado, particularmente nas RS do Vale do Peixoto e Norte Araguaia Karajá.

> *"Imagina um paciente lá de Matupá ou de Peixoto de Azevedo ter que sair de lá para ir à Sinop ou ter que vir no CERMAC. Esses pacientes têm que ser acompanhados mensalmente, é muito custo. Com relação a São Félix do Araguaia o acesso até Confresa* (serviço de referência) *é todo de terra. Imagina um paciente tendo que percorrer esse trajeto para ir à uma consulta. No tempo de seca é um poeirão e no tempo da chuva um atoleiro. O trajeto é exaustivo e até meio perigoso, seria muito importante ter serviço nessas regionais."* P1

> *"É necessário investir para ampliar ações e serviços nas regiões de Sinop, Alta Floresta e Peixoto de Azevedo porque a distância delas até a capital é grande."* P2

A malha viária do estado do Mato Grosso, em sua grande maioria, é formada por pistas simples, com profuso tráfego de caminhões que escoam a produção agroindustrial do estado, sendo que apenas trechos da BR163 e 364 são duplicados, e em algumas estradas existem áreas de preservação indígena (DALOSTO *et al.*, 2020).

Entende-se que a partir do tipo e configuração dos serviços, a respectiva disponibilidade de recursos na RS é que define a oferta de ações e a posição do serviço na rede de atenção. Nesse sentido, verifica-se que a lógica de construção da rede de atenção não está pautada nos elementos constitutivos para a implementação de uma RAS, que predispõe análise da população/RS, estrutura operacional e sistema logístico.

> *"Tem serviço que é municipal e que é de referência regional. Tem SAE que é municipal, mas aquele que aceita ser uma referência regional para receber recurso dos demais municípios daquela região. Para aqueles municípios que não é referência regional é o CERMAC que vai atender".* P1

> *"Temos serviço regional que assume sozinho a região, por exemplo, o serviço de Tangará da Serra, mas ele está centralizado só no município. A região de Cáceres está muito grande, porque atende tanto a região de Cáceres como a de Pontes e Lacerda. A dinâmica ainda é complexa para a rede."* P2

Foi constatado que ter no município um serviço de referência, do tipo CTA, é considerado importante para fomentar a testagem e a divulgação das hepatites na comunidade.

> *"Eu vejo como ponto positivo os serviços que são municipais, porque pelo menos aquele município que colocou um CTA tá preocupado, está tentando fazer alguma coisa."* P2

Outra questão relativa aos serviços diz respeito ao reconhecimento por parte dos gestores da demanda do território e da capacidade de atendimento, que impulsiona o diálogo nas RS para organização e implantação de serviços municipais e regionais, mas também remete a acomodação da gestão de alguns municípios.

> *"O SAE de Sinop atendia a regional de Colíder, de Peixoto de Azevedo e de Alta Floresta, e aí chegou uma hora que ele falou que tinha mais condição de atender toda essa demanda. Então, os municípios se uniram e criarem um serviço."* P2

> *"Eu vejo que os municípios ficaram acomodados. Se eu tenho para onde encaminhar então eu mando, é bem mais fácil do que ter que se preocupar com um serviço de referência. Não tem uma análise da demanda e do uso desses serviços, principalmente para hepatites, que tem uma demanda menor, pelos gestores locais."* P2

O fortalecimento do planejamento regional e o gerenciamento das ações assistenciais requerem gestores com conhecimento do processo de regionalização, das estruturas e de organizações de serviços que compõe as diferentes RAS sem perder de vista aspectos importantes da vigilância em saúde que subsidiam o planejamento regional (GLERIANO *et al*., 2020). Duas ações estão vinculadas para favorecer o processo de regionalização: a necessidade de organizar/integrar serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes e a criação de RS a partir das particularidades epidemiológicas de um agrupamento populacional que vive em determinado espaço e tempo (DUARTE *et al*., 2015). Ambas as ações implicam na dinâmica do espaço geográfico, de população específica, de articulação entre os diferentes recursos, de ações e de instituições, além de certa racionalização e busca por efetividade na gestão.

No processo de regionalização e ampliação do acesso, é necessário prever a observação dos determinantes de saúde no território, ter projeção das necessidades de organização dos serviços de forma adequada, identificar as portas de entrada e dos recursos tecnológicos, aperfeiçoar os recursos humanos e tecnológicos e ofertar à rede de atenção recursos social e políticos que promovam entre os envolvidos no processo o compartilhamento de responsabilidades da gestão (LIMA *et al*., 2012).

Diante desses elementos, os gestores do sistema de saúde são primordiais para estruturar RAS capazes de ordenar o cuidado segundo as necessidades do território, fortalecendo o sistema de saúde e a sua resposta frente à garantia do direito à saúde (CAMPOS, 2018). No caso da atenção às hepatites virais, redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde favorecem a integralidade da atenção, além de gerar economia de escala, e permitir a racionalidade sistêmica do uso dos recursos (ALMEIDA *et al.*, 2019).

A Tabela 4 apresenta o painel ampliado de atenção às hepatites no estado de Mato Grosso. Inclui serviços que, embora não sejam considerados serviços de referência, realizam teste rápido, coleta de material para carga viral, genotipagem e tratamento, em uma possibilidade de disponibilizar recursos para favorecer o acesso à rede de serviços.

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição quantitativa do painel ampliado de serviços de diagnóstico e tratamento de hepatites virais segundo macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso, que também é exposta espacialmente a distribuição quantitativa do painel ampliado de serviços de diagnóstico e tratamento de hepatites virais na Figura 10.

Na Figura 11 é possível visualizar a densidade de casos de hepatite (1999 a 2019) por km² sob a análise da distribuição dos serviços que são cadastrados como referências para o diagnóstico e tratamento de hepatites.

Tabela 4 - Distribuição quantitativa de serviços que ofertam teste rápido, diagnóstico e tratamento de hepatites virais, segundo o tipo de serviço de saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, 2020

Tipo de serviço	Teste rápido		Teste de Biologia Molecular (Carga Viral)*				Genotipagem** (Coleta de amostra)		Tratamento	
			Coleta de amostra		Realização de exame					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Assistência Médica Ambulatorial	2	1,68	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	18	15,12	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	1	0,84	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro de Testagem e Acolhimento	2	1,68	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro de Testagem e Acolhimento/Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE)	-	-	13	81,25	-	-	-	-	8	53,35
Centro de Referência Estadual para Média e Alta Complexidade	-	-	1	6,25	-	-	1	7,69	1	6,66
Hospital	15	12,60	2	12,5	-	-	1	7,69	1	6,66
Laboratório	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-
Policlínica	6	5,04	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde da Família	32	26,92	-	-	-	-	-	-	-	-
Secretaria Municipal de Saúde	21	17,64	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviços de Assistência Especializada (SAE)	5	4,20	-	-	-	-	11	84,62	5	33,33
Unidade de Pronto Atendimento	2	1,68	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidade de Saúde	11	9,24	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidade Prisional	4	3,36	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	119	100	19	100	1	100	13	100	15	100

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do CNES e MS

*A realização deste exame ocorre somente no laboratório da capital.

**O material coletado para a realização do exame de genotipagem é encaminhado para cidade de São Paulo, local definido em decorrência do processo de licitação desenvolvido pelo Ministério da Saúde

Tabela 5 - Distribuição quantitativa do painel ampliado de serviços de diagnóstico e tratamento de hepatites virais por macrorregiões e regiões de saúde do estado de Mato Grosso, Brasil, 2020

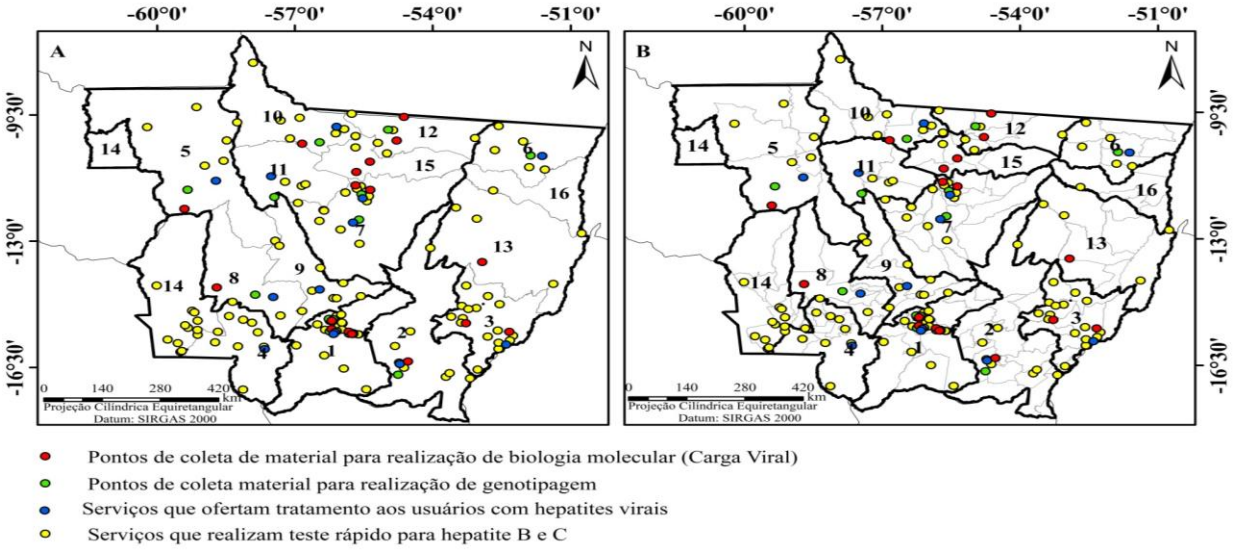
MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	Teste rápido		Teste de Biologia Molecular (Carga Viral)*				Genotipagem** (Coleta de amostra)		Tratamento	
				Coleta de amostra		Realização de exame					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORTE	Alto Tapajós	8	28,7	1	14,2	-	-	1	20,0	1	25,0
	Norte Mato-grossense	2	7,14	2	28,5	-	-	-	-	-	-
	Teles Pires	11	39,2	1	14,2	-	-	2	40,0	2	50,0
	Vale do Peixoto	4	14,2	2	28,5	-	-	1	20,0	-	-
	Vale do Arinos	3	10,7	1	14,8	-	-	1	20,0	1	25,0
	Subtotal	**28**	**23,7**	**7**	**37,1**	**-**	**-**	**5**	**38,8**	**4**	**26,6**
CENTRO-NORTE	Baixada Cuiabana	17	100	6	100	1	100	4	100	4	100
	Subtotal	**17**	**14,2**	**6**	**31,5**	**1**	**100**	**4**	**30,7**	**4**	**26,6**
	Centro-Norte	6	19,3	-	-	-	-	-	-	1	-
CENTRO-NOROESTE	Médio Norte Mato-grossense	1	3,2	1	50,0	-	-	1	-	1	-
	Noroeste Mato-grossense	7	22,5	1	50,0	-	-	1	-	1	-
	Subtotal	**14**	**11,7**	**2**	**10,5**	**-**	**-**	**2**	**15,3**	**3**	**20,0**
LESTE	Araguaia Xingu	5	15,6	-	-	-	-	1	100	1	50,0
	Garças Araguaia	20	62,6	2	66,7	-	-	-	-	1	50,0
	Médio Araguaia	6	18,7	1	33,3	-	-	-	-	-	-
	Norte Araguaia Karajá	1	3,1	-	-	-	-	-	-	-	-
	Subtotal	**32**	**27,0**	**3**	**15,7**	**-**	**-**	**1**	**7,6**	**2**	**13,6**
OESTE	Oeste Mato-grossense	8	38,0	-	-	-	-	-	-	1	100
	Sudoeste Mato-grossense	13	62,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Subtotal	**21**	**17,6**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1**	**6,6**
SUL	Sul Mato-grossense	7	100	1	100	-	-	1	100	1	100
	Subtotal	**7**	**5,8**	**1**	**5,2**	**-**	**-**	**1**	**7,6**	**1**	**6,6**
Total		**119**	**100**	**19**	**100**	**1**	**100**	**13**	**100**	**15**	**100**

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do CNES e MS

*A realização deste exame ocorre somente no laboratório da capital

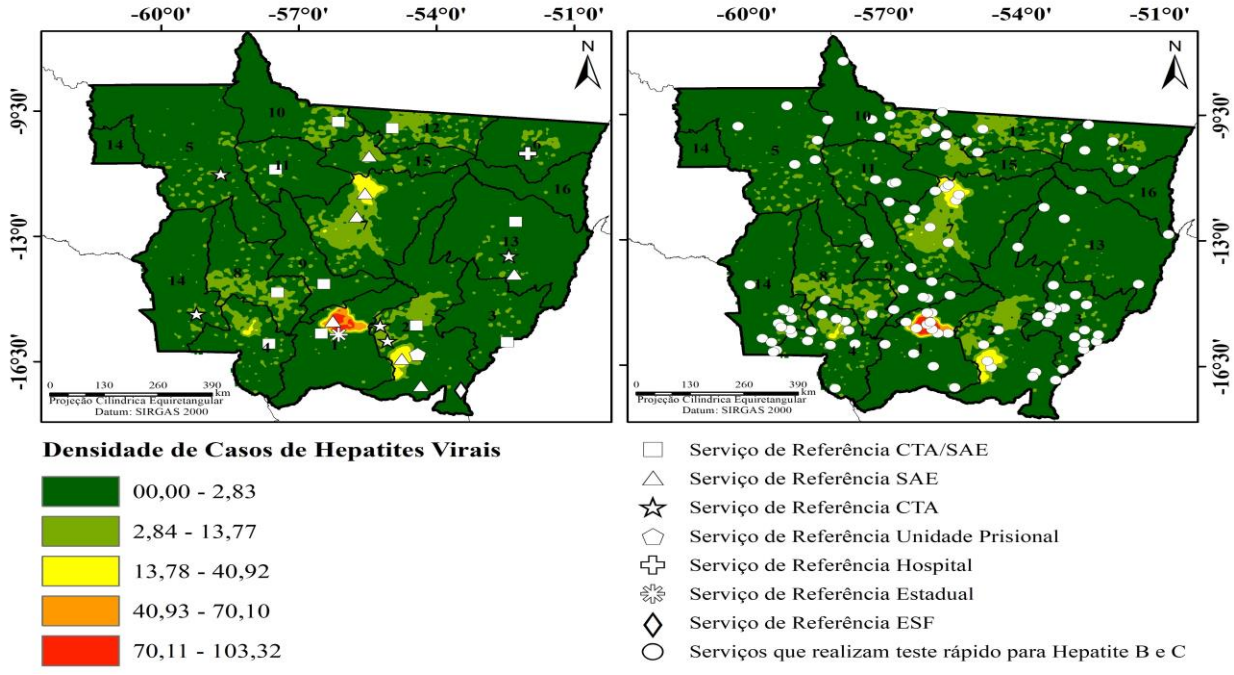
**O material coletado para a realização do exame de genotipagem é encaminhado para cidade de São Paulo, local definido em decorrência do processo de licitação desenvolvido pelo Ministério da Saúde

Figura 10 - Distribuição espacial de serviços que realizam teste rápido, coleta de carga viral, genotipagem e serviços que realizam tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2020



Fonte: elaborado a partir dos dados do CNES/Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Figura 11 - Densidade de casos de hepatites (1999 a 2019) por km² e distribuição das unidades de saúde segundo as regiões de saúde, Mato Grosso, MT, Brasil, 2020



Fonte: elaborado a partir dos dados do CNES/Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Sedes de programas das secretarias municipais de saúde, USF e centros de saúde/unidades básicas de saúde concentram a maior oferta de testes rápidos para hepatites virais. Os CTA/SAE e hospitais reúnem a maior oferta de coleta de material

para carga viral, em contrapartida os SAE representam a maior parte dos serviços que realizam coleta de material para genotipagem. A oferta de tratamento acontece, em maior quantidade em unidades tipo CTA/SAE. A análise desse painel ampliado por macrorregião e RS evidenciou maior concentração de oferta de testes rápidos na macrorregião Leste, na RS Garças Araguaia e na macrorregião Centro-Norte, na RS da Baixada Cuiabana.

A forma como o sistema de saúde distribui e tipifica os serviços de saúde repercute no acesso da população, por isso incorporar essa análise é um fator importante para compreender o acesso aos serviços de saúde (CARMO *et al*., 2021; BRASIL, 2014; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Na atenção às hepatites a expansão e a desconcentração de serviços para ampliar a oferta de testagem, mediante testes rápidos, favorecem o acesso (HOLLAND; PARLATI; POL, 2020). No estado de Mato Grosso sugere-se conexão de áreas com maior densidade de casos com a oferta de testagem, no entanto essa hipótese não se consolida para todas as RS. A oferta de serviços de saúde, analisada a partir dos pontos de testagem, sugere comprometimento do acesso ao diagnóstico principalmente em municípios que estão descobertos de pontos de testagem, ou daqueles que mesmo possuindo não fomentam a testagem na comunidade.

Ressalta-se que a análise de proximidade geográfica aos serviços de saúde promove facilitação do acesso não representa um achado novo. No entanto, considerar as peculiaridades geográficas de territórios semelhantes ao do estado do Mato Grosso e o prognóstico das hepatites virais em relação diagnóstico precoce, reforça a necessidade de adoção de estratégias específicas que inclui revistar as bases do planejamento em saúde.

É consenso entre os especialistas que o maior desafio na proposta das metas internacionais para enfrentamento das hepatites está em garantir a expansão da testagem para todos os que estão em risco. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, orienta para a realização de triagem para hepatite C, ao menos uma vez na vida, para todos os adultos com idade ≥ 18 anos, exceto em locais com prevalência de infecção pelo VHC <0,1%; e triagem de hepatite C para todas as mulheres grávidas durante cada gravidez, exceto em locais com prevalência de infecção pelo VHC <0,1% (SCHILLIE *et al.*, 2020).

Estima-se que, em 2015, o quantitativo de 290 milhões de pessoas no mundo permanecia sem diagnóstico, o que implica em melhorar as estratégias de acesso ao diagnóstico, no entanto é considerável que sem investimento financeiro dos países na área de atenção às hepatites, não avançará no enfrentamento desse agravo (COOKE *et al*., 2019).

No SUS, constata-se ampliação de testagem de diagnóstico para as hepatites, principalmente o teste rápido, que aumenta a chance de identificação e encaminhamento do usuário para a RAS (BRASIL, 2018). Em relação às hepatites A, B e C existe a necessidade de fazer diagnóstico a partir da detecção de marcadores sorológicos e moleculares, que requerem o uso de técnicas de biologia molecular e imunoensaios (BRASIL, 2020; PEELING *et al.*, 2017), que não estão disponíveis em larga escala e apresentam oferta heterogênea no território brasileiro.

No tocante a carga viral, há maior concentração de pontos de coleta de amostras na macrorregião Centro-Norte, RS da Baixada Cuiabana; e Norte, RS Norte Mato-grossense e Vale do Peixoto. Há indisponibilidade de serviços de coleta de material para carga viral na macrorregião Oeste e em cinco RS. A leitura do exame de carga viral acontece em dois pontos: na macrorregião Centro-Norte, RS da Baixada Cuiabana; e na macrorregião Norte, região Teles Pires. Para a coleta de amostra de genotipagem há maior oferta na macrorregião Centro-Norte, RS da Baixada Cuiabana; e Norte, RS Teles Pires.

Há ausência de coleta de material para genotipagem em uma macrorregião e em sete RS, o que representa a necessidade dos municípios dessas regiões encaminharem seus usuários a um centro de referência de outra RS ou para a referência estadual, CERMAC. A leitura do exame de genotipagem é realizada por um laboratório em São Paulo.

> *"A genotipagem é feita por um laboratório paulista, o laboratório Genoma de São Paulo, eles se encarregam de buscar no município, eles juntam todos que precisam fazer coleta e faz em um dia só todos, e este laboratório faz essa busca."* P1

Ainda em relação ao diagnóstico, esta questão diz respeito à qualificação de médicos clínicos gerais para o diagnóstico e abordagem clínica de hepatite B e C. Destaca-se a necessidade de investimento para a capacitação de profissionais na abordagem clínica das hepatites.

> *“Muitos médicos ficam inseguros de fazerem avaliação criteriosa para a hepatite B, tem a parte de rins, fígado, nem todo médico sente na segurança da indicação terapêutica. Nos SAE que têm especialistas a coisa anda muito bem.”* P1

O manejo das hepatites virais é complexo, uma vez que a decisão de iniciar o tratamento requer planejamento clínico individual, com análise do estágio risco de progressão e/ou evolução da doença hepática, presença de morbidades ou coinfecções, incluindo ainda a probabilidade de resposta ao tratamento que se relaciona à dinâmica do vírus segundo o genótipo, replicação viral e carga viral no organismo (BRASIL, 2015).

Entende-se que o uso de ferramentas digitais de suporte à decisão clínica pode favorecer a superação dessas lacunas, com serviços regionais ou centrais de apoio, de discussão de dúvidas e casos, de modo a respaldar a prática médica e encurtar distâncias em um contexto que as limitações geográficas se fazem presentes. Além de, acima de tudo, favorecer a agilidade da condução com os usuários.

As RS que não tem referência regional ou médico infectologista requerem suporte do serviço de referência estadual, fato que implica em necessidade de deslocamento, muita das vezes com grande extensão territorial.

> *“Com relação à hepatite B e C, na maioria dos casos há necessidade do paciente vir até a referência estadual para ter uma consulta com o especialista”.* P1

> *“As pessoas têm que se deslocar bastante para fechar o diagnóstico, principalmente daquelas regiões onde não tem médico especialista. Geralmente as que estão mais distantes daqui de Cuiabá*”. P2

A ausência de referência regional e de espraiamento de pontos de referência, tanto para testagem, como para confirmação diagnóstica e tratamento, é visto como um limitador no acesso.

> *“Lugares que não tem referência é complicado. O usuário não encontra serviço especializado, tem que se deslocar para outra região para poder fechar diagnóstico e fazer tratamento. Por isso, eu acredito que muitos que estão doentes estão sem diagnóstico e tratamento”.* P2

A atualização constante de dados e informações é um desafio para a gestão, muito embora esse seja um elemento essencial para o planejamento, controle e avaliação. É importante considerar os sistemas de informação para o enfrentamento das hepatites virais tanto para identificar novas infecções, quanto para evitar

infecções crônicas e mortalidade. O uso de indicadores de monitoramento é necessário não apenas para monitorar e avaliar a condução do programa em direção à proposta de eliminação das hepatites, mas também para justificar os investimentos necessários a serem realizados (COOKE *et al*., 2019). Isso requer da gestão do sistema de saúde investimento na qualificação dos dados e em melhores sistemas de informação que possam orientar a tomada de decisão do gestor.

Nesse sentido, o uso da vinheta, uma etapa escolhida como parte da entrevista, possibilitou captar a necessidade de rever e atualizar as informações nos sistemas de informação. Por exemplo, a realização da testagem e oferta de coleta de material.

> *"Confresa faz carga viral e genotipagem também. Os serviços normalmente já fazem tudo, carga viral e genotipagem, onde tem carga viral faz genotipagem". Vejo necessidades de correção desse mapa, talvez não tenha atualização de CNES".* P1

> *"Eu vou precisar pegar essa apresentação sua e conferir um por um para ver o que realmente estão ofertando, atualizar o sistema. Vou ter que ligar para cada um deles, capaz que estão perdendo até financiamento".* P2

Uma questão que tem sido contextualizada na atenção às hepatites, para além da testagem, é o acesso ao tratamento, que embora já tenha padrão eficaz, ainda é considerado um fator de limitação nos SS, situação que se torna agravada em populações vulneráveis (COOKE *et al*., 2019). Tal consideração pode decorrer de questões relativas aos arranjos políticos-institucionais nos SS, de modalidades de financiamento e cobertura, do modelo de organização da rede de serviços e das reformas setoriais e econômicas impostas aos SS. A análise específica desse segmento de resposta ao usuário no sistema de saúde pode apresentar indícios, a depender dos fatores mencionados, mas com forte relação na forma de acesso ao serviços de saúde.

Outro aspecto que pode parecer amplo demais, mas muito reconhecido, e que tem interface com grupos prioritários para atenção às hepatites virais, diz respeito à população que sobrevive em tamanha exclusão social e que não tem acesso ao SS, a menos que o SS adote estratégias de inclusão e chegue a essa população.

No mundo, a OMS estima que apenas 22% das pessoas que vivem com infecção por hepatite B conhecem o diagnóstico e, entre essas, apenas, 8% recebem tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Em análise de seis

países da União Europeia - Alemanha, Hungria, Itália, Holanda, Espanha e Reino Unido - foi possível constatar que, embora o tratamento esteja ofertado em todos os países, o acesso é limitado entre as populações de pacientes que são consideradas mais vulneráveis, sugerindo a necessidade de ampliar o tratamento entre os grupos de risco para redução da morbimortalidade e complicações crônicas das hepatites (FALLA *et al.*, 2017). É consenso entre os especialistas que analisam a resposta dos SS ao enfrentamento das hepatites virais que o acesso ao diagnóstico e ao tratamento precisa ser amplamente expandido (COOKE *et al.*, 2019).

O tratamento no estado de Mato Grosso está disponível em todas as macrorregiões, no entanto, as RS Norte mato-grossense, Vale do Peixoto, Médio Araguaia, Norte Araguaia Karajá e Sudoeste mato-grossense são desprovidos de tratamento. Essa situação impõe ao usuário deslocamento à referência estadual que é o CERMAC, localizado na capital do estado. O trajeto até a referência estadual requer disponibilidade de transporte além de enfrentarem à distância das RS em relação à posição geográfica destas, sem considerar aspectos que são relevantes e ampliam a discussão acerca da acessibilidade de alguns usuários que moram em comunidades quilombolas, ribeirinhas e indígenas.

Uma vez diagnosticado, o usuário tem a trajetória assistencial e o tratamento definidos, confirmando o proposto no SUS de garantir o medicamento, mas o acesso nem sempre é facilitado.

> *"Existe uma cobertura de tratamento nos que são diagnosticados. Diagnostica-se e trata-se mais de mil pacientes por ano. Pode ser que o usuário não tenha o tratamento que gostaria em relação à facilidade de acessar ele, têm as distâncias e os entraves burocráticos, mas garantido isso está, ele consegue sim".* P2

Verifica-se, nas macrorregiões e RS, que a distribuição espacial de recursos assistenciais é desigual. A região norte do estado foi identificada como prioritária para o incremento de ações, tanto pela característica epidemiológica quanto pelo deslocamento dos usuários para o tratamento.

> *"Os dados notificados, os registros mostram que a região de São Félix, Porto Alegre do Norte, aquela região do baixo Araguaia, apesar de ter uma referência precisava implementar mais serviço lá. Tem regiões que precisam de um olhar mais voltado para elas".* P2

A atenção especializada tornou-se um gargalo movido por dois extremos: o alto custo e a indução na expansão da APS (TESSER; POLI NETO, 2017), que por

um lado ampliou o acesso à saúde, mas não projetou reestruturação dos outros níveis de atenção para dar condição de resposta ao aumento da demanda.

Apesar do forte investimento público e expansão na cobertura dos serviços, o acesso aos serviços de saúde, no SUS, quando analisado na perspectiva das regiões brasileiras, revela que as regiões Norte e Nordeste apresentam diferenças importantes, concentram a pior avaliação da condição de saúde, maior restrição de atividades e menor uso de serviços de saúde (VIACAVA; BELLIDO, 2016). Isso difere das regiões Sul e Sudeste que mesmo com fragilidades no acesso ainda oportunizam maior chance dos usuários acessarem a rede de atenção (STOPA *et al*., 2017). O Mato Grosso expõe em suas RS baixa oferta de serviços, quando comparado com o desenvolvimento socioeconômico (VIANA *et al*., 2015).

A facilidade de acesso aos serviços de diagnóstico, a consulta com especialistas e a localização desses serviços são fundamentais para o engajamento no tratamento (POURMARZI *et al*., 2020). Na Austrália, o acesso irrestrito ao tratamento e a descentralização do atendimento para serviços mais próximos dos usuários de hepatites foram estratégias importantes para evitar complicações (THE KIRBY INSTITUTE, 2018). Para tanto, é necessário financiamento do órgão governamental para estratégias que garantam o acesso aos serviços de atenção (SMITH *et al.*, 2019), que no caso do SUS implica em revistar o exercício do planejamento regional e a definição de prioridades, que sejam articuladas e integradas, à condição do acesso aos serviços de saúde (FERREIRA *et al*., 2018).

O planejamento regional é visto por participantes como estratégico para a gestão da SES-MT.

> *"Essa deve ser a visão da SES, um olhar amplo do acesso a partir da geografia do estado, da distribuição de seus serviços e do planejamento regional para equipar as regiões de saúde".* P1

> *"Se a SES não retomar a sua postura proativa da regionalização, não conseguirá fortalecer as redes de atenção, isso não é só para as hepatites".* P5

Nessas três décadas de SUS, a fragilidade de condução da gestão no processo de regionalização expôs desigualdades regionais de atendimento às demandas que exigem maior densidade tecnológica e pontua a necessidade da gestão fomentar, no espaço de articulação política, sua coordenação na perspectiva regional (GLERIANO *et al*., 2020). Destaca-se que a ampliação do acesso foi fortalecida no processo de descentralização da atenção, principalmente no nível

primário de atenção, induzido pelo processo de municipalização. Ainda assim, é essencial considerar os princípios doutrinários do SUS para além da universalidade, direcionados sob o enfoque da equidade e da integralidade, requerendo cooperação dos entes federados para formar RS e responder as necessidades locorregionais impostas pela fragmentação causada pela desordenada infraestrutura do nível secundário e terciário.

Retomar a discussão das RS enquanto foro para pactuação e organização de serviços de saúde para favorecer o acesso, auxilia a gestão a reconhecer os resquícios deixados pela descentralização, que não conseguiu avançar na indução da regionalização e que precisam ser identificados para superar fragmentação do cuidado em um espaço locorregional. Isso requer que os gestores, para além da constituição geopolítica brasileira, revisem o conceito de RS, não como um espaço geográfico de solo, muito menos como uma categoria já constituída, mas para reconhecer a autoridade da posição dinâmica da localidade, processo que é imprescindível ao planejamento em saúde.

O estado de Mato Grosso conseguiu avançar na descentralização dos serviços facilitando o acesso à atenção. No entanto, a oportunidade de rediscutir as RS na elaboração das Resoluções CIB/MT Nº065, em 2012, e CIB/MT *Ad Referendum* Nº 57, em 2018, acabou por replicar um processo já consolidado sem considerar a dinâmica de desenolvimento do estado (GLERIANO *et. al.*, 2021). De certa forma, foi reconhecido que para as hepatites existe um cenário favorável para a organização da atenção no estado.

> *"O acesso não é mais tão complicado assim, não precisa ir à tão longa distância para ter acesso ao manejo clínico terapêutico do HIV e das hepatites, se comparado a outra linhas, a exemplo do câncer. É uma linha de cuidado que está bem, relativamente organizada e distribuída no estado".* P1

Pontua-se que a regionalização, no estado de Mato Grosso, foi parcialmente implementada, o que impõe efetivar avanços para a consolidação do SUS em redes regionalizadas de atenção (MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015; GLERIANO, *et al.*, 2021). Uma das barreiras no processo de regionalização tem sido a omissão da esfera estadual na condução da gestão regional com os municípios, considerando a capacidade técnica, a situação de vulnerabilidade social, além da burocratização dos CGR/CIR (SILVEIRA FILHO *et al*., 2016).

Tal fato pode evidenciar que a regionalização adota uma espécie de conformação uniforme, muito embora as condições políticas, organizacionais, populacionais, sanitárias e de gestão sejam bastante heterogêneas entre as RS. Nesse sentido, entende-se direcionalidade com ênfase do projeto político de regionalização a partir dos aspectos geográficos, que a fragiliza em relação às características peculiares de cada RS capazes de responder a uma RAS.

Frente aos desafios de responsabilidades colocadas para gestão municipal sobre a rede própria de serviços, das redes intermunicipais e estaduais que formam a rede referenciada do SUS, concede-se a urgência do fortalecimento da gestão descentralizada no estado, por meio dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), estruturas descentralizadas da SES, para apoiar matricialmente as RS tanto na organização de fluxos, quanto de fomentar a capacidade instalada (GLERIANO *et al.*, 2021)

Para as políticas de atenção às hepatites, analisar o conjunto de fatores geográficos que atuam diretamente na infecção e transmissão requer compreender a relação desse agravo com os territórios. Porém, carece de análise da distribuição de serviços que compõe a RAS nas regiões do país, e das desigualdades de oferta de serviços de referência para esse agravo sob o enfoque das RS (ALMEIDA *et al*., 2019, FARIAS, 2018).

No SUS, fica evidente a necessidade de investir na regionalização da atenção respaldada a partir do planejamento regional (SANTOS, 2017) e com análise da integração, coordenação regional e capacidade de resposta da RS ao agravo. Apesar do SUS avançar na universalidade da atenção, dificuldades na organização e na governança do sistema de saúde, decorrentes de crises políticas e econômicas, têm diminuído a resposta do sistema de saúde às necessidades sociais (MASSUDA *et al.*, 2018). É necessário ter coerência nos diferentes modelos de atenção adotados, além da capacidade de elencar os princípios gerais que os norteiam, em diferentes contextos regionais (VIANA *et al*., 2018).

O uso e análise dos dados de sistemas de informação para identificar a rede de serviços, informar aos serviços a condição da atenção em relação à população afetada, bem como para avançar na garantia do tratamento fortalecer o processo de decisão da gestão no enfrentamento às hepatites virais (STOOVÉ *et al.*, 2020). No entanto, a concretização de política de atenção requer o engajamento dos gestores

que estão à frente do sistema de saúde, além da comunicação dos setores que compõem a estratégia organizacional do sistema de saúde.

A gestão da SES-MT ainda não foi capaz de superar a fragmentação departamental, exposta por uma divisão organizacional administrativa dos programas, mostrando a necessidade de fortalecer a gestão da atenção a partir da vigilância em saúde no estado, enquanto modelo de atenção na condução do PNHV.

> *"Não é claro, aqui na gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SES), quem se responsabiliza pela atenção nos serviços de referência para as hepatites. A articulação, integração, entre a vigilância e a atenção, ela praticamente não existe, essa talvez seja a maior dificuldade aqui"*. P1

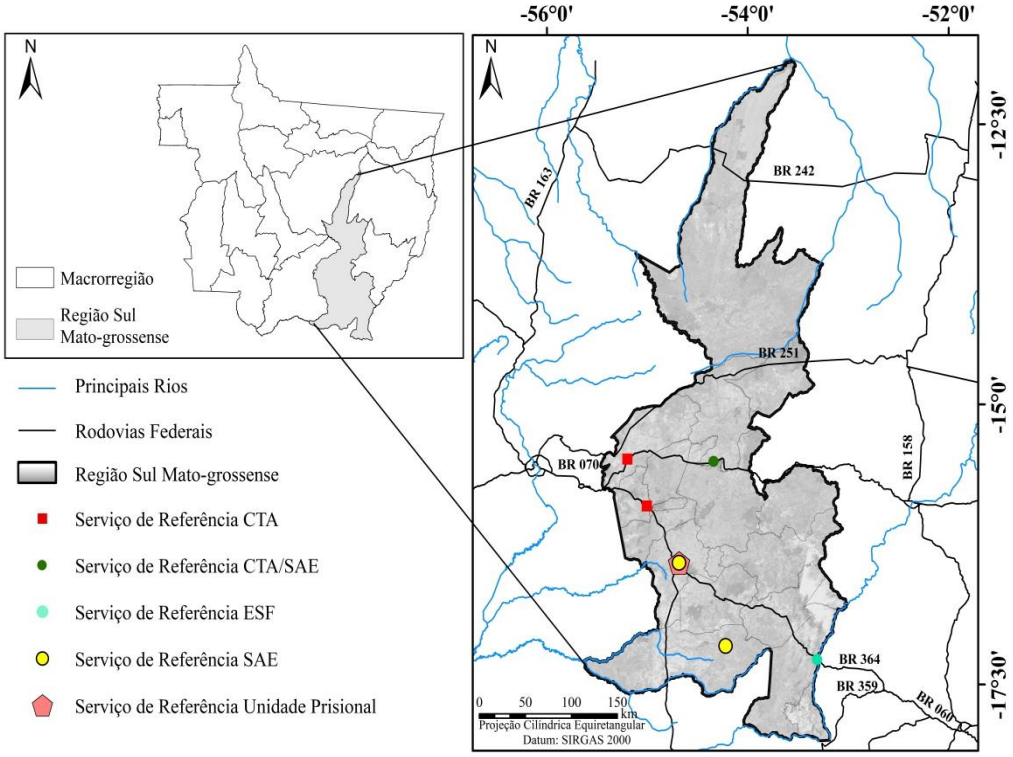
Ao considerar os dados até aqui apresentados, constata-se que por parte da gestão deverão ser construídos novos arranjos institucionais na elaboração de uma RAS para avançar na prevenção e facilitar o acesso ao tratamento às hepatites. Alinhar a gestão regional à organização dos elementos constitutivos da RAS é uma estratégia.

Considerando o enfoque das hepatites virais, como condição traçadora, e os pressupostos metodológicos é possível ponderar que essa análise dos dados quantitativos e qualitativos referentes ao estado do Mato Grosso evidenciou fragilidades, limitações e possibilidades de acesso à atenção. Nesse sentido, é pertinente ampliar o olhar para as hepatites na perspectiva de abordagem qualitativa, etapa que seguiu os critérios de seleção de uma RS para compreender a dinâmica da rede de atenção.

8.2 Dinâmica na RS, ampliando a compreensão do acesso

Na fase 2, a macrorregião sul, composta pela RS sul mato-grossense (Figura 12), atendeu aos critérios de seleção da fase 2, a saber: a RS com maior quantidade e heterogeneidade de serviços de referência, entendidos como capacidade de oferta de ações e serviços.

Figura 12 - Mapa da região sul mato-grossense com distribuição dos principais rios, rodovias e serviços de referência para atenção às hepatites virais, Região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021



Fonte: elaborado a partir dos dados do CNES/SES-MT e IBGE

Dos sete serviços da RS sul mato-grossense para atenção às hepatites virais, seis participaram do estudo. A exceção foi o serviço que se encontra na penitenciária, justifica-se a exclusão devido às condições de organização da atenção à população privada de liberdade, que requer abordagem específica quanto ao fluxo e provimento de recursos (Brasil, 2014).

A RS sul mato-grossense foi destacada pela gestão como uma referência na organização da atenção.

> *"A região de Rondonópolis é bem integrada, inclusive Primavera do Leste abriu um serviço que vai atender na mesma região outros municípios. Itiquira está nesse mesmo movimento, é municipal, mas tem possibilidade de expandir. Então você vê articulação de resposta regional para a demanda".* P2

Tomando-se como base o evento traçador das hepatites virais, a RS foi analisada considerando seis serviços em municípios diferentes, que foram identificados por letras (Quadro 3) e que possuem características distintas quanto à organização dos serviços.

Quadro 3 - Caracterização dos municípios/serviços selecionados por características gerais da rede assistencial – Região de Saúde, Mato Groso, Brasil, 2021

Município/ Serviço	**Características gerais do município**				**Características gerais para acessar a rede assistencial de atenção às hepatites virais**	**Tipo de serviço ofertado**	**Quantitativo de recursos humanos do serviço de saúde*****
	População*	**Densidade Demográfica****	**IDHM*****	**Cobertura de APS********			
A	236.042	47,00	0,755	68,47	Localizado no município sede da RS, também é a referência regional para as hepatites. Oferta consulta com especialista e equipe multiprofissional, realiza testagem e a coleta de carga viral, genotipagem e tratamento.	SAE.	28 profissionais sendo: 04 Assistentes Administrativos; 03 Enfermeiros; 03 Técnicos de Enfermagem; 02 Médico Infectologista; 01 Médico Ginecologista e Obstetra; 01 Médico Pediatra; 03 Farmacêutico, 02 Técnico em Laboratório de farmácia; 01 Auxiliar técnico em patologia clinica; 01 Psicólogo; 01 Assistente Social; 01 Nutricionista; 02 Cirurgião Dentista; 01 Auxiliar em saúde bucal; 02 Empregado Doméstico em serviços gerais.
B	45.740	6,61	0,750	99,79	Distante 117 km da sede regional******	CTA.	01 Enfermeiro
C	19.358	2,84	0,704	100	Distante 206,1 km da sede regional ******	ESF responde como um ponto de testagem e aconselhamento.	01 Enfermeiro
D	27.807	15,51	0,735	99,37	Distante 73,3 Km da sede regional ******	CTA.	01 Assistente Social

Continua

Conclusão

Município/ Serviço	Características gerais do município				Características gerais para acessar a rede assistencial de atenção às hepatites virais	Tipo de serviço ofertado	Quantitativo de recursos humanos do serviço de saúde*****
E	63.092	9,52	0,752	83,44	Distante a 129,1 Km da sede regional******	CTA/SAE, no entanto não atende referência para exames e consulta para as hepatites virais.	01 Assistente Social; 01 Enfermeiro; 01 Técnico de Enfermagem; 01 Farmacêutico; 01 Médico Infectologista; 01 Médico Ginecologista Obstetra; 01 Nutricionista; 01 Psicólogo.
F	13.552	1,32	0,693	100	Distante 146,7 km da sede regional ******	SAE, no entanto não atende a referência para exames e consulta para as hepatites virais.	01 Assistente Social; 01 Enfermeiro; 01 Técnico de Enfermagem; 02 Farmacêutico; 02 Médicos Clínico; 01 Nutricionista; 01 Psicólogo; 01 Recepcionista.

Fonte: elaborado com base no banco de dados da pesquisa

*estimada para 2020 ** por hab/Km² *** Índice de desenvolvimento humano municipal **** % para 2020 *****profissionais da unidade não são exclusivos para hepatites ****** depende da referência regional para confirmação diagnóstica e tratamento.

Em geral, os municípios da RS sul mato-grossense possuem grande extensão territorial em relação a densidade populacional. Quanto à malha rodoviária que liga os municípios da RS sul mato-grossense a referência regional, município A, apresenta trechos de pista simples, estradas que não possuem boas condições para o transporte e outras ainda sem asfalto, além de representar um importante eixo que liga ao norte do estado de Mato Grosso e ao Mato Grosso do Sul (SANTOS; MISSIO, 2021; ZAPPAZ, 2019; CUNHA, 2018; SANTOS, 2017). Nessa RS registra-se intenso tráfego de caminhões e carretas dirigindo-se aos quatro portos secos localizados em Alto Araguaia, Alto Taquari, Itiquira e Rondonópolis, responsáveis por escoar grande parte da produção agrícola do estado aos portos de Santos/SP e Paranaguá/PR (TORRES *et al.*, 2017; ALVES, 2016; WINTERS, 2011).

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) dos municípios, ele é considerado bom, sendo que quatro dos municípios apresentam o índice maior que o da capital do estado que foi de 0,725 em 2020 (IBGE, 2021), conforme pode ser observado no Quadro 3. No estado, o IDH-M dos municípios tem influência por fatores de produção e renda com forte concentração do agronegócio (ARAUJO, BOAVENTURA, 2020). A cobertura de APS mostra-se alta, principalmente nos municípios de menor porte (GOVERNO DE MATO GROSSO, 2018).

Para apresentar a dinâmica dos serviços de saúde a partir dos relatos dos participantes, foi realizado um olhar específico para aspectos que permitissem captar a organização dos serviços, a aquisição de insumos para testagem nos CTA e SAE, a forma de acesso ao diagnóstico e tratamento das hepatites, em âmbito local e regional.

O enfoque dos serviços B, C, D e E dessa RS têm sido a testagem para a hepatite B e C.

> *"Para hepatite, aqui no SAE fazemos os teste rápidos de hepatites B e C e orientações".* P9

> *"Aqui no CTA eu faço o teste de HBsAg e hepatite C, isso é privilegiado para um município desse porte, é o teste que a gente tem aqui".* P3

A respeito da aquisição de insumos para a testagem, verifica-se a existência de um fluxo de solicitação a partir do sistema de informação que comunica os serviços com a Gerência de Apoio Logístico – GALO da Superintendência de Assistência Farmacêutica e a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica – CAF, no

estado. É função do profissional responsável pelo serviço de atenção o controle do estoque e a solicitação dos insumos.

> *"Os testes consigo na CAF, em Cuiabá, tem um sistema que todo mês faço um relatório e ele me pede o quantitativo de pessoas atendidas, de pessoas que deram positivo, eu alimento o SISLOG e nesse sistema ele já mede a quantidade que preciso para o próximo mês, é tudo via e-mail. Encaminho fazendo a solicitação e peço pra CAF que data o motorista pode retirar em Cuiabá".* P4

O usuário, por livre iniciativa, acessa os CTA ou SAE para testagem ou pode ser referenciado por uma unidade de saúde da rede de atenção. Nesse sentido, entende-se que há flexibilidade na rede que possibilita o acesso do usuário.

> *"O paciente vem por demanda espontânea ou encaminhada por uma unidade de saúde, tanto da atenção primária como da atenção terciária, caso tenha diagnóstico é encaminhado para a referência".* P7

Quanto aos recursos humanos mostrou a equipe reduzida a um profissional nos serviços B e C, por um enfermeiro e no serviço D um assistente social. Aspecto que expõe limitações para ações de enfrentamento às hepatites, uma vez que há demandas administrativas e assistenciais, compartilhadas com outros programas de atenção no mesmo serviço. O serviço C está inserido na estrutura física de uma unidade de saúde da família, com facilidade de comunicação com o médico, fato que agilizar o encaminhamento do usuário, quando necessário.

> *"O CTA faz os testes agendados na terça e na quinta-feira, nos outros dias é feito no PSF. Se for caso de urgência, acidente de trabalho ou estupro, eu faço na unidade, quando dá positivo, já comunico o médico e ligo lá em Rondonópolis, no consórcio, solicito a consulta com o infectologista e daí para frente todo o acompanhamento é lá em Rondonópolis".* P8

No serviço D percebe-se que o usuário percorre trajeto maior para acessar o exame de diagnóstico e o encaminhamento.

> *"Se o médico suspeita lá no PSF encaminha aqui pro CTA, faço o teste rápido, se der positivo, eu oriento para ele voltar lá no médico, que solicita outros exames e também encaminhar para o infectologista lá em Rondonópolis".* P3

No serviço B, ao ampliar a testagem para a APS, houve aumento do trajeto do usuário para acessar a consulta com especialista., em decorrência de mudanças no modelo de organização do fluxo na rede.

> *"Antes em caso positivo esse serviço já fazíamos todo o procedimento para encaminhamento ao SAE. Nesse momento, nós não fazemos mais esse*

> *agendamento, eu encaminho para a unidade de saúde da família de referência dele, é essa que vai fazer o encaminhamento dele para o SAE".* P4

Quanto à apresentação dos serviços foi possível analisar fragilidades, principalmente em relação à função e à organização dos CTA na rede de atenção. Possuir um CTA, em alguns municípios, não mostrou capacidade de apoio matricial para a APS na ampliação do acesso à testagem, consequentemente, não tem conseguido reduzir o tempo do usuário na sua trajetória terapêutica. Identifica-se o enfoque no diagnóstico nos CTA, entretanto, em falas dos participantes não permitiram esclarecer compromissos desse serviço com ações e estratégias de busca ativa à população prioritária para as hepatites.

A inserção do CTA, enquanto unidade de saúde, foi para realizar o diagnóstico e a prevenção de HIV/Aids e ISTs. No entanto, a ausência de coordenação da gestão da atenção e de diretrizes claras de conformação do seu papel na RAS têm configurado uma crise em relação as suas funções e às novas políticas de organização da oferta de ações nos serviços de saúde, fato que se agrava em função da expansão do aconselhamento e da testagem na APS (GOMES; GALINDO, 2017; HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013). O MS lançou uma publicação, em 2017 (BRASIL, 2017), que abordou diretrizes para organização do CTA nas RAS, contudo, no tocante às unidades estudadas que atendem as hepatites, ainda não ficou claro os papeis e as funções de cada um na esfera administrativa de integração de ações para a atenção.

A referência para atenção às hepatites na RS sul mato-grossense é o serviço A. Todos os responsáveis técnicos dos serviços da RS referiram esta centralidade tanto para consulta ao especialista, quanto para realização de exames confirmatórios e acompanhamento do tratamento. Verificou-se que o serviço A possui recursos humanos e de equipamentos para atender o usuário o mais rápido possível. A garantia de um profissional médico especialista na atenção às hepatites foi considerada o diferencial em relação a outros serviços de referência. Nota-se que a atenção às hepatites cresceu por meio do aumento de vagas de consultas.

> *"Somos a referência regional de atendimento especializado para o município e mais dezoito municípios, para coleta de material, coleta de carga viral e de genotipagem, sendo aqui o único serviço da região para esse exame. Temos uma equipe multiprofissional completa, então os pacientes saem daqui com toda a documentação, os processos montados, além das orientações. Nós temos um cuidado com a agenda. A partir do*

> *momento que ele dá entrada aqui, ele tem o caminho bem definido, desde o diagnóstico até o tratamento".* P5

> "Temos um infectologista que cuida das hepatites aqui. *Antigamente ele atendia uma vez na semana, hoje ele atende duas vezes. Ele atendia 15 pacientes, hoje ele atende 20 em cada dia, então são 40 vagas semanalmente. A agenda dele para outros municípios é de 30 vagas. A chance de o tratamento ser mais rápido e também certo é maior com um especialista".* P6

O dimensionamento da equipe do serviço A pode indicar maior oportunidade para conectar os serviços, visto que o médico infectologista que atende aos outros SAE da RS é o mesmo que está na referência regional.

> *"O infectologista que atende os outros SAE na região é o mesmo daqui. No caso, o serviço* [F] *conseguiu descentralizar com médicos deles e nosso infectologista é um apoio, mas só para o HIV. Já no serviço* [E] *é o nosso infectologista que atende lá, mas também só para o HIV. Agora falta mesmo organizar para as hepatites".* P6

Foi destacado pelo serviço A protagonismo dos serviços B e D em possíveis investimentos em ações de testagem para identificação de usuários com hepatite.

> *"No SAE recebemos mais pacientes de* [serviço B] *e* [Serviço D]*, não significa que não tem de outros, mas esses municípios enviam bastante".* P5

Cabe ressaltar que a dispensação da medicação no serviço A não é realizada pela farmácia que funciona nesse serviço. Foi relatado que nos casos das hepatites a dispensação é centralizada na farmácia de alto custo do estado, que possui relação direta com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Assim, o acesso ao tratamento possui entraves que podem repercutir na adesão à terapêutica. A exceção foi para as gestantes, por conta da organização do fluxo na RAS.

> *"Apesar de termos uma farmácia aqui, mas para hepatite não dispensa medicamento. O paciente leva a documentação na farmácia de alto custo, aqui a gente só dispensa para a gestante, temos uma ginecologista aqui que cuida das gestantes e, então, a gestante consegue aqui".* P5

O MS elaborou e publicou diretriz ministerial orientando o fluxo para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C, no intuito de apoiar profissionais de saúde no cuidado às gestantes na RAS (BRASIL, 2021; BRASIL, 2019b). Essas diretrizes em interface com linhas de cuidado na RAS, como é o caso da Rede Cegonha, oportuniza organização do modelo de cuidado no

sistema de saúde, fortalece o processo de descentralização e de funções nos serviços que compõe a rede de atenção e, o mais importante, favorece o usuário.

Os diferentes fluxos de encaminhamento nos municípios definem a agilidade, ou não, no acesso ao diagnóstico confirmatório e início do tratamento, sempre mediado nessa região por uma negociação a partir do espaço de gestão colegiada do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso (Coress - MT).

> *"Todo encaminhamento dos pacientes para serem tratados aqui é por meio do consórcio. Para cada consulta, retorno e acompanhamento, essa conversa é dos municípios com o consórcio".* P5

O uso de consócios públicos de saúde nessa RS para as hepatites reforça o que a literatura apresenta para racionalizar os processos e despesas, que requer realizar projetos conjuntos que possam ser benéficos à RS, permitindo o ganho de escala na prestação de serviços em diferentes espaços geográficos (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

O serviço E apresenta equipe multiprofissional, organização de fluxo e infraestrutura, mas não assume a atenção às hepatites, mesmo sendo classificado como uma unidade de atenção microrregional pela coordenação do programa de hepatites da SES. Foi justificada a não adesão do acompanhamento das hepatites nesse serviço pela ausência de um médico que atenda essa demanda. Verificou-se que tanto o serviço E quanto o F não conseguiram fixar o profissional médico para atender a demanda das hepatites.

> *"No CTA/SAE temos equipe multiprofissional. Desenvolvemos ações relacionadas a diagnóstico, rastreio, tratamento e acompanhamento. Recebemos o paciente, fazemos o acolhimento, é agendado com infectologista a consulta e exames complementares de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Porém, para hepatites não atendemos aqui, por conta da falta do profissional médico. O acompanhamento é no SAE que é nossa referência regional".* P7

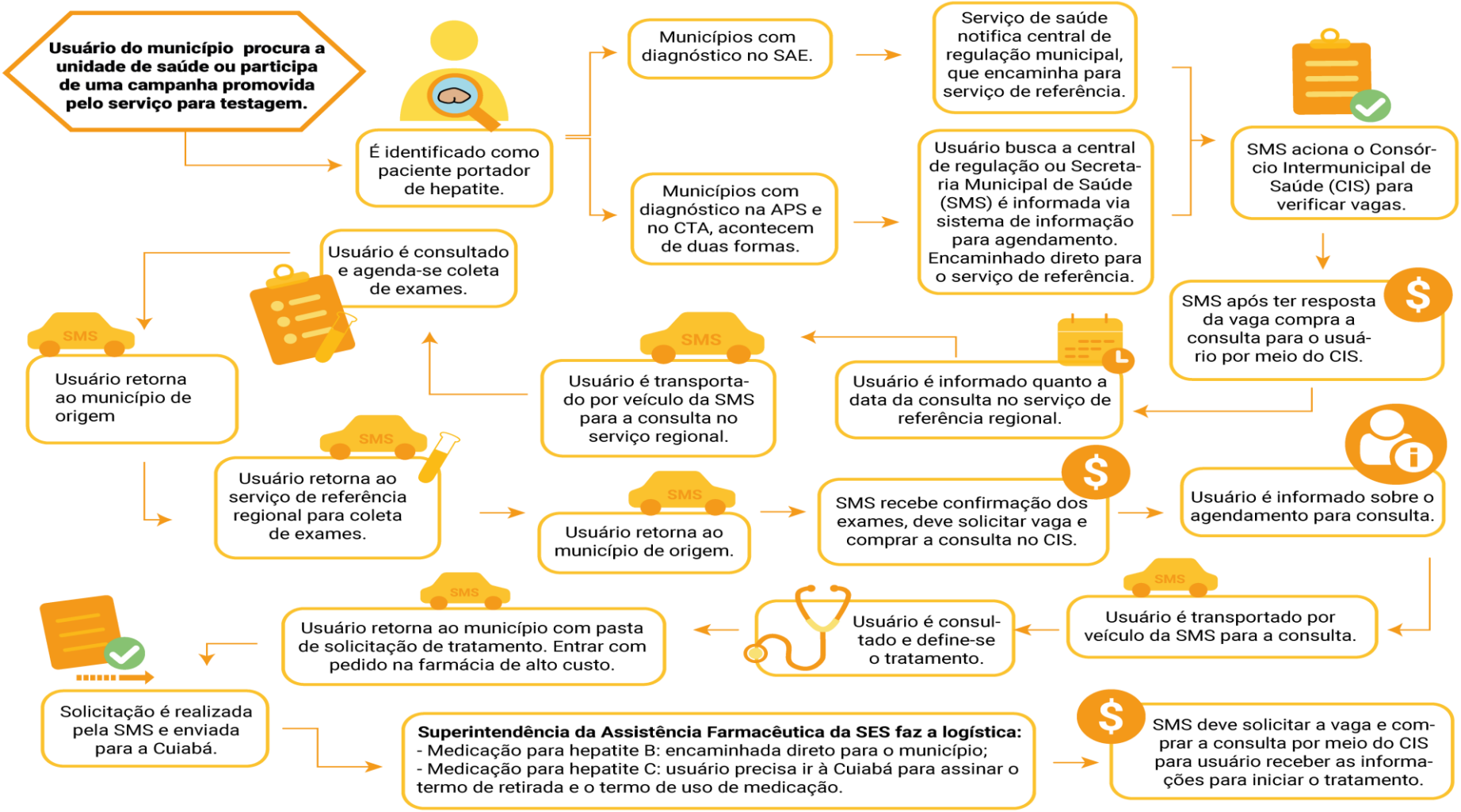
> *"Nós somos um SAE, mas nosso SAE é mais HIV, os meus pacientes com hepatites virais não são tratados aqui no município, o nosso infectologista fica em Rondonópolis, o paciente passa a primeira consulta com o clínico geral e depois ele solicita consulta com o infectologista".* P9

A quantidade reduzida de profissionais médicos com especialidade para atender pacientes com hepatites virais reduzem as chances de acessar o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno. Em países de baixa e média renda, com dificuldades para garantir o acesso à atenção às hepatites, recomenda-se

programa de treinamento para médicos da APS com hepatologistas (MATHUR *et al*., 2017).

A partir das falas dos participantes foi possível desenhar a trajetória assistencial do usuário na rede de atenção, na perspectiva da experiência desses participantes. Destaca-se que após a elaboração do fluxograma da trajetória assistencial (1ª versão), o material foi apresentado em reunião *on-line* com seis participantes que aceitaram integrar essa etapa. Foi possível confirmar as informações disponibilizadas no fluxograma e a partir das sugestões foram realizadas correções acerca de aspectos que consideravam relevantes. O produto final apresenta o caminho do usuário na rede de atenção e exemplifica possibilidades de análise da dinâmica das relações da trajetória assistencial do usuário e das pactuação que envolvem esses serviços (Figura 13).

Figura 13 - Fluxograma da trajetória assistencial até o início do tratamento na Rede de Atenção à Saúde, Região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021



Fonte: elaborado a partir do banco de dados da pesquisa

A trajetória assistencial do usuário para a atenção às hepatites na RS é permeada por um fluxo desenhado de inter-relações entre serviços e instâncias que assumem a responsabilidade de assistir, em diferentes momentos, demandas gerenciais que regulamentam a disponibilidade de recursos assistenciais. A gestão de saúde municipal é estratégica e definidora desse caminho, uma vez que está nela concentrado o poder de negociação com o consórcio de saúde para compra de consultas.

Em um sistema de saúde que possui redes de atenção, a definição de fluxos de acesso expressa a capacidade de acompanhamento do usuário em diferentes momentos do seu tratamento por meio da complementaridade das ações de cada ponto de atenção na rede (AMARAL; BOSI, 2017). Garantir que nos SS haja facilidade de acesso aos serviços de diagnóstico, com suporte da gestão em saúde para descentralizar unidades especializadas são fundamentais para potencializar a atenção às hepatites (POURMARZI *et al*., 2020).

No SUS cabe ressaltar no processo de descentralização uma abordagem de cooperação federativa, a demanda depende do ambiente político e institucional, mas, também, dos interesses que estão presentes nas arenas dos entes federativos que se constituem ações que podem, ou não, se materializar nas relações intergovernamentais (GRIN; ABRUCIO, 2017). Por isso, cabe analisar como as hepatites são posicionadas na agenda política da gestão em saúde.

O enfoque do acesso à atenção das hepatites é concebido pela lógica da condição da oferta de serviço na RS. Permite, inclusive, entender redução conceitual do acesso enquanto facilitador de oferta de ações de prevenção e promoção da saúde.

> *“Na questão do acesso eu não consigo dizer na perspectiva do paciente, mas consigo fazer uma análise do que vivo e vejo todos os dias. O acesso eles têm, uma vez que diagnosticou. Têm várias portas, agendamentos a exames confirmatórios e de monitoramento, além de ter uma regulação da assistência garantida. Todo o acesso à consulta, agendamento, retorno, não tem problema, com relação ao medicamento acontece às vezes é o atraso na entrega, mas isso é por conta de uma logística lá na central em Cuiabá. Agora para falar antes do diagnóstico dele teria que fazer outro tipo de análise”.* P7

A partir dos princípios doutrinários do SUS, para além da universalidade, garantir a equidade e a integralidade tem sido um grande desafio, principalmente a integralidade que não é possível ser pensada apenas com enfoque na oferta de

serviços. É premente refletir como as hepatites transitam em espaços estratégicos decisórios da gestão e das práticas dos profissionais nos diferentes serviços de saúde para conseguir avançar na integração dos setores/serviços, enquanto organismos do sistema de saúde, e das práticas profissionais de abordagens ao usuário com maior ênfase no compartilhamento da clínica para atender às múltiplas demandas que aparecem na terapêutica do usuário.

Nota-se que a atenção à saúde parece começar com o diagnóstico e cerca-se na centralidade da oferta medicamentosa. Para ofertar uma resposta com dimensões de integralidade, para além do tratamento embasado na terapia medicamentosa; muito necessário e recomendado, existe uma corresponsabilidade da RAS no monitoramento do usuário, sem reduzir a concepção de saúde à oferta de procedimento. Trata-se de ampliar a clínica para além do processo patológico. Destaca-se que esse enfoque diz respeito à formação e a constante reflexão de processos de educação permanente nos serviços de saúde, que não deve ser meramente reduzido à capacitação técnica dos profissionais, mas em adotar um modelo que torne real a abordagem ampliada de atenção à saúde, tendo centralidade no usuário, muito mais propagado pela academia do que vivenciado no sistema de saúde.

Na atenção às hepatites uma abordagem centrada na visão biologicista, por si só, não consegue dar conta das alterações que a doença causa no cotidiano dos usuários. As dimensões culturais e sociais mostram-se fortes na postura do paciente com hepatites, principalmente quando não há um acompanhamento com maior atenção a esses múltiplos fatores (BASTOS, 2007). Entretanto, em diversas orientações e diretrizes do MS, a lógica da atenção é centrada no paradigma biomédico, resume-se a grandes esquemas terapêuticos de condutas clínicas que por um lado avança no suporte aos profissionais para a condução clínica do tratamento oportunizando formas de terapêutica, mas acaba por ignorar as dimensões que impactam no cotidiano do enfrentamento da doença pelo usuário .

Existem poucos registros sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com hepatites virais no Brasil, principalmente as que possuem a doença de forma crônica (ALVES *et al*., 2012). No mundo, há evidências científicas de que pacientes com hepatite C apresentam redução significativa da qualidade de vida, principalmente quando analisadas sob o domínio das relações sociais (MALLOLAS *et al*., 2019; PATEL *et al*., 2015; WHITELEY *et al.*, 2015).

Em relação às hepatites virais as pessoas têm dificuldade em lidar com condições de adversidade referentes ao tratamento (KUNRATH; JUNGES; LOPEZ, 2014). Assim, em relação aos serviços de saúde, é preciso compreender o enfrentamento das consequências culturais e sociais, bem como o acompanhamento e monitoramento dos desfechos do tratamento, de modo à ressignificar a produção do cuidado e do processo de trabalho, para avançar no enfoque da integralidade.

A exposição da trajetória assistencial do usuário para acessar o diagnóstico e o tratamento de hepatites possibilitaram captar e confirmar uma alteração que pode ser significativa na vida do usuário em busca da atenção à saúde. Constata-se que frente às questões de prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais no estado de Mato Grosso, exemplificado na RS estuda, ocorre influências pela disponibilidade geográfica, organizacional e de características da demanda populacional, além de fatores políticos. Esses são elementos que subsidiam as duas categorias que abordam os fatores que dificultam e que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais.

8.3 Aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais

Nesta categoria abordam-se os principais achados a partir das falas dos participantes sobre os aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais. Logo, o Quadro 4 apresenta uma síntese dos principais achados a partir da análise das dimensões do acesso do modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Quadro 4 - Dimensões de análise de aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais a partir do Modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde, de Assis e Jesus (2012), segundo participantes da gestão regional e dos serviços de saúde da região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021

DIMENSÃO DE ANÁLISE: POLÍTICA		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Acompanhamento do processo (PNHV) Pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal)	**- Âmbito federal:** - Para as hepatites virais identificou-se frágil formulação de estratégias de pactuação para organização de integração da rede de atenção à saúde. - As hepatites virais precisam ser priorizadas pelo MS na formulação de diretrizes embasadas nos princípios da políticas públicas de saúde do SUS. - A universalização do acesso respaldada na equidade e integralidade da atenção, apesar de estarem descritas no PNHV, não alcançou completude.	*"Temos muitos protocolos para a hepatite, mas como organiza a atenção, isso não. Não tem uma política de incentivo clara. Avançou para garantir o tratamento, mas não para expandir a testagem".* P7 *"As hepatites nunca foram pauta de prioridade nos discursos do Ministério, ainda persiste como problema de saúde pública".* P8 *"Se o Ministério não assumir a postura proativa para as hepatites, ela continuará sendo um programa de fundo sem universalização e equidade".*P5
	- Âmbito estadual e regional: - A gestão estadual e o Escritório Regional de Saúde (ERS) mostraram-se afastado da pactuação de serviços da rede de atenção e organização dos fluxos assistenciais na perspectiva regional. - O consórcio intermunicipal de saúde não mostrou potencialidade de análise como instrumento para qualificar a rede de atenção. - Modalidades de contratação de recursos humanos que não garantem fixação profissional apresentam riscos de descontinuidade da assistência.	*"Não tem a presença da SES acompanhando nosso trabalho, nem mesmo a do Escritório Regional de Saúde".* P3 *"Falta suporte, uma articulação maior de análise de apoio da gestão regional do Escritório* (ERS)*".* P7 *"Não participo das articulações da gestão na secretaria municipal de saúde ou no ERS. Nunca me chamaram, apenas verificam se tem vaga". P6* *"Tivemos que suspender as consultas por alguns dias, por conta de contrato ou de pagamento. O médico é pago por produção, são contratados como pessoa jurídica, então foge da nossa governabilidade".* P5
	- Âmbito municipal: - Trocas de gestão municipal e rotatividade de coordenações na área da saúde que não se alinham a estratégias de enfrentamento das hepatites influenciam nas ações dos serviços.	*"A mudança de prefeito atrapalha ou ajuda, porque cada gestor vem com um entendimento".* P3 *"Nas mudanças de gestão perdemos o que tínhamos".* P4 *"Troca prefeito, já troca coordenações, cada um vem com seu jeito".* P8 *"Desafio é mostrar para cada gestor as hepatites como problema".* P6

Continua

DIMENSÃO DE ANÁLISE: ECONÔMICO-SOCIAL		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade Barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas	**Quantitativo de recursos humanos na rede pública para ações no nível de complexidade:** - Centralização da atenção na RS por ausência de estratégias de contratação e fixação de médicos para atender as hepatites, mesmo com descentralização de SAE na RS. - Redução de ações nos serviços por baixo quantitativo de recursos humanos, principalmente nos CTA. - Quantitativo de médico para atender a rede restringe expandir ações. - Grande parte dos municípios da RS não possuem pontos para testagem	*"Temos o SAE, mas não consegui um infectologista para hepatites".* P9 *"Não avançamos para ser microrregional porque precisamos de um profissional médico que fique no programa das hepatites".* P7 *"É um infectologista para atender a rede de dezenove municípios".* P6 *"Desde que começou o CTA, a dificuldade é que sou somente eu".* P4 *"Sou eu que faço a testagem aqui no CTA. Se sair e ficar dois dias em uma comunidade a demanda que vem vai ficar sem a testagem".* P7 *"Aqui temos um CTA e ainda não conseguimos testar todos, imagine onde não tem".* P3 *"São poucos os municípios da região que tem testagem, tem que chegar na gestão do programa na secretária de saúde.* P5
	Barreiras econômicas e físicas: - A extensão de ações de prevenção e testagem de hepatites não acompanha o crescimento populacional. - Transporte dos usuários para a referência regional de atenção às hepatites é dependente do orçamento e da disponibilidade de veículo. - Inadequada estrutura física de CTA limita a realização de ações em grupos e restringe o atendimento.	*"A relação do crescimento populacional da cidade e a quantidade de teste realizado ainda é pouco, se for comparar".* P7 *"Tem dificuldade com o transporte, às vezes perde a consulta por falta ou por questão financeira".* P5 *"Para ter ideia, o CTA é dentro do centro de especialidade médica em uma sala só que às vezes divido essa sala com outro".* P4 *"O CTA é uma sala do lado da unidade de saúde".* P9 *"Meu CTA é uma sala para fazer o atendimento e só".* P3

Continuação

DIMENSÃO DE ANÁLISE: ORGANIZACIONAL		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Porta de entrada Fluxo do atendimento Barreiras geográficas Regulação/ Referência/ contrarreferência Avaliação	**Organização de portas de entrada, do fluxo assistencial e as barreiras geográficas:** - APS não se tornou protagonista na prevenção e rastreio para a testagem das hepatites. - Serviço CTA e SAE, que não atende hepatites, centralizam apenas ações de testagem. - Múltiplos fluxos assistenciais nos serviços municipais até o diagnóstico. - Acesso a solicitação de exames complementares após início de tratamento por um serviço de referência, CTA ou SAE descentralizado, mais rápido do que pela APS. - Centralidade regional, em um único serviço, para realizar exames confirmatórios e consultas, para início e monitoramento do tratamento.	*"É para realizar teste rápido na saúde da família, mas está um impasse, resistência. Os enfermeiros falam que já são muitas atribuições".* P4 *"Se o paciente chegar aqui no CTA 10h30min eu vou fazer o teste e se positivar ele já vai iniciar o fluxo, mas se ele for à unidade básica nesse horário provavelmente ele não vai fazer o teste".* P7 *"As unidades da APS fazem a testagem, mas depois encaminham para mim. Por aqui facilita o fluxo".* P8 *"A orientação para os pacientes é que toda vez que o médico pedir exame, marca aqui com a gente, porque se ele for para unidade básica demora. Lá pode demorar 30 a 40 dias, é uma questão logística".* P7 *"A carga viral é feita às 6 horas da manhã. É desgastante para o paciente que precisa sair de seu município. O mesmo acontece com as consultas e com o acompanhamento".* P6
	Regulação/Referência/contrarreferência: - Gestão estadual e o ERS estão ausentes da coordenação do processo de regulação da assistência regional. - Frágil responsabilidade da rede de atenção no acompanhamento do fluxo assistencial. - O consórcio intermunicipal de saúde é entendido como gestor da regulação da assistência. - A regulação do acesso ao transplante ainda não está clara para profissionais da rede de atenção.	*"A regulação é via consórcio, eu não sei dizer de demanda de espera. É uma conversa com as secretarias de saúde e o consórcio".* P5 *"Desde que o consórcio assumiu a regulação das vagas o CTA parou de acompanhar as pessoas com hepatites, ficou centralizado na secretaria de saúde".* P4 *"Nós não fazemos um serviço integrado".* P6 *"Transplante é o nosso primeiro caso, uma recidiva de câncer de fígado. Ela foi encaminhada para o hepatologista em Cuiabá. Essa paciente ainda não chegou ao especialista. Eu não sei dizer se o transplante é em Cuiabá ou outro lugar".* P6
	Acesso ao tratamento: - Centralização da dispensação de medicamentos. - Ausência de monitoramentos dos serviços que estão envolvidos na atenção até a dispensação do medicamento. - Fragilidades de comunicação aos usuários, nos municípios, sobre liberação para dispensação do medicamento.	*"A logística do medicamento é nossa dificuldade, muito cheia de caminhos. Nós temos casos de pacientes irregulares que descontinuaram a medicação por conta da burocratização".* P6 *"A partir do encaminhamento para a farmácia de alto custo, nós o SAE não fazemos monitoramento se a medicação chegou, se a medicação não chegou, se ele está fazendo uso".* P6 *"Tivemos casos de paciente que a medicação dele estava no município, eles não avisaram o paciente que a medicação tinha chego".* P6

Continuação

DIMENSÃO DE ANÁLISE: ORGANIZACIONAL		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Porta de entrada Fluxo do atendimento Barreiras geográficas Regulação/ Referência/ contrarreferência Avaliação	**Monitoramento e a avaliação:** - Não há monitoramento pelos serviços de saúde que encaminharam usuários à referência. - Não é certo o acompanhamento do usuário durante o tratamento pela APS do município. - Ausência de cultura avaliativa nos serviços de saúde. - Gestão do consórcio intermunicipal de saúde não avalia a coordenação do cuidado na rede de atenção.	*"O monitoramento ficou solto. É mais o paciente que vai lá para reclamar de algo ou porque está passando mal".* P4 *"Do acompanhamento eu não saberia dizer ao certo hoje".* P7 *"Alguns mudam de cidade, outros param o tratamento, às vezes você não consegue encontrar porque o telefone mudou. Outro problema é a população migratória".* P8 *"Participamos de algumas avaliações da rede que foram feitas pelo Ministério da Saúde, mas foi sobre a infraestrutura".* P6 *"Eu não trabalho aqui com avaliação, isso fica por conta da secretaria de saúde, o planejamento das metas e da assistência também".* P5
DIMENSÃO DE ANÁLISE: TÉCNICA		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Acolhimento Vínculo Competência/ Habilidade Autonomia Compromisso Projeto terapêutico compartilhado - equipe e usuário Qualidade da atenção	**Competência/Habilidade e Compromisso:** - A principal competência que os serviços da rede assumem em relação às hepatites é o encaminhamento à referência regional. - Baixo incentivo para capacitação de equipes com foco na descentralização da atenção.	*"Seria de nossa competência atender hepatites, porque somos um SAE, mas não temos equipe capacitada".* P9 *"Se não tiver uma equipe de treinamento e suporte não vai descentralizar. Tem médicos na APS e, também no SAE, que não sabe ler um marcador no resultado de hepatite. Precisa de equipe treinada e capacitada continuamente".* P5
	Acolhimento e a qualidade da atenção: - Baixo planejamento com ações estratégicas para pautar as hepatites nos serviços de saúde. - Identificação de usuário já com diagnóstico tardio. - Pouca estratégia de ações direcionadas as populações prioritárias/vulneráveis .	*"Não tem uma rotina para as hepatites".* P8 *"A prevenção fica com o município. Cerca de uns 80% dos nossos diagnósticos são tardios".* P6 *"Não significa que onde tem um CTA não venha pessoa com diagnóstico tardio. Temos casos que veio tratar já com complicações mais graves de município com CTA".* P5 *"Tem ações que são para fazer por fazer, precisa de foco, é uma questão de planejamento. Falta essa direção".* P4

Continuação

DIMENSÃO DE ANÁLISE: SIMBÓLICA		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Cultura Crenças Valores Subjetividade	**Fatores:** - A testagem e o tratamento sofre influência da cultura, crença, valores e subjetividade dos usuários. - Buscar o serviço de saúde somente após sintomatologia. - Desconhecimento da população frente às ações que os serviços de saúde ofertam. - Postura inapropriada do profissional de saúde.	*"Tem pessoas que não vem aqui por medo. A cidade é pequena, vai que vê entrando na minha sala".* P3 *"A gente faz o teste da hepatite mais quando vem fazer para o HIV".* P8 *"Teve uma senhora que tinha parado o tratamento porque começou a tomar chá".* P5 *"Quando a gente faz algum teste com um paciente que positivou hepatite eles relatam que um familiar já teve ou um parceiro, mas eles não procuraram o serviço porque não tinha nenhum sinal ou sintoma, só vem quando tem um sinal ou sintoma".* P9 *"As pessoas geralmente não sabem que tem, quando chega já está grave".* P9 *"No dia a dia eu percebo que tem muitos pacientes que não sabem que existe esse serviço, que tem testes gratuitos e acessíveis".* P7 *"Se não tiver uma postura de acolhimento sem julgamento, o profissional espanta o usuário".* P4

Conclusão

Fonte: elaborado a partir do banco de dados da pesquisa

A Tabela 6 apresenta a validação dos participantes quanto à análise dos dados qualitativos dos aspectos que dificultam o acesso à atenção as hepatites virais.

Tabela 6 - Confirmação dos participantes quanto à concordância ou discordância de análise dos dados qualitativos dos itens dos principais resultados dos aspectos que dificultam o acesso à atenção às hepatites virais, Mato Grosso, Brasil, 2021

Dimensão de Análise	***Concorda**		***Discorda**	
	N	**%**	**N**	**%**
Política	32	76,2	10	23,8
Econômico-social	31	73,9	11	26,1
Organizacional	71	78,9	19	21,1
Técnica	28	93,4	2	6,6
Simbólica	24	100	-	-
Total	186	81,6	42	18,4

Fonte: elaborado pelo autor a partir do banco de dados da pesquisa
*corresponde a soma das respostas de cada item que compõe os tópicos das dimensões analisadas do modelo de acesso universal aos serviços de saúde

Percebe-se que o nível de concordância das análises são superiores a 75% em todas as dimensões. Pontos de discordância foram relativos à postura do MS na organização da RAS e o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), como um instrumento de gestão, para facilitar o acesso mais equânime, coordenado pela gestão estadual, SES-MT e ERS; a disponibilidade suficiente de médicos especialista na rede; a resistência da APS em assumir a descentralização da testagem, além da redução de especificidade de ações para diagnosticar população prioritária. Não houve discordância em relação aos itens da dimensão simbólica**.**

Na **dimensão política** é pertinente refletir sobre a função do MS enquanto gestor nacional do SUS, nas atribuições de formular planos e políticas públicas, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e ações. Na missão do MS, eixos de integração e construção de estratégias entre órgãos e entes federados devem garantir, por meio da promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida e do exercício da cidadania (BRASIL, 2017). No caso das hepatites, apesar de avanços nas diretrizes do PNHV, a organização da rede de atenção ainda não se consolidou de maneira que garanta a equidade.

Na gestão pública, transformar um problema social em questão para intervenção pública requer convicção de que esse problema é factível e demanda um olhar técnico para a sua solução (JANNUZZI, 2011). No entanto, esse processo é conflituoso e permeado por pressões de diferentes grupos de representação

externa. É preciso o olhar atendo ao reconhecimento de forças que atuam no poder em saúde *(Politics)* e das ações que conduzem a política: as diretrizes, planos e programas de saúde *(Policy),* aspectos que envolvem os interesses do problema. De certa forma, os *lobbies* que se formam em torno da agenda são importantes elementos a ser analisados, tanto para a constituição da demanda na agenda pública, quanto pelo interesse que o cercam em torno da garantia de solução. A análise do poder que cercam os atores no processo de gestão é um ponto essencial para compreensão da tomada de decisão (TANAKA, 2021).

O enfrentamento das hepatites como um problema de saúde pública passa por reconhecer que muitos dos desafios de considerar esse agravo na agenda dos SS estão relacionados à coordenação de políticas e ações no nível federal (GAUDINO *et al*., 2018). Por isso, torna-se urgente o reconhecimento por parte dos governos nacionais da importância de incluir as hepatites na pauta das discussões sanitárias, o que envolve articulação de estratégias com a comunidade internacional (WAIT *et al*., 2016).

Estão entre os principais aspectos que são desafiadores para a política de atenção às hepatites: as políticas mal formuladas de enfrentamento, as lacunas de conhecimento, e carência de dados e de estudos para subsidiar modelos de cuidado a grupos prioritários (GEBOY *et al*., 2019). O que demanda da gestão pública investimento em ciência e tecnologia para subsidiar a tomada de decisão nos SS.

Em relação aos dados específicos para subsidiar estratégias focais a grupos prioritários, destacam-se as informações sobre: quantitativo de usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e pacientes coinfectados com HIV, além da análise de carga da doença de hepatite viral crônica em imigrantes, prisioneiros, profissionais do sexo e na população em geral (ZIMMERMANN *et al*., 2020).

Outro aspecto é a concentração específica de diretrizes políticas que fomentam a testagem como reposta global direcionada à população adulta, marginalizando os casos de crianças e de adolescentes. Muitos países não possuem orientações nacionais sobre o teste e tratamento das hepatites, mesmo estimando-se que cerca de 3,26 milhões de crianças e adolescentes, em todo o mundo, têm infecção VHC crônica, ocasião que apresenta necessidade de intensificar essa pauta em discussão com os estados membros da OMS (MALIK *et al*., 2021; MARI; GULATI; FRAGASSI, 2021).

No caso das hepatites, na RS estudada, o interesse político do gestor municipal em implantar um serviço para atender essa demanda tem sobressaído muito mais que uma direção organizacional de elementos que são constitutivos para consolidar uma RAS. Repercuti em um espraiamento de serviços que não estão configurados na perspectiva regional. Tanto neste estudo, na perspectiva da RAS das hepatites no Mato Grosso, quanto no de (ALMEIDA, 2019), a pulverização descoordenada de serviços não se efetivam enquanto uma rede que favoreça o acesso equitativo no SUS.

A atenção às hepatites precisará assumir um debate federativo na gestão em saúde, como o que vem sendo recomendado ao SUS por Mello, Demarzo e Viana (2019) para não se limitar a um conceito de organização setorial, mas de capacidade de resposta do sistema de saúde de forma intrassetorial e intersetorial.

Concretizar a proposta de sistema de saúde organizado em RAS requer investimento na comunicação e nas competências estabelecidas entre os departamentos de gestão tanto no MS, quanto nas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Percebe-se, a partir da fala dos participantes, que as hepatites não possuem interface de trabalho articulado nos departamentos de gestão da SES-MT. Aspecto que enfraquece a política de atenção. Em âmbito nacional, na tentativa de integrar melhor a comunicação entre as esferas de gestão para a tomada de decisão no âmbito do PNHV, foi publicada a Portaria n° 1.537/2020 MS/GM. No entanto, ainda que oriente ações ministeriais, não pode-se perceber sua concredute na descentralização da gestão.

Uma aposta da gestão da SES-MT para fortalecer o acesso na política pública de saúde e ampliar o acesso aos serviços de especialidades e alta complexidade, reduzindo a centralização de encaminhamentos à capital do estado, foi estimular a constituição de CIS. Porém, já se mostrava desde o início de indução desses consórcios no estado problemas em se constituir arranjos cooperativos horizontais em decorrência do processo de descentralização (GUIMARÃES, 2015; BOTTI *et al.*, 2013; GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004; SCATENA; TANAKA, 2001).

Encontram-se limitações de estrutura de análise que comprove a qualidade dos consórcios públicos como arranjos que favorecem o acesso, programação e fortalecimento do processo de regionalização (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020; LEAL *et al*., 2019). Mas cabe sinalizar que existem, nas relações de pactuação entre

os entes federados, tentativas de racionalizar os gastos e, por conseguinte, o CIS tem sido eficaz (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020; GRIN *et al.*, 2018). No caso das hepatites, a necessidade dos usuários em acessar profissionais especializados para fechar o diagnóstico, exige nas negociações regionais de pactuação, que o uso do CIS como estratégia para favorecer a resposta do sistema de saúde mostrou nessa região potencialidade para o acesso a consulta médica. No entanto, ainda não alcançou uma análise de governança regional para qualificação da rede de atenção.

Ao refletir sobre os eixos da Política Nacional de Regulação (PNR) (BRASIL, 2008) neste estudo, verifica o distanciamento da SES-MT e do ERS na atuação da regulação sobre o sistema de saúde frente à organização do acesso às hepatites. Essa posição da gestão estadual acaba por reduzir a atuação do Estado na produção direta das ações e serviços de saúde. Consequentemente, a regulação da atenção passa a ser uma ação entre os municípios que, para garantir a oferta do serviço aos usuários, utilizam da regulação do acesso para pactuação por meio de consórcios, desvinculando a figura de coordenação regional da regulação. Ênfase na municipalização com maior transferências de responsabilidade da média e alta complexida tem mostrado maior carga aos gestores municipais.

A gestão estadual - ator do espaço de regulação na expectativa da fiscalização, controle, avaliação da rede de atenção às hepatites, por seu afastamento, por desinvestimento ou próprio desinteresse político - reduz a gestão do sistema a uma lógica de oferta do serviço, com pouca ou nenhuma análise da dinâmica da rede e da sua capacidade de resposta à RS. Aspectos que fragilizam alcançar a sustentação de um sistema de saúde forte, mais equânime e integral.

Outro aspecto a ser considerado é que existem relatos que a troca de gestão, de coordenações na secretaria de saúde e em mudanças de gestores municipais, provocou reflexos na administração político-administrativa, principalmente nos CTA, que são serviços municipalizados, conferindo que essa situação é um problema relatado em outros municípios (HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013).

O escasso espaço da avaliação do sistema de atenção às hepatite por parte do MS, dos estados e dos municípios configura um frágil campo para qualificar ações e práticas. Espera-se que a partir da proposta do Plano de Eliminação da hepatite C, pactuado entre estados e municípios, que porventura possa avançar na avaliação no campo institucional do PNHV.

No âmbito político da gestão do SUS, em específico da atenção às hepatites, cabe a compreensão do uso da avaliação não apenas para justificar o emprego do recurso financeiro, ainda que a sustentabilidade dos projetos no sistema de saúde seja importante. Caberá a gestão em saúde promover no espaço de processos avaliativos um movimento de projeção para análise de processos educativos (TASCA; ENSSLIN; ENSSLIN, 2013) capazes de serem aplicados nos diferentes contextos regionais para melhoria do sistema de saúde como um todo.

Entende-se que pelo exposto na dimensão política do acesso ao enfrentamento das hepatites virais, converge para o apresentado por *Harm Reduction International* (2018), World Health Organization (2016) e Aghemo *et al*. (2015) acerca da necessidade de lideranças capazes de promover, no âmbito do sistema de saúde, o estabelecimento de compromissos governamentais alinhados à equidade, com rápida resposta ao diagnóstico, favorecendo o alcance do ODS na agenda 2030. Para além do alcance das metas pactuadas, a sensibilidade da resposta do sistema de saúde perpassa pela qualidade da atenção experienciada pelo usuário, que requer políticas que induzem essa reflexão na RAS.

Na **dimensão econômico-social** houve tendência em apresentar fatores relativos à infraestrutura dos serviços e quantitativo de recursos humanos, que representam desequilíbrio de investimento entre serviços da rede pública nos diferentes níveis de atenção.

Desde a criação do PNHV optou-se por acolher e testar as hepatites nos CTA, serviço que já realizava atenção ao HIV (BRASIL, 2005). Os profissionais do CTA têm a função de fazer aconselhamento e testagem, disponibilizando à sociedade medidas preventivas e de redução de danos (BRASIL, 2010).

Todos os CTA na RS sul mato-grossense possuem apenas um funcionário responsável pelas atividades. Fato que repercute na redução de atividades, nas chances de dar maior visibilidade das ações. Tal ocorrência é um desafio para o avanço da proposta de organização da rede de atenção proposta pelo MS, em que o CTA assumiria a responsabilidade de matriciamento com a rede de APS.

Os SS devem considerar ao problematizar a expansão da testagem para hepatites os benefícios, o custo-efetividade, a utilização de recursos, a aceitabilidade e a viabilidade programática (ATKINS *et al*., 2004). É necessário, que para além da oferta terapêutica, haja garantia de adequada infraestrutura e recursos humanos capacitados, por isso perpassa investimento da gestão (ALMEIDA; CIOSAK, 2015).

A recomendação de ampliar para serviços de APS é considerada importante justamente por aumentar o número de testagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Na literatura científica ainda é limitada a descrição de estratégias programáticas nos SS para ampliar a testagem de hepatites (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; ZHOU *et al*., 2016) e, em países baixa e média renda, a análise do custo-benefício do teste de rotina depende muito da prevalência do agravo, porém é consenso ofertar amplamente a testagem, com prioridade aos grupos vulneráveis (MORGAN *et al.*, 2017).

Ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde para o diagnóstico das hepatites tem requerido investimento na descentralização da testagem para serviços com especificidade de atendimento ao público com predisposição ao agravo (WONG *et al*., 2018). Em SS fragmentados, a incorporação dessa estratégia torna-se mais desafiadora, porque é comum o desembolso do usuário para pagamento da testagem e tratamento das hepatites, fator que tem colaborado para limitar o acesso (ISHIZAKI *et al*., 2017).

Outro aspecto econômico que restringe o acesso à atenção às hepatites é o desembolso do usuário para o tratamento e para o transporte até o serviço de tratamento, como observado em estudo nos Estados Unidos (SPRADLING *et al*., 2020). Em específico em Nova York, respostas tardias já com complicações crônicas mostram limitações de acesso ao tratamento por esses motivos (AL-KHAZRAJI *et al*., 2020). No Canadá, o acesso ao tratamento à hepatite B e C apresentaram limitações de cobertura dos planos de seguro-saúde público (CONGLY; BRAHMANIA, 2019; MARSHALL *et al*., 2016). Em países de baixa e média renda, que introduziram esquemas de seguro saúde com base no nível socioeconômico nos SS, mostrou alta taxa de abandono do seguro (UMEH; FEELEY, 2017), fato que pode repercutir no alcance das metas de eliminação das hepatites, considerando que a manifestação clínica da doença é silenciosa.

O tipo de cobertura da assistência do usuário no sistema de saúde é ainda mais impactante quando analisada na perspectiva do tratamento das hepatites. Em termos globais, o custo médio do tratamento para hepatite C em usuários com baixa complicação varia de US$ 280 a US$ 139.070 para um usuário que necessita de transplante de fígado, logo se constata que, mundialmente, em SS com cobertura de seguro privado, a atenção aos pacientes de hepatites não é adequada (BEHZADIFAR *et al*., 2019). Nesses países, pacientes com hepatites que não são

assegurados são menos propenso acessar o tratamento de hepatites (MILLER *et al*., 2021). Um marcador de limitação do acesso e da adesão, mesmo em países ricos, é o alto custo dos medicamentos, principalmente para hepatite C (CASTRO *et al*., 2018; GENTILE *et al*., 2016). Por isso a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) tem requerido aos estados membros fomento às políticas que garantam maior equidade no acesso aos serviços de atenção às hepatites. Porém, constata-se um *lobby* de influência externa de indústrias farmacêuticas e de tecnologia que competem respostas nos SS.

No caso brasileiro, o tratamento é ofertado pelo SUS gratuitamente à população. Mas um fator a ser considerado é a equidade na oferta desse tratamento. A respeito da equidade, cabe ao âmbito deliberativo da gestão do SUS uma pactuação a partir das necessidades de cada ente federado, o que desafia a gerência saber o “que” e “como” fazer para responder às necessidades individuais e coletivas (AYRES, 2009). Sob esse aspecto a centralidade da atenção ao tratamento das hepatites no SUS ainda é um ponto que precisa ser melhorado. A pouca dispersão de SAE em regiões estratégias, que possuem barreiras geográficas para acessar serviços de saúde (ALMEIDA *et al*., 2019), mostram fragilidades para a garantia do acesso ao medicamento e à continuidade do tratamento.

Um aspecto que tem barrado para expansão da rede de atenção às hepatites no Brasil tem sido o baixo quantitativo de médicos infectologistas para a atenção direta ou suporte especializado à abordagem terapêutica. A demografia médica brasileira registra a razão de 1,95 médicos infectologistas por cem mil habitantes, desigualmente distribuídos, sendo intensificada a dispersão principalmente na região da Amazônia Legal. Já o estado de Mato Grosso apresenta concentração de infectologistas na capital do estado e em algumas cidades com maior concentração populacional (SCHEFFER *et al*., 2020). O baixo quantitativo de infectologistas e a distribuição de modo heterogêneo ampliam as dificuldades de garantir o tratamento às hepatites em tempo oportuno, visto as peculiaridades que precisam ser analisadas para definir o tratamento (MARQUES; CARVALHEIRO, 2017).

Embora não tenham sido mencionados pelos participantes, no tocante a dimensão econômico-social, é importante considerar que a desigualdade econômica relacionada à classe, raça/etnia e sexo/gênero corrobora para ampliar as dificuldades de acessar os serviços de saúde (BOCCOLINI *et al*., 2016).

Para redução de aspectos econômico-social nos serviços de saúde e dos custos em saúde para as hepatites virais, é preciso avançar a discussão de organização da atenção em RAS com proposta de cuidados integrados e integrais. É no espaço da gestão em saúde que essa pauta se consolida e deve ser planejada, com projetos e programas que incentivem a concretude das propostas elencadas para o PNHV e nas diretrizes estabelecidas no plano de eliminação da hepatite C, acordadas para o alcance da agenda 2030.

Na **dimensão organizacional** reconhece-se que a centralidade da atenção às hepatites ainda está no nível secundário de atenção. As falas dos participantes evidenciam resistência dos serviços da APS em descentralizar a testagem, além de uma pluralidade de fluxos que o usuário precisa percorrer para acessar a unidade de referência de tratamento.

Mundialmente, a SS têm demonstrado fragilidades na organização de fluxos assistenciais para atenção às hepatites, principalmente no encaminhamento dos pacientes ao especialista (WADE *et al.*, 2016). A centralidade do diagnóstico e tratamento em serviços específicos ao nível de especialidade foi considerada um dos pontos de limitação do acesso nos Estados Unidos (GAUDINO *et al*., 2018). No Brasil, registram-se dificuldades para garantia de acesso aos serviços de saúde especializados, principalmente para municípios de pequeno porte, pela insuficiente oferta de serviços nas RS (ALMEIDA *et al*., 2016), além da distância geográfica de serviços de referência que são negociados por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (VIEIRA; GAZZINELLI, 2017). Essas evidências reforçam a necessidade de investimento no planejamento regional e na atenção aos critérios de implantação das RAS.

O uso da avaliação, na perspectiva de analisar integração e organização, é um potente instrumento para qualificar o processo de trabalho no sistema de saúde (SALCI; MEIRELLES, 2018). Na China, a avaliação da resposta de atenção às hepatites evidenciou pontos de fragmentação com dificuldades de integração entre os serviços de saúde e limitações de coordenação da atenção na prevenção, testagem, diagnóstico e tratamento, principalmente no acompanhamento pelos serviços de saúde ao longo do ciclo de vida do usuário (LIU *et al*., 2019).

No Brasil, a gestão do PNHV emite diretrizes de atenção às hepatites em uma expectativa de serviços integrados, mas é importante contemplar a condição heterogênea de aspectos de infraestrutura, processo de trabalho nos CTA e

comunicação dos serviços na rede de atenção, que têm implicado na capacidade de resposta do sistema de saúde (SOTERO; GUIMARÃES; GALAVOTE, 2017; SOBREIRA; VASCONCELLOS; PORTELA, 2012). Como apresentado na RS sul mato-grossense, esses eixos repercutem na organização da atenção, já no trabalho implica na resposta ao usuário, ecoando principalmente em refletir sobre a equidade e a integralidade da atenção.

Para uma abordagem de atenção integral a partir da organização dos serviços em rede, no SUS, a proposta de descentralização do acesso ao diagnóstico e ao tratamento das hepatites para a APS engloba uma estratégia para fortalecer maior universalização e equidade. Os dados desse estudo mostraram a expectativa da responsabilidade da APS no monitoramento do usuário, porém a lógica do acompanhamento/monitoramento está centralizada no serviço de referência. Além disso, dentre os participantes não houve referência de suporte de serviços de saúde da APS em relação ao retorno do usuário para o seu local de origem, o que confirma que a ação de acompanhamento/monitoramento não é fulgente na coordenação da atenção.

As limitações de acesso à atenção às hepatites na RS sul mato-grossense perpassam também pela distância em quilometragem, que implica em interrupção de consultas de acompanhamento, agravadas pela ausência de comunicação entre os serviços para acompanhar o tratamento. Registra-se que a perda no acompanhamento do tratamento de pacientes de hepatites possui relação com a distância até os serviços de saúde (SIMPSON *et al*., 2019; CANARY *et al*., 2017) e em casos de pessoas que vivem em comunidades rurais, como constatado no estudo em Taiwan, ampliam as limitações de acesso ao tratamento (LI et al., 2020). No Brasil, o acesso às comunidades com maior distanciamento dos serviços de referência para atenção às hepatites, principalmente na região norte do país, mostram barreiras geográficas que influenciam na adesão ao tratamento (ALMEIDA *et al*., 2019; GAMA *et al.*, 2018). Existe uma carência de evidências subsidiadas por análise do acesso à atenção às hepatites em territórios rurais remotos.

No Brasil, mesmo o tratamento sendo oferecido de forma universal aos usuários pelo SUS, um aspecto a ser considerado é a logística de distribuição do medicamento. Na RS sul mato-grossense o relato da centralização do medicamento, principalmente de hepatite C, traduz-se em vulnerabilidade programática no sistema de saúde. Em estudos que analisaram a trajetória de usuários do SUS há relatos e

descrições de idas e vindas à rede de atenção para conseguir acessar os medicamentos para hepatites, incluindo os casos de pacientes transplantados (KNHIS *et al*., 2021; ANJOS, 2009).

Em análise do acesso ao tratamento para hepatite C, em serviços de saúde na União Europeia, verificaram-se dificuldades dos usuários em acessar o tratamento por entraves burocráticos no processo de liberação dos medicamentos, circunstância que fez a gestão do sistema de saúde rever a logística e flexibilizar a entrega dos medicamentos no intuito de fortalecer a adesão ao tratamento (GLASPY et al., 2021). Na Itália, a constatação de dificuldades dos pacientes em acessar a medicação mostrou à gestão a necessidade de simplificar o modelo de dispensação de medicamento e gerenciar melhor o acesso para aumentar a adesão ao tratamento (ALBERTI *et al*., 2018).

Cabe ressaltar que a discussão para mudança de medicamentos da hepatite para a lista de medicamentos essenciais (ME) é fruto de uma governança em saúde, articulada pela OMS, desde 2015, fomentando a análise de rearranjos nos SS para ampliar a discussão do acesso a medicamentos e fortalecer estratégias de enfrentamento às hepatites em uma extensão de cooperação internacional (MIRANDA, 2018).

No caso do SUS, o modelo de atenção e os princípios que norteiam esse sistema de saúde exigem da gestão reanálise da logística de distribuição, com intuito de facilitar o acesso dos usuários. Em alinhamento das instruções internacionais para favorecer o acesso a medicação, o MS do Brasil publicou a Portaria GM/MS n° 1.537 transferindo os medicamentos para hepatites que estavam elencados no Ceaf para o Cesaf, ou seja, uma forma de organização da dispensação de medicamentos que possibilita as coordenações de assistência farmacêutica de estados e municípios, além de maior autonomia na gerência desses medicamentos. Espera-se que a burocratização que envolve a dispensação da medicação possa ser minimizada, no entanto até a primeira reunião com os coordenadores do PNHV nos entes federativos apenas os estados de São Paulo, Pará e Roraima haviam pactuado em CIB essa migração (BRASIL, 2021).

A dispersão de serviços de referência na rede de atenção que podem assumir a função de dispensação de medicamentos precisa de articulação federativa, para integrar e organizar pontos da rede de atenção em uma perspectiva de suporte para

o cuidado, afim de não resultar em expansão que não garante a qualidade no tratamento do usuário.

Constata-se reduzidas taxas de acompanhamento do tratamento aos pacientes portadores de hepatites pelos serviços de saúde, principalmente na aceitabilidade do usuário que expõe ao agravante aumento ao risco de doenças oportunistas e de encaminhamento de formas crônicas para o transplante, implicando consubstancialmente na qualidade de vida (BUSTAMANTE *et al;*, 2019; MCGINNIS; HAYS, 2018; HOLMBERG *et al.*, 2013).

Frente aos pontos até aqui discutidos, o sistema de saúde requer um aparato de controle e avaliação para ter subsídios de atuação e tomada de decisão. Na prática cotidiana de gestores em diversos países, uma dificuldade tem sido estabelecer estratégias para utilizar o monitoramento e a avaliação como instrumento do trabalho (HUNTER; NIELSEN; 2013; TANAKA, 2021).

O uso da avaliação da atenção ofertada no monitoramento de usuários com hepatite C em serviços de saúde que oferecem cuidados primários em Dublin, Londres, Bucareste e Sevilha mostrou a necessidade de melhoria nos serviços, na ampliação da oferta de testagem e no acompanhamento do tratamento (RIOGH *et al*., 2019). Nesse estudo o pouco uso da avaliação, tanto nos serviços de saúde de referência para atenção às hepatites, quanto pela gestão estadual do programa, tem fragilizado a avaliação como instrumento de gestão para auxiliar no planejamento e na tomada de decisão. Essa é uma constatação já mencionada por autores que analisam o uso da avaliação pela gestão (HARTZ; REHEM; CRAVEIRO, 2021; BEZERRA; *et al.*, 2020; HUNTER; NIELSEN, 2013; FURTADO; LAPERRIÉRE, 2012; TANAKA; TAMAKI, 2012; JANUZZI, 2011).

A partir das discussões da dimensão organizacional, verifica-se a necessidade de estabelecer consensos que considerem as particularidades dos municípios, desde densidade populacional, a cobertura de APS e o quantitativo de recursos humanos, de modo a propor alternativas para garantir fluxos que oportunizem melhorar a prevenção e o acesso ao tratamento das hepatites virais. Mas, cabe retomar a reflexão de que somente a disponibilidade de serviços não garante o acesso (DAWKINS *et al*., 2020; GULLIFORD *et al*., 2002). Os achados desse estudo mostraram que esses dois aspectos estão presentes e determinam vulnerabilidade programática na atenção às hepatites virais no estado.

Na **dimensão técnica** ficam evidentes limitações de estratégias de investigação da população considerada prioritária para as hepatites. Em nenhum momento das entrevistas foram citadas ações destinadas à população indígena, ribeirinha e quilombola, que estão presentes no território mato-grossense e na RS estudada. Poucas menções foram feitas a população privada de liberdade, homens que fazem sexo com homens, gays e profissionais do sexo. Destaca-se que, considerando aspectos epidemiológicos e de situação de vulnerabilidade social, esses são grupos prioritários para atenção e devem estar no planejamento das ações desses serviços.

No Brasil, ainda é precário o acesso aos serviços públicos de saúde para atenção sexual, em específico abordagem às ISTs/HIV/Aids em comunidades quilombolas, marcando pouca presença de infraestrutura e investimentos por parte do Estado nessas áreas (PEREIRA; MUSSI, 2020; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010), ocasião também constatada em população indígena (BORGES; SILVA; KOIFMAN, 2020; GRAEFF *et al*., 2019; RUSSELL *et al*., 2019) e ribeirinha (PARMEJIANI *et al*., 2021; GAMA *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al*., 2017).

Na Austrália, foi relatado barreiras de acesso da população indígena à testagem, além da necessidade de comunicação sobre a doença respeitando aspectos culturais (BRENER *et al*., 2016). Na França, fragilidades de acesso aos serviços de saúde da população mais vulnerável estão relacionadas à decisões públicas que ampliaram desigualdades sociais. Além de discrepância de oferta de serviços nas RS, o que acarretou em desenho organizacional que desfavorece atender as necessidades dessa população (WARIN, 2019). Na Alemanha, apesar de ter avançado em abordagem às populações consideradas prioritárias, percebe-se um distanciamento de estratégias com profissionais do sexo (STEFFEN *et al*., 2020).

No caso da atenção às hepatites na RS sul mato-grossense, percebe-se que a lógica dos serviços está mais propensa a atender a procura do usuário ao serviço do que estabelecer análise tática, de ações extramuros, com população prioritárias, principalmente nos CTA. As ações descritas pelo SAE regional mostrou reclusão para atender demandas encaminhadas dos municípios. E nos SAE descentralizados, as ações extramuros são tímidas em decorrência da demanda do serviço. Expõe-se uma rede fragmentada, com pouca capacidade técnica de planejamento alinhada às metas internacionais para eliminação das hepatites, que

amplia a vulnerabilidade programática, principalmente nos municípios que não possuem programas que fomentam a testagem das hepatites.

Sob esse enfoque, tem sido unânime a recomendação de expandir a busca ativa na APS, justamente pelo fato de sua posição capilarizada e privilegiada no território, que também pode induzir a possibilidade de acompanhamento das hepatites por médicos na APS (CASTANEDA *et al*., 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, 2017). Porém, estudo realizado em Michigan, EUA, mostrou que médicos com especialização na área de medicina de família, comunidade e pediatria tendem a encaminhar aos serviços de especialidades os casos de diagnóstico positivo para hepatites, principalmente os de hepatite B e C (THOMSON *et al.*, 2016).

Em investigação em seis países da União Europeia: Reino Unido, Alemanha, Holanda, Hungria, Itália e Espanha, sobre a prática dos *General Practitioner* (GP), médicos de clínica geral, na triagem de pessoas em risco e no manejo clínico de pacientes com hepatite viral crônica, mostrou a necessidade de investimento na formação para a abordagem clínica, com recomendações de implementação das diretrizes existentes para a Medicina de Família e Comunidade (BECHINI *et al*., 2016). No entanto, administrar o tratamento com agentes AAD tem sido um fator desafiador nos SS por registrar dificuldades de abordagem de médicos não hepatologistas em realizar o manejo do tratamento (SHUMWAY *et al*., 2019, CHASTAIN *et al*., 2015).

Para o SUS, configura-se importante a coordenação do cuidado pela APS, principalmente nos municípios de pequeno porte, no acompanhamento dos pacientes em tratamento, com participação da equipe de saúde e a comunicação do médico da APS, para apoio à terapêutica, principalmente quanto o paciente retorna para sua casa (BALKHY; EL-SAED; SANAI, 2016). No caso brasileiro, um ator que pode contribuir para monitorar esses usuários em tratamento das hepatites é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas que carece de conhecimento sobre esse agravo e de definição de suas funções para essa abordagem (BORCHARDT *et al*., 2021).

A capacitação da equipe de saúde da APS é um consenso para avançar no diagnóstico e acesso ao tratamento das hepatites (BRASIL, 2019d; GOMES; GALINDO, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), principalmente dos médicos para abordagem clínica às hepatites (ARAUJO *et al;*, 2021; GOMIDE *et al.*, 2021), no intuito de sentirem-se mais confiantes, sobretudo às peculiaridades de

acompanhamento ao tratamento do VHC (SOKOL *et al*., 2018; THOMSON *et al.*, 2016; NERI *et al*., 2010).

Na prática do programa de atenção, a testagem e o aconselhamento, quando realizado na APS, no SUS, tem sido verificado que fatores operacionais, estruturais e de capacitação tem fragmentado essa oferta de serviço (BARBOSA *et al*., 2020; ROCHA *et al*., 2018; SILVA; VALENÇA; SILVA, 2017) contribuindo para a resistência em sustentar a diretriz de efetivar a descentralização da atenção das hepatites na APS.

No caso da enfermagem, categoria profissional que tem assumido reconhecida função na gerência de unidades de saúde da APS, é indicada a capacitação desde a graduação, no intuito de ampliar a abordagem clínica para atenção e para avançar nas propostas de descentralização da atenção às hepatites (ANIAKU; AMEDONU, FUSHEINI, 2019; CARVALHO *et al*., 2015; TURA *et al*., 2008; VAN; D'LUGOFF; KELLEY, 2002). Além de proporcionar ambientes na formação que são capazes de consolidar diretrizes de prática avançada (POZZA et al., 2019; CREECH *et al.*, 2018).

Na **dimensão simbólica,** nas falas dos participantes foi possível captar exemplos que repercutem na busca do usuário ao serviço, como também na influência externa de crenças que se mesclam com a conduta terapêutica. Frente aos achados é possível compreender que a bagagem cultural e de crenças também influenciam o acesso (MCINTYRE; MOONET, 2007).

Revisão sistemática que buscou identificar fatores que influenciam a adesão em pacientes infectados com hepatite C mostrou que alguns grupos étnicos, pessoas com problemas de saúde mental, uso abusivo de medicamentos, de consumo de álcool e o vínculo com o profissional foram fatores influenciadores na adesão ao tratamento (MATHES; ANTOINE; PIEPER, 2014).

O nível de conhecimento que o usuário possui e o quanto consegue acessar informações, além de compreender o que escuta e lê, associado à postura do profissional que o atende, são fatores que contribuem para a adesão, ou não, tanto para testagem quanto para o tratamento das hepatites (MOURA, 2018; REIS, 2011; SILVA; JUNIOR; RODRIGUES, 2014). É recomendado que as equipes que estão envolvidas na terapêutica do paciente com hepatites, que acessa vários níveis de atenção, uma efetiva comunicação na transição do cuidado (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021). Analisar a resposta dos SS

na transição do cuidado, na abstração das informações e nas falhas de comunicação por parte do profissional pode contribuir para reconhecer erros e *"gaps"* na condução da assistência ao usuário.

Um fator que tem se mostrado como uma barreira para o acesso à saúde tem sido o estigma, com considerável contribuição no enfrentamento das hepatites nos ambientes de saúde (NEW SOUTH WALES, 2001). No âmbito profissional registra-se que existe estigma, constrangimento e preconceito nas equipes da APS em relação à prática e à abordagem na comunidade sobre temas que envolvam doença e sexualidade, e dos próprios usuários do serviço quanto à realização da testagem nas unidades, principalmente quanto ao sigilo do diagnóstico, fatores que podem ser caracterizado como barreiras ao acesso (ROCHA *et al*., 2019; EW *et al.*, 2018; MAJOR *et al.*, 2017).

Em estudos com populações prioritárias às hepatites, foram identificadas barreiras referentes aos fatores culturais, de condição de vida e no caso de imigrantes a comunicação (HAN *et al.*, 2014). Na Europa, constatou-se que a maior parcela das infecções crônicas de hepatite B/C é detectada entre pessoas nascidas em países endêmicos como África, Ásia e Europa Central/Oriental. A linguagem é um fator de barreira no acesso aos serviços, por isso na Europa, em relação à imigração, foi ponderada a relação à comunicação. E para superar esse desafio tem-se disponibilizado intérpretes para auxiliar os profissionais nos serviços de saúde, além de materiais educativos e de orientações que são traduzidos para pacientes com hepatites (FALLA *et al*., 2017).

A desconstrução do estigma tem conexão com a superação do processo de trabalho orientado pelo modelo biomédico. Em casos de violência sexual a abordagem às IST requerem abordagem multiprofissional, por demandar comunicação entre vários serviços, além disso, cabe ressaltar que a forma de abordagem e as peculiaridades de atendimento fazem ampliar ou não o estigma (MENEZES *et al*., 2021). Considerar as relações de empatia e afeto é importante para compreender o cotidiano do usuário e quais as melhores estratégias de abordagem para explicar a importância da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento do serviço de saúde.

O Para Goddart e Smith (2011), o conhecimento sobre as ações que os serviços de saúde ofertam e também a compreensão dos indivíduos sobre a necessidade de participar de campanhas de saúde repercutem no acesso. Assim, a

existência de serviços de apoio e referência pode não ser de amplo conhecimento da comunidade, uma vez que o acesso à informação e/ou à compreensão varia em diferentes grupos populacionais, o que pode influenciar, similarmente, no acesso aos serviços de saúde. Isso também pode acontecer com gestores, por isso, diante dessas constatações, é primordial investir na divulgação das ações dos serviços. Como exposto pelos participantes, esse espaço de dissipação da informação tem sido pouco utilizado.

É consenso que para ampliar a abordagem das hepatites uma estrutura política nos SS deverá considerar: a falta de conscientização sobre a hepatite na comunidade; a reduzida oferta de material de testagem, consequentemente, o subfinanciamento para essa área; o pouco conhecimento da abordagem clínica nos prestadores de cuidados de saúde e a fragmentação do cuidado entre os níveis de atenção; a dificuldade de acesso a medicamentos; a redução do estigma e a ampliação das leis locais ou nacionais sobre drogas ilícitas (TUCKER *et al*., 2017).

As afirmações pontuadas até o momento subsidiam uma análise da gestão sobre os aspectos que dificultam o acesso, especialmente com foco prioritário nas ações dos serviços de saúde. Esses elementos contribuem para reflexão do sistema de saúde, considerando as peculiaridades regionais, de serviços de saúde e de equipes, principalmente em um país como o Brasil, de vasta extensão territorial e uma diversidade cultural que se mescla no processo de trabalho em saúde.

8.4 Aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais

Nesta categoria abordam-se os principais resultados sobre os aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais.

O Quadro 5 apresenta a síntese dos principais achados compilados a partir da análise realizada a partir do Modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Quadro 5 - Dimensões de análise de aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais a partir do Modelo de análise: acesso universal a serviços de saúde de Assis e Jesus (2012), segundo participantes da gestão regional e dos serviços de saúde da região sul mato-grossense, Mato Grosso, 2021

DIMENSÃO DE ANÁLISE: POLÍTICA		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Acompanhamento do processo (PNHV) Pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal)	**- Âmbito federal:** - Incentivos do Ministério da Saúde na descentralização de serviços e na garantia de insumos para testagem.	*"O Ministério incentivou a implantação de CTA.".* P4 *"Parece que o Ministério tem oportunizado a descentralização de serviços".* P8 *"Os Kits, é só pedir e eles vêm do Ministério da Saúde, isso não tem custo para o município".* P3
	- Pactuação intermunicipal: - Consórcio Intermunicipal de Saúde como instrumento de gestão para favorecer o acesso.	*"O consórcio foi uma estratégia correta. Na logística o médico atende aqui no SAE duas vezes por mês para as referências dos municípios. Não têm dificuldade de comprar a consulta, não é uma consulta cara".* P6 *"Com o consórcio conseguiu contratar o especialista".* P5
DIMENSÃO DE ANÁLISE: **ECONÔMICO-SOCIAL**		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade Barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas	**Investimento no setor saúde alinhou melhorias na infraestrutura e em recursos para reduzir barreiras:** - Reconhecer o cenário epidemiológico para expandir serviços de referência tipo CTA e SAE, mesmo que seja por programa com força política, como o do HIV, auxiliou as hepatites. - Adequado quadro de recursos humanos e de equipamentos no serviço de referência da regional de saúde favorece a resposta do sistema de saúde.	*"Cresceu o número de pessoas se tratando com HIV, então foi proposto criar o CTA para avançar na testagem".* P4 *"O número de pessoas com HIV se tratando ajudou, no ano passado* [2020] *iniciamos uma conversa de implantar um SAE no município".* P7 *"A infraestrutura do SAE, a equipe multiprofissional é um diferencial na assistência. Se for fazer uma comparação com outras regiões estamos bem. A facilidade da coleta do material é o que nos dá força, temos o laboratório e coletamos quase que semanal carga viral. Reduzimos o tempo de espera do paciente, mais tardar são dez dias. Também fazemos coleta para genotipagem. O resultado hoje é um resultado rápido, antes era de 30 ou mais, hoje de dez a quinze dias".* P6

Continua

DIMENSÃO DE ANÁLISE: ECONÔMICO-SOCIAL		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade Barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas	**Garantia da atenção na perspectiva das necessidades do usuário:** - A postura do gestor municipal e da economia local contribui para a garantia do deslocamento, aquisição de medicações fora da REMUNE e de exames não estão listados no rol de pactuação, além da abertura de TFD (Tratamento fora do domicílio).	*"Mesmo que o paciente tem que se deslocar do município é fornecido o transporte e em alguns casos já se ofereceu TFD. Tem facilidade do exame, da medicação, inclusive das que ficam fora do REMUNE, porque às vezes o médico infectologista passa outra medicação e a secretaria fornece. Tivemos uma paciente com hepatite C que foi feito TFD para ela fazer exames que não estavam no rol pactuado no consórcio, ela fez em um serviço privado".* P8 *"Abrimos um TFD com o setor de vagas de oncologia para o encaminhamento dela ao transplante".* P5
DIMENSÃO DE ANÁLISE: ORGANIZACIONAL		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Porta de entrada Fluxo do atendimento Barreiras geográficas Regulação/ Referência/ contrarreferência Avaliação	**Fluxo do usuário no sistema de regulação:** - Garantia de oferta de testagem nos serviços CTA e SAE. - Fluxo definido na rede de atenção após diagnóstico. - Descentralização da testagem em serviços de APS. - Fácil agendamento de consultas pelo consórcio intermunicipal de saúde. - Atenção à gestante matriciada na rede e ações de cobertura em população feminina privada de liberdade favorece o alcance de metas de abordagem em populações vulneráveis.	*"Se o usuário chegar aqui, tem teste, se ele for a uma unidade básica e não tiver lá, é só encaminhar para cá que atendo".* P4 *"Depois que esse paciente é diagnosticado, ele tem um caminho certo".* P5 *"Teste rápido que deu reagente, tem caminho certo para o paciente".* P8 *"O teste rápido é ofertado nas unidades de saúde da família e no hospital".* P9 *"Todas as unidades de saúde da família podem realizar o teste. Isso ajuda muito a ampliar o acesso a testagem".* P4 *"O consórcio tem facilidade de agendar consultas extras, exemplo, se o paciente está passando mal, nós conseguimos colocar ele em uma consulta. Nossa preocupação é que esse paciente tenha acesso, o mais rápido possível, à medicação e sofra o menos possível".* P6 *"Para a gestante o fluxo tá mais fácil porque tem um protocolo e todos os profissionais já seguem".* P5 *"No SAE a gente tem parceria com a penitenciária feminina, com ações lá para triagem, diagnóstico e tratamento. Na masculina eles têm um serviço dentro da penitenciária, eles nos procuram mais para buscar testes e medicamentos".* P5

Continuação

DIMENSÃO DE ANÁLISE: TÉCNICA		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Acolhimento Vínculo Competência/ Habilidade AUTONOMIA Compromisso Projeto terapêutico compartilhado - equipe e usuário Qualidade da atenção	**Estratégias para promover acolhimento no serviço de referência:** - Ofertar múltiplos horários de atendimento em unidades de referência. - Realizar ações extramuros. - Garantir acesso à consulta médica com profissional capacitado. - Possuir cursos de atualização e capacitação para a rede de atenção.	*"Eu dou prioridade para atender de manhã, mas se vier à tarde atendo. Tem que considerar quem trabalha, os profissionais do sexo que dorme de manhã".* P3 *"Fazemos muitas palestras, essa região é de fazenda, então nas semanas das SIPAT* [Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho] *um dos temas é de HIV e hepatites virais, além disso, vai para as escolas. A palestra é o carro chave".* P4 *"Temos um infectologista na unidade, isso é um ganho, muitos SAE não tem.* "São poucas as capacitações, mas elas ajudam a ficar por dentro dos novos protocolos". P5 *"Temos treinamento para fazer diagnóstico e aconselhamento".* P8
	Alianças intersetoriais: - Parcerias com as mídias sociais, canais de comunicação e com instituições do terceiro setor promovem a divulgação das hepatites na sociedade.	*"Temos parceiros como a igreja católica, pastoral da Aids, parcerias com instituições de ensino superior, com as mídias de TV e rádio. Fazemos entrevistas falando sobre situação epidemiológica, falando a importância da prevenção e da testagem. Parceria com ONGs (organizações não governamentais) que representam grupos LGBTs e profissionais de sexo são intermediários para chegarmos lá".* P7 *"Nós fazemos parcerias com o Rotary para campanhas, principalmente para hepatite C. Quando você faz ações com parcerias até dá pra pegar o público alvo".* P8

Continuação

DIMENSÃO DE ANÁLISE: TÉCNICA		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
	Compromisso: - Postura proativa e comprometimento do profissional. - Estratégias nos serviços de saúde para aumentar a adesão no tratamento.	*"Uns dois anos atrás eu comecei a conversar com os gestores sobre a importância de estruturar melhor o funcionamento e criar um SAE".* P7 *"A nossa assistente social é um facilitador para os pacientes de hepatites, principalmente na marcação da consulta e exames, nos processos do medicamento, com a documentação para retirada da farmácia de alto custo".* P5 *"O médico nos dá muito acesso, conversamos com ele para resolver algum problema de paciente que aparece, ele abre agenda e conseguimos encaixar".* P6 *"As vezes nós temos sobra da medicação de HIV, porque o paciente morre e a medicação é devolvida aqui, então se tem o Tenofovir ele fica como sobra na farmácia e nós entregamos na falta ou demora de dispensação. Um exemplo: nós tínhamos um menino que era de* [município]*, chegou aqui amarelo, ele não tinha medicação, o que fazer nesse momento? Oferecemos a sobra, até conseguir ver o que aconteceu. Então nós ficamos entre a cruz e a espada, entre fazer o certo ou o errado, mas naquele momento se têm sobra vamos oferecer, o médico prescreve e liberamos, não é o caminho ideal, mas também não é ideal deixar ele nessa situação se tenho medicação aqui".* P5
DIMENSÃO DE ANÁLISE: SIMBÓLICA		
Aspectos analisados	**Principais Resultados**	**Principais estratos de falas dos participantes**
Cultura Crenças Valores Subjetividade	**A voz do usuário após acessar o serviço mobiliza para qualificar a assistência:** - A escuta pela gestão da experiência do usuário em seu itinerário terapêutico promove expansão de serviços e melhorias na rede de atenção.	*"O paciente tem voz, ele fala de suas dificuldades. Apesar de estarmos próximo de Rondonópolis, deslocar para lá e para cá não é fácil. Então ele chega e fala, quando tem oportunidade, leva isso para o conselho ou para a secretaria, isso ajuda a gente ir mostrando para o gestor a necessidade de qualificar o serviço".* P7 *"A ideia de trazer um SAE foi devido a reclamações dos pacientes quanto aos horários que tinham que ir, além das condições das nossas estradas e do próprio desgaste com a viagem".* P9
	- **Perfil do profissional para favorecer o acesso**: - Empatia profissional.	*"Para o serviço andar precisa se identificar muito com o trabalho, tem que gostar, tem que quebrar preconceitos, tabus. Exemplo: a gente tem um fluxo muito grande de homossexuais, profissionais do sexo e se de repente é um profissional muito fechado, ele talvez não consiga fazer as ações que sejam viáveis". P4*

Conclusão

Fonte: elaborado a partir do banco de dados da pesquisa

A Tabela 7 apresenta a confirmação dos participantes quanto à análise dos dados qualitativos referente aos aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais.

Tabela 7 - Confirmação dos participantes quanto à concordância ou a discordância de análise dos dados qualitativos dos itens dos principais resultados dos aspectos que potencializam o acesso à atenção às hepatites virais, Mato Grosso, Brasil, 2021

Dimensão de Análise	*Concorda		*Discorda	
	N	%	N	%
Política	11	91,6	1	8,4
Econômico-social	18	100	-	-
Organizacional	27	90	3	10,0
Técnica	38	90,5	4	9,5
Simbólica	18	100	-	-
Total	112	93,4	8	6,6

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do bando de dados da pesquisa
*corresponde a soma das respostas de cada item que compõe os tópicos das dimensões analisadas do modelo de acesso universal a serviços de saúde

Percebe-se que a concordância com os itens levantados nessa dimensão foram superiores aos 90%. Em relação aos pontos de discordância, destaca-se a função do CIS em ser instrumento de gestão para favorecer o acesso ao agendamento de consultas e às ações de enfoque às hepatites realizadas pelos serviços por meio de protocolos e parcerias com a população privada de liberdade e gestantes. Registra-se que nas dimensões econômico-social e simbólica não houve discordância.

Na **dimensão política** resgatam-se ações do MS do Brasil, por meio do PNHV, para incentivar a descentralização da atenção às hepatites nos serviços de saúde, como também o seu apoio para execução de ações. Nesse sentido, considera-se importante a posição da gestão em formular e nortear, por meio de diretrizes de políticas públicas, ações no sistema de saúde capazes de articular a RAS.

O modelo de atenção e a forma de organização dos serviços de saúde adotados no sistema de saúde induz a resposta de eficácia, eficiência e equidade, sendo que esse entendimento ajuda a gestão a formular políticas para enfrentar os agravos de saúde e qualificar a prestação de serviços (CIAPPONI *et al*., 2017). Frente ao exposto, há destaque para refletir a política de atenção às hepatites na perspectiva da integralidade, princípio doutrinário do SUS, como possibilidade de aproximar o sistema de saúde das necessidades da população.

Discutir a integralidade no eixo da dimensão política é pertinente para articular atores e recursos em ações e serviços que potencializem diretrizes que promovam espaços de prevenção e cuidado, tanto individual quanto coletivo, a depender do grau de necessidade e da resposta do nível de atenção. A integralidade permite projetar no planejamento em saúde o reconhecimento de aspectos epidemiológicos, mas também da compreensão social da dinâmica dos territórios, para conseguir garantir elementos que sustentam a abordagem integral em diretrizes políticas do modelo de atenção do sistema de saúde (MATTOS, 2004).

Para fomentar políticas de enfrentamento das hepatites é recomendável o uso de sistemas de informação e as análises a partir de bancos de dados secundários que favorecem a criação de indicadores e subsidiam a tomada de decisão (ZIMMERMANN, 2020), além de ponderar modelos de atenção e quais as principais estratégias que podem ser simplificadas para facilitar o acesso na prestação de serviços. Sem dúvida, reduzir as desigualdades de acesso com qualidade da atenção é um dos maiores desafios para superar os contrastes sociais nos países (OUMA *et al*., 2018). O fato de as hepatites terem entrado nos ODS auxiliou os países a caracterizar uma agenda de projeções e avaliações para facilitar o acesso ao sistema de saúde, bem como buscar estratégias para enfrentar as desigualdades de acesso.

Cabe retomar o diálogo sobre os dois componentes para qualificar o acesso, as intervenções preventivas e a sustentabilidade dos sistemas de financiamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Ambos perpassam pela agenda política dos SS e provocam posicionamentos de estratégias que muitas vezes divergem na consolidação das propostas. As hepatites, ao ganharem visibilidade de diretivas internacionais, adentram as pautas econômicas dos Estados e cabe à gestão em saúde a sua defesa na agenda dos SS, por meio de formulação de diretrizes que sustentem a política de saúde a ser empregada. É um movimento estratégico da gestão para garantir espaço no orçamento da saúde.

Na abordagem do plano de eliminação das hepatites proposto pela OMS, a Europa tem conduzido um papel exemplar. Em 2016, a primeira reunião da Cúpula de Política de VHC da União Europeia coligou atores interessados no campo das hepatites, incluindo profissionais de saúde, grupos de defesa de pacientes, representantes das principais instituições e organismos regionais de toda a União Europeia, para delinear uma plataforma de campanhas para eliminação do VHC na

Europa até 2030, e que foi apresentada em forma de Manifesto de Eliminação do VHC (PAPATHEODORIDIS *et al.*, 2018). Trata-se de um arranjo organizacional de governança para enfrentar as adversidades que podem surgir durante a implementação dos planos de enfrentamento das hepatites, em nível governamental.

A aposta da União Europeia tem sido em investimentos subjacentes na microeliminação, embasado em dados epidemiológicos confiáveis e envolvimento ativo dos serviços de saúde em ações focais de diferentes populações específicas e grupos de risco, que consequentemente levarão à macroeliminação (MANGIA *et al*., 2021). Países de baixa e média renda como Egito, Geórgia, Ruanda e Mongólia têm avançado em estratégias para enfrentamento, seguindo as recomendações da OMS para a agenda 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). A OMS tem dado suporte para avançar na decisão política dos estados membros e ampliar a testagem, incluindo a abordagem descentralizada com recomendações de monitoramento e de tratamento completo, independente do estágio da doença, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, 2017; EASTERBROOK, 2016).

Ao longo do tempo, o MS do Brasil tem adotado estratégias relativas à imunização, ao diagnóstico e ao tratamento das hepatites e, desde 2008, foram elencadas estratégias de cooperação técnica com a OPAS/OMS (BRASIL, 2019d). Enquanto medida preventiva, a vacinação da hepatite B foi paulatinamente incorporada ao calendário de imunização, culminando em 2016 com a ampliação da indicação para toda a população, independentemente de idade ou situação de condições de vulnerabilidade social (XIMENES *et al*., 2015). Entretanto, tem requerido avaliação do módulo de registro de vacinação, distribuição, oferta e aplicação, para garantir oportuna vacinação (SILVA *et al.*, 2021). Já a vacinação contra hepatite A foi incorporada ao calendário nacional alcançando crianças de 15 meses a cinco anos incompletos (BRASIL, 2017).

Com a criação do PNHV, em 2002, produziram-se diretrizes para um programa com ênfase à prevenção, vigilância e assistência nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, arquitetando uma organização, regulação, acompanhamento e avaliação das ações do programa. No decorrer do tempo, o PNHV foi sendo subordinado a diferentes departamentos no MS (BRASIL, 2019a). No conjunto de abordagens desses departamentos o PNHV ganhou espaço de trabalho, mas também competiu com outros agravos pelo lugar na agenda da tomada de decisão, inclusive com diluição de recursos e diminuição da

especificidade e particularidade necessárias para abordagem do agravo. Em 2019, foi aprovada no âmbito federal a Lei 13.802 (BRASIL, 2019c), que instituiu o Julho Amarelo como um marco de luta no território nacional para o enfrentamento das hepatites virais.

A ampliação no SUS da rede de atenção para testagem e aconselhamento das hepatites B e C, com suporte de publicações de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C, além de PCDT para Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções subsidiam a prática dos profissionais de saúde. A inserção dos AAD para tratamento das hepatites, no SUS, foi reconhecida pela OPAS como avanço para o cuidado ao portador de hepatite C (OPAS, 2016), considerado um exemplo de negociação, que envolveu diferentes atores da sociedade civil organizada e a comunidade científica com os departamentos do MS, do Brasil, por meio do antigo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), em parceria com a SCTIE e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), fomentando uma incorporação tecnológica para favorecer o acesso e a qualidade de vida de pacientes em uma política de saúde (MESQUITA *et al*., 2016).

Assim, é preciso reconhecer a evolução no desenvolvimento das ações e propostas do MS do Brasil com mudanças intensas e progressivas, mas que as iniciativas ainda repercutem no modo heterogêneo e diferenciado nas regiões, ou seja, ainda está longe da visibilidade desejável no que se refere aos princípios doutrinários do SUS. Ressalta-se que expandir a avaliação do acesso para além do conceito de utilização dos serviços, principalmente sob um agravo que possui pouco espraiamento de testagem e marginalização do acesso à população prioritárias, é recomendável na agenda política da gestão em saúde para verificar quais dimensões estão intrínsecas na ampliação ou restrição do acesso na RAS.

Os projetos colaborativos que o MS desenvolve em parceria com CDA, a OPAS e por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) (BRASIL, 2020) pode ser uma possibilidade de análise das RS para compilar informações e estratégias para a gestão do PNHV, ao considerar a informação como base para a tomada de decisão.

No âmbito político-institucional, a logística para o acesso a medicação no tratamento é um aspecto limitador. Ações do MS têm sido pontuadas, desde 2019 na CIT, para a migração dos medicamentos para hepatites do Componente Especializado para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Esse

modelo poderá permitir a ampliação do acesso ao tratamento e à adesão. Para consolidar a proposta o MS apoia, em parceria com a OPAS, o “Projeto de Apoio à Qualificação da Assistência farmacêutica e Monitoramento da Implementação do Novo Modelo de Acesso aos Medicamentos para as Hepatites B, C e D no SUS” (BRASIL, 2021). De certa forma, exige ação estratégica da gestão para operacionalizar as diretrizes políticas nos entes federados, já que a organização do sistema de saúde nas regiões é heterogênea e mostra desigualdades na organização da RAS.

O consenso em avançar na testagem no SUS tem sido a pauta dos diálogos do MS com as coordenações estaduais dos PNHV e com a publicação da Portaria n° 1.537/2020 MS/GM (BRASIL, 2020d) espera-se que a autonomia dos entes federados possa construir maior espaço de governaça na rede administrativa e assistencial dos serviços de saúde, para superar entraves centralizados e de fragmentações do sistema de saúde. Destaca-se o potencial dessa portaria pela articulação diretiva que se propõe na articula o PNHV com a SVS em ações compartilhadas com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, a Fundação Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a SCTIE.

A participação da sociedade civil no desenho das políticas públicas é um aspecto importante no âmbito político do SUS, reconhecido como um potente elemento para consolidação das estratégias de gestão. Desde a Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em HIV/Aids e Hepatites Virais (CAMS) a formulação de políticas de enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e hepatites, mostra uma articulação que promove inclusão das demandas sociais nas pauta da gestão do SUS (SANTOS; TEIXEIRA, 2016).

A revisão sistemática e meta-análise dos efeitos da descentralização da testagem e do tratamento mostraram aspectos positivos para equacionar diretrizes políticas de descentralização de serviços, prioritariamente, com enfoque em locais com risco de vulnerabilidade social (ORU *et al*., 2021). Diante dessa evidência, políticas indutoras por parte da gestão devem ser estudadas para compilar diretrizes. No caso do SUS, reconhecer a integração dos serviços, com suporte de apoio de especialistas para a rede capilarizada da APS dê conta dessa abordagem, principalmente naqueles territórios que tradicionalmente são os mais vulneráveis.

A dimensão territorial do Brasil impõe negociações políticas. O SUS, em sua organização federativa, norteou-se por um entendimento de cooperação entre os entes federados. A organização de fluxos de referência, principalmente aos municípios de pequeno porte é essencial para que garanta o acesso a níveis de especialidades. Nesse sentido, o CIS ganha configuração de cooperação interfederativa na organização regional dos serviços de saúde para atender demandas daquele território regionalizado (MORAIS; CHAVES, 2016), favorecendo o processo de regionalização da saúde (LUI; SCHABBACH; NORA, 2020; SILVA JUNIOR *et al.,* 2020), com efeitos positivos pela durabilidade na pactuação para garantir acesso, além de ser uma alternativa de reduzir a predatória ação do mercado na oferta de serviços de saúde (NASCIMENTO, 2019). Essa forma de pactuação, no entes federados, tem auxiliado nas assimetrias de distribuição da oferta de serviços, mesmo que não garanta a redução das barreiras geográficas, amplia a oferta de serviços ambulatoriais entre os municípios consorciados, como constatado na RS sul mato-grossense.

Os CIS possibilitam o suporte, a sustentação às demandas regionais e são pensados a partir de um espaço político que operam em cooperação permanente (RIBEIRO, 2015), além de reunir interesses de diferentes atores que podem compartilhar recursos entre si de forma não hierárquica para alcance de metas em comum (FLEURY; OUVERNEY, 2007). Na pandemia por COVID 19, o Consórcio Nordeste desencadeou uma série de boletins de apoio à gestão e destacou-se na organização da rede de resposta a pandemia (NICOLELIS, 2021), certamente essa experiência pode ser compartilhada na possibilidade de fomentar nas RS uma resposta de enfrentamento às hepatites.

No caso da atenção às hepatites, dada a frágil dispersão e fixação de centros de especialidades e médicos com capacitação para o atendimento a esse agravo, o CIS tem sido uma oportunidade para avançar no acesso. Experiências do uso dos CIS para a atenção às hepatites têm mostrado organização dos serviços ambulatórios, com ampliação de ações e assegurando o acompanhamento dos usuários (SARZI; MORENO; OGAMA, 2018), inclusive a contratação de médicos, tanto para atendimento ao adulto quanto a pediatria, como os achados de editais do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira Consaude (CONSAUDE, 2007). O uso de consórcio público também tem fomentado o desenvolvimento tecnológico com suporte governamental para atenção às hepatites, como o caso do

consórcio brasileiro para desenvolvimento de testes de ácidos nucleicos “consórcio NAT” (KAMEDA; CORRÊA; CASSIER, 2018).

Os participantes consideraram que a indução de políticas, diretrizes e financiamento proposto pelo MS fortaleceram os serviços de saúde especializados para espraiamento em outros municípios, consequentemente, possibilitando ampliar o acesso, principalmente à testagem. É consenso que para avançar em inovações para a abordagem às hepatites é necessário que haja vontade política e financiamento para garantia de infraestrutura e recursos.

Na **dimensão econômico-social** percebe-se, em discussão nos SS, que convive uma cuidadosa análise da relação das decisões clínicas e de saúde que envolve os riscos e benefícios para atender e mobilizar os recursos públicos em torno das necessidades dos usuários com hepatites no SUS. Na análise das falas dos participantes percebe-se indução dos aspectos epidemiológicos para expandir serviços, impulsionados principalmente pela testagem do HIV. Isso ocorre mesmo quando, por exemplo, a descentralização não consegue acontecer, como no tratamento das hepatites na RS sul mato-grossense, entretanto, ao ter unidades tipo SAE descentralizada, isso já possibilita adequar recursos para ofertar a atenção às hepatites.

Nas falas não houve registro de falta de testes nos serviços de saúde, mostrando o empenho do SUS em garantir insumos necessários. Na Alemanha, a análise do custo-eficácia de rastreamento nacional mostrou que essa é a chave para enfrentar as hepatites no país, mas para a ampliação do rastreamento de pacientes infectados foi recomendado foco inicial na subpopulação com considerável risco de vulnerabilidade social (KRAUTH *et al*., 2019). Na Austrália, a análise entre oportunizar teste de anticorpos de VHC e testes de RNA mostrou economia nos custos de saúde no uso de testes de RNA (SCOTT *et al*., 2017), além de avançar em um plano de eliminação da hepatite C, apostando em programa de rastreamento com prioridades de investigação, que conseguiu diagnosticar 82% da população infectada pelo VHC (DORE; HAJARIZADEH, 2018). Na Tailândia, a recomendação com enfoque na relação custo-benefício é de ofertar testagem em qualquer serviço de saúde para adultos ≥ 30 anos de idade (POSUWAN *et al*., 2020).

Em SS de saúde fragmentados como a dos Estados Unidos, para garantir o equilíbrio dos custos na extensão do tratamento de um grande provedor de cuidados à pacientes com hepatite, é preciso investir na gestão e na vigilância do manejo do

tratamento, incluindo a análise dos dados do sistema de informação, com compartilhamento oportuno dos resultados que fornece aos tomadores de decisão subsídios para qualificar o sistema de saúde (BELPERIO *et al.*, 2014). Na China, foi recomendada ao governo a redução do desembolso direto dos pacientes com gastos em cuidados com a saúde para reduzir a mortalidade por hepatite e avançar no alcance das metas internacionais (LIU *et al.*, 2019).

Em análise do avanço de medidas para enfrentar as hepatites até 2030, em relação aos custos para o teste e tratamento da hepatite em 67 países de baixa e média renda, foi constatada a necessidade de ampliar a cobertura universal de saúde para alcançar as projeções de melhorias nos anos de vida e redução significativa de mortes prematuras (TORDRUP *et al*., 2020).

No SUS, sistema público, universal e capilarizado em todo o território nacional, com diretrizes respaldadas em um PNHV, a abordagem às hepatites possui concentração no âmbito público, podendo ter considerável chances de experiências exitosas no enfrentamento, desde que se torne uma pauta prioritária na agenda política do MS, dos entes federados e tenha-se um plano com inicial predisposição de alcançar grupos prioritários.

Tem sido recomendada aos SS que ofertam o tratamento para hepatites que a compra seja centralizada e apoiada em diretrizes de prática clínica para diminuir os gastos com medicamentos (CHEN *et al.*, 2020). Na Colômbia, a avaliação da implementação da política de compra centralizada de medicamentos para hepatites mostrou uma redução nos preços, em geral, de mais de 90% (PÉREZ *et al*., 2019). O MS, do Brasil, desde 2006 (BRASIL, 2006), visando a prática de redução dos custos implementou a compra centralizada, que oportunizou expandir a garantia do tratamento a um maior quantitativo de usuários do SUS; no entanto, o mesmo estudo mostrou que carece investimento na logística e no abastecimento descentralizado para ampliar a universalização e a equidade do acesso à saúde (CHAVES; OSÓRIO-DE-CASTRO; OLIVEIRA, 2017).

Ações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) têm favorecido o Brasil a aperfeiçoar a sua experiência em qualificar a decisão da política pública de saúde a partir de análises de incorporação de tecnologias no SUS, principalmente às de alto custo, como é o caso do tratamento da hepatite C. Porém, o processo de incorporação de uma tecnologia ou revisão para exclusão e ou alteração é reconhecido como complexo na tomada

de decisão, por envolver aspectos que precisam permear a análise dos benefícios terapêuticos e sociais, da sustentabilidade do sistema e do retorno do investimento da indústria (GOMES *et al*., 2018).

O acesso de usuários ao tratamento das hepatites por AAD, no SUS, teve aprovação desde 2014 pela SCTIE e CONITEC, que avaliaram o impacto econômico da incorporação dessa assistência terapêutica no SUS (MESQUITA *et al*., 2016). Análises e mudanças nos esquemas terapêuticos para hepatite C significou um dispêndio estimado de cerca de R$ 412 milhões, em 2014, para R$ 945 milhões, em 2015 (CHAVES; OSÓRIO-DE-CASTRO; OLIVEIRA, 2017). Registra-se que até o ano de 2017 cerca de setenta mil pessoas receberam esse tratamento (BRASIL, 2017). Na Austrália, o governo financia a terapia com AAD para todos os usuários infectados com hepatite C desde 2016 (DEPARTMENT OF HEALTH, 2016). Esse é um fator a ser considerado que envolve questões econômicas, devido aos altos preços dos medicamentos, e que necessita de avaliação clínica e consenso nos SS sobre a avaliação de qual subgrupo de pacientes com hepatite C crônica devem ser tratados com AAD (CASTRO *et al*., 2018).

É reduzido o número de estudos em países de baixa e média renda que abordam os custos e o acompanhamento contínuo dos usuários, desde o diagnóstico de hepatite até a cura (ZHOU; FITZPATRICK; WALSH, 2016). Tal constatação é um limitador de avaliação da resposta dos SS e também para a política de enfrentamento das hepatites, principalmente em países que possuem grandes desigualdades sociais e enfrentam reformas setoriais frente às agendas políticas de austeridade fiscal, como o caso brasileiro. Em SS universais é preciso acionar estratégias que estejam sustentadas na dimensão econômica dos SS e alinhadas aos princípios que o regem, sendo um desafio para a gestão em saúde, aspecto que requer compromisso social e investimento em pesquisas que subsidiem a tomada de decisão da gestão pública.

O MS do Brasil desenhou modelagem econômica alinhada as estratégias consideradas potenciais para atingir as metas estimadas pela OMS, no intuito de subsidiar uma análise dos custos para eliminar a hepatite C no país até 2030, mostrando retorno positivo de investimento já a partir de 2025, caso aumentasse substancialmente as estratégias de investimento inicial em diagnóstico e tratamento (BENZAKEN *et al*., 2019).

É consenso, no modelo matemático que estimou o investimento de programas de atenção para o enfrentamento da hepatite C, que ao avançar em políticas que reduzam esse agravo pode-se gerar um benefício econômico líquido de US$ 22,7 bilhões em todo o mundo até 2030 (SCOTT *et al*., 2020). Na Grécia, constatou-se que o investimento em estratégias de eliminação das hepatites é eficaz ao comparar em anos de vida, em termos de custo-efetividade (GOUNTAS *et al*., 2019). Estudo de impacto clínico e econômico, entre 2015-2019, acerca da terapia de AAD, com o investimento de expansão do acesso ao tratamento e análise do custo economizado ao evitar eventos clínicos crônicos, teve uma previsão de recuperação dos recursos aplicados em 6,5 anos na Inglaterra; 5,4 anos na Itália; 6,7 anos na Romênia; e 4,5 anos na Espanha (MENNINI *et al*., 2021).

As evidências internacionais apresentadas podem subsidiar a gestão em saúde, além de ampliar medidas preventivas e de apoio ao diagnóstico e tratamento das hepatites. No caso do SUS, reconhece-se a sua garantia de oferta de medicamentos aos usuários, mas também deixa seus limites na logística para o usuário acessar o medicamento. Há necessidade de ampliar a rede de serviços e organizar modelos de cuidado nas RS com definição de fluxos de atenção. Porém, é pertinente considerar que o aumento do acesso promoverá impacto econômico, mesmo que em longo prazo, repercutindo em aspectos que permeiam a agenda política da gestão. Recupera-se aqui a dimensão ampliada da saúde como desenvolvimento.

Estratégias de baixo custo para ampliar a identificação de usuários com hepatites têm sido experimentadas em todo o mundo. A exemplo, de disparos de lembretes aos médicos para solicitar testagem durante visitas domiciliares e consultas médicas, intervenções educacionais conduzidas por enfermeiros em ambientes comunitários e grupos de acompanhamento do tratamento. Porém, os achados dessas iniciativas ainda se concentram em países de alta renda (ZHOU; FITZPATRICK; WALSH, 2016).

Na Alemanha, após investimento público na implantação do *Competence Network for Viral Hepatitis* (Hep-Net), que ofereceu aos pacientes em tratamento uma linha telefônica direta, serviço de e-mail e página inicial com perguntas frequentes, no intuito de reduzir dúvidas, constatou-se resultados positivos de suporte ao usuário (MEYER; MANNS; WEDEMEYER, 2006). Além disso, fomentou uma parceria com fundações para constituição de uma rede de pesquisadores no

intuito de ampliar estudos sobre o tratamento da hepatite C e D crônica (HARDTKE; WIEBNER; MANNS, 2016).

Em vista de fortalecer o tratamento das hepatites internacionalmente, principalmente para auxiliar países de baixa e média renda, tem-se investido em acordos bilaterais por meio de licenças voluntárias de indústrias farmacêuticas com patentes às fabricantes que produzem medicamentos genéricos para melhorar a disponibilidade de medicamentos nesses países (SIMMONS; COOKE; MIRALDO, 2019; STEVENS; HUYS, 2017).

Na Europa, estudo a partir da concorrência de medicamentos patenteados mostrou que acordos inovadores reduzem o custo por tratamento e melhoram o acesso, mas que requerem uma estrutura política de inovação sustentável que forneça incentivos e estimule a concorrência (ROEDIGER *et al.*, 2019). Na Austrália, acordos de remuneração global em volume de medicamentos por um extenso período de aquisição têm retirado o valor do tratamento como uma barreira de acesso ao acesso universal de medicamentos (MOON; ERICKSON, 2019). No Brasil, registram-se iniciativas de universalizar o tratamento por meio de produção local de medicamentos AAD, mas que esbarra ainda em conflitos sobre as patentes farmacêuticas (FONSECA; SHADLEN; BASTOS, 2019).

Frente ao exposto, confere-se à gestão do SUS estabelecer alianças capazes de promover um olhar atento à política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no país, no que tange ao desenvolvimento, inovação e saúde para o comprometido, alinhado aos princípios do SUS e com a sociedade, na perspectiva do fator econômico e da garantir de soberania da tecnologia em saúde.

Outro aspecto é o apoio ao fomento à capacitação dos profissionais para qualificar a atenção, tanto no serviço de referência quanto para a descentralização da testagem e tratamento na APS. Achados registrados da RS sul mato-grossense confirmam o apoio da gestão municipal no descolamento dos usuários aos serviços de referência, inclusive com suporte de TFD. A gestão em saúde, ao oportunizar o TFD, está garantindo o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a efetivação do princípio da universalidade, o que promove um fator de equidade no sistema de saúde (NETA *et al*., 2019). No entanto, aspectos econômicos e de logística nas redes de atenção tem fragilizado, em muitos casos, a garantia desse recurso pela postura da estrutura de organização do Estado (GURJÃO; MAIA; CARVALHO, 2018).

As estratégias e as ações mencionadas nessa dimensão econômico-social requerem solidez da política de saúde e suas diretrizes, investimentos em recursos físicos e humanos, além de insumos. E no que tange os recursos humanos: a garantia do quadro completo de profissionais nos serviços de saúde e a formação capacitada para as ações, além de infraestrutura e integração dos serviços de saúde. Trata-se de um movimento de investimentos que configuram ações da gestão, fatores que são inerentes à dimensão econômica de qualquer SS.

As evidências apresentadas são espaços de fortalecimento de políticas de saúde que aumentam o acesso, mas que requerem forte atuação da gestão e da sociedade em monitorar a resposta do sistema de saúde na busca de qualificar as ações em saúde.

Na **dimensão organizacional,** o fluxo de atenção definido na RS sul mato-grossense, a partir de uma testagem positiva em unidades de saúde, representa, na visão dos participantes, potencialidade de acesso, mesmo que a confirmação diagnóstica e o tratamento estejam centralizados, fato que exige negociações intersetoriais para garantir o acesso.

É pertinente que os serviços de saúde, na abordagem às hepatites, analisem as barreiras geográficas que aumentam a chance do usuário em não acessar os serviços de saúde (SHERBUK *et al*., 2020; SCHRANZ, 2018; SCOTT *et al*., 2017). Para superar barreiras socais, econômicas, culturais e físicas nos SS, a descentralização da testagem constitui na maior contribuição para o início do enfrentamento das hepatites nos SS, com integração de fluxos de resposta rápida em locais prioritários, onde residem ou circulam populações prioritárias (ORU *et al*., 2021).

Em Sevilha, na Espanha, após análise da necessidade de maior organização regional com espraiamento de pontos de testagem para hepatite, foi ofertado o suporte de médicos especialistas às equipes de serviços de saúde descentralizados. Consequentemente, aumentaram a detecção e melhoraram o programa de triagem com menor tempo de resposta ao início do tratamento (OTERO *et al*., 2018). Na Nova Zelândia, foi realizada avaliação de aceitabilidade a oferta de testagem para hepatite C em usuários que frequentam serviços de saúde comunitários para troca de seringas e agulhas, isso se mostrou como uma ação viável, aceitável e capaz de expandira testagem, pois identificou usuários e inseriu-os no acompanhamento e tratamento (NOLLER; BOURKE, 2020; WILLIAMS *et al*., 2019).

Alguns países têm se orientado no espraiamento de pontos de testagem a partir das unidades de APS. Revisão sistemática que analisou a eficácia das intervenções para aumentar a testagem à hepatite C evidenciou a importância da APS para captar pessoas suscetíveis ao diagnóstico, mas chamou a atenção para a potencial garantia da resposta dos SS às intervenções necessárias, uma vez que a ampliação da oferta do diagnóstico identifica novos casos (JONES *et al*., 2014).

A posição da APS na identificação dos dados epidemiológicos projeta favoravelmente uma rápida possibilidade de comunicação matricial no atendimento às hepatites, que também pode promover espaço de educação permanente se os profissionais da rede se comunicarem na condução da terapêutica do paciente (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

No SUS, o matriciamento das equipes de APS é uma discussão desde a criação do PNHV e que já permeava suas diretrizes (ROCHA *et al.*, 2016). Entende-se que ter um serviço de referência para as hepatites, e este ofertar suporte a APS, fortalece a conduta de práticas de testagem, a capacitação profissional e o acompanhamento dos casos encaminhados. E, por conseguinte, promove o trabalho matricial na RAS com maior organização do fluxo do usuário (GLERIANO *et al*., 2021).

Outro aspecto analisado na incorporação de funções na APS, em relação às hepatites, é a abordagem ao tratamento. Em revisão sistemática e meta-análise de estudos em 34 países sob a inclusão da descentralização do tratamento das hepatites na APS, foi mostrado níveis de cura de usuários com hepatite C igualmente alcançados por aqueles que foram acompanhamento por especialistas em centros de especialidades. Esse fator reforçou a discussão da oportunidade de suporte de especialistas à APS as abordagens de médicos e enfermeiros no manejo clínico (ORU *et al*., 2021). Médicos da APS, quando se sentem confortáveis em tratar as hepatites, ampliam a adesão e a resposta ao tratamento e, assim, reduz barreiras que dificultam o acesso no deslocamento do paciente (THOMSON *et al.*, 2016).

Minimizar as barreiras impostas pela organização dos serviços de saúde para obtenção de medicamentos, por meio da flexibilização da documentação e otimização de forma descentralizada, com suporte de monitoramento que enfatize o rastreio da adesão ao medicamento, os efeitos colaterais e interações medicamentosas, contribuem para melhorar a qualidade da atenção (ZUCKERMAN;

CARVER; CHASTAIN, 2018). Nos SS a análise da coordenação do cuidado com atenção às respostas dos desfechos na transição do cuidado fortalecem estratégias de integração de serviços entre a APS e a atenção especializada (MARIOTTI; GENTILINI; DAPOR, 2013).

Considera-se que, sob o enfoque regional, a gestão do cuidado visa proporcionar atenção integral às demandas locorregionais, para tanto, gestores devem compreender a dinâmica do território, para organizar a atenção em rede, em consonância ao enfrentamento das necessidades (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). A regulação do acesso e da atenção é uma importante ferramenta na análise dos desfechos no sistema de saúde. Por isso, avançar na gestão do cuidado requer que a coordenação da atenção organize e favoreça ações de compartilhamento de informação e assistência entre os pontos de atenção, para incentivar estratégias e ações que possibilitem resposta integral (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Cabe ressaltar que para ampliar a proposta de atenção integral às hepatites no SUS, o acompanhamento do paciente perpassa por abordagem que requer comunicação regional, espaço que envolve equipe multiprofissional de referência como apoio aos profissionais do âmbito municipal, para garantir que a atenção possa ser a melhor possível. Em 2020, MS do Brasil publicou o PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST (BRASIL, 2020), sendo que um dos eixos recomenda a avaliação dos riscos e da vulnerabilidade social dos territórios, porém essa abordagem ainda é frágil na discussão dos serviços de saúde no que tange o cuidado às hepatites.

No caso da população privada de liberdade, a garantia de ações de prevenção às hepatites, como vacinação, testagem e tratamento, está entre as metas estipuladas para reduzir os riscos e garantir o direito à saúde no sistema prisional (BRASIL, 2018; LERMEN *et al.*, 2015). No Brasil, o estabelecimento de fluxos de atenção integrados à rede de atenção à saúde e de implantação de serviços de saúde no sistema penitenciário tem fortalecido o avanço de estratégias para consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), mas ainda registram-se fragilidades e poucos estudos que possam subsidiar uma avaliação da atenção a esse grupo populacional (SCHULTZ *et al.*, 2020; CARVALHO, 2017; ARAÚJO; PINHEIRO; SOUZA, 2017; SILVA *et al*., 2017). Diante do exposto, percebe-se a necessidade de investimento para compreender como tem sido o alcance das

estratégias de atenção às hepatites nos sistemas prisionais brasileiros, constituindo-se em possível objeto de estudos futuros.

O uso da avaliação pela para nortear o planejamento é imprescindível no contexto de definição das metas de atuação e dos compromisso com a agenda 2030 para a redução significativa das hepatites. Na Austrália, o investimento do sistema de saúde, com elaboração de um sistema de monitoramento e avaliação para fornecer subsídios às estratégias necessárias por parte da gestão, tem sido uma das apostas para atingir as metas de eliminação do VHC (DORE; HAJARIZADEH, 2018).

Em relação às hepatites no SUS, o campo de avaliação por parte da gestão do MS e dos entes federados que coordenam o PNHV requer investimento em tornar os processos avaliativos instrumentos de qualificação da resposta do sistema de saúde. Trata-se de uma frente de trabalho a ser construída entre os distintos atores que permeiam a agenda política do PNHV, em parceria com instituições que possam contribuir para análises que qualifiquem os processos assistenciais e de gestão.

Na **dimensão técnica** percebe-se que formas de organizar o trabalho favorecem o acolhimento, além de estratégias para disseminar informação sobre os agravos em saúde e as ações dos serviços para acolher os usuários expostos a esses agravos. Sem dúvida, são estratégias que cabem as práticas dos profissionais de saúde e favorecem a ampliação da testagem, mas cabe ressaltar os aspectos que permeiam a dinâmica de trabalho na atenção durante o tratamento.

A utilização de bancos de registro eletrônico dos serviços de saúde podem subsidiar gestores de SS. Por isso, a aposta tem sido na implantação do prontuário eletrônico, na possibilidade de efetivar a atenção às hepatites, destacar possibilidades de intervenções para melhorar a resposta do tratamento e investigar lacunas assistenciais nos serviços de saúde com a finalidade de direcionar estratégias de ação para melhorar a resposta de SS (MILLER *et al*., 2020; GEBOY *et al*., 2019).

O *HepCare Europe*, realizado entre 2016 a 2019 na Irlanda, no Reino Unido, na Espanha e na Romênia, é um exemplo internacional que implementou e avaliou intervenções de atenção à hepatite C nos diferentes níveis de atenção. O *HepCare Europe* propunha uma abordagem de intervenções por reconhecimento das necessidades das pessoas, tornando personalizado a atenção ao problema. Essa proposta fortalecia o monitoramento e o aumento da aceitabilidade do tratamento

(GLASPY *et al*., 2021). Esse programa direcionou as atividades profissionais em comunidades prioritárias, aumento de vínculo dos serviços descentralizados com os serviços especializados, treinamentos de recursos humanos com suporte de apoio de especialistas, além da disseminação de recursos educacionais por intermédio de multiplicadores (CONNOLLY et al., 2021). O relatório técnico do *HepCare Europe* considerou que a União Europeia somente irá avançar no plano de eliminação da hepatite C se o sistema de saúde investir em implementação das abordagens inovadoras e ampliar a atenção centrada no paciente (BARROR *et al*., 2019).

Um concurso de inovação para avançar em estratégias de prestação de serviços para teste de hepatite frente às Diretrizes de Teste de Hepatite da OMS consolidou abordagens que se aplicam em ambientes comunitários e unidades de saúde, a exemplo: utilizar a testagem integrada ao HIV; o uso de mídia social para promover a aceitação de testes; testagem realizada no local de trabalho; usar os departamentos de emergência para testagem; direcionar profissionais com avisos em prontuários eletrônicos de pacientes de alto risco para testagem; além de ampliar serviços específicos em diferentes populações, como usuários de drogas injetáveis, prisioneiros, outros grupos de alto risco, migrantes e parentes de pessoas que vivem com hepatite B ou C (TUCKER *et al.*, 2017).

Na Filadélfia, EUA, um ensaio clínico randomizado para avaliar estratégias que aumentariam a captação de usuários nascidos entre 1945 e 1965 para triagem para hepatite C, verificou que personalizar convites por meio de cartas conseguiu aumentar a taxa de resposta de testagem (MEHTA, 2021). Para avançar na resposta dos SS às hepatites, uma estratégia é investir em uma abordagem de prática da clínica médica centrada no paciente, para melhorar a resposta na condição do usuário, com ênfase no acompanhamento do processo de encaminhamento do usuário aos serviços de especialidades, ampliando o cuidado e a comunicação na rede de atenção (BLANDING *et al*., 2021).

Além de garantir a testagem às hepatites, a capacitação do profissional para a adequada abordagem clínica, diagnóstico com suporte de recursos tecnológicos para leitura dos exames e condução correta da cascata de tratamento, em uma abordagem multimodal, são requisitos prioritários na coordenação da atenção e da qualidade de resposta dos SS (ZUCKERMAN; CARVER; CHASTAIN, 2018; JESUDIAN; GAMBARIN-GELWAN; JACOBSON, 2012).

Na Itália, estudo conduzido para melhorar o acesso ao tratamento mostrou que a descentralização da atenção aos médicos da APS otimiza a capacidade de resposta do sistema de saúde, porém requereu-se investimento em abordagem clínica e supervisão de especialistas (ALBERTI *et al*., 2018). Na abordagem clínica dos profissionais para as hepatites, a telemedicina pode ser uma importante ferramenta, como também no suporte aos serviços de saúde localizados em comunidades que apresentam limitações de acesso, favorecendo resposta mais rápida ao usuário (ARAUJO *et al.*, 2021; BRITO; LEITÃO, 2020; GALÁN *et al.*, 2019).

No México, o uso da telemedicina para a atenção às hepatites foi justificado por fatores econômicos (PÉREZ HERNÁNDEZ, 2021). Na Espanha, por dificuldade de encaminhamento ao especialista e limitações de oferta de atenção especializada à população penitenciária (JIMÉNEZ *et al*., 2019). Na Austrália, o desenvolvimento de suporte colaborativo e a implementação de apoio regional de médicos especialistas aos médicos da APS, em via de consulta remota, ampliaram o acesso ao tratamento com resposta mais rápida ao usuário (WADE *et al*., 2018).

O estímulo ao uso de ambientes de telessaúde pelas equipes de saúde da APS fortalece o trabalho profissional e contribui na gestão do cuidado (COSTA, 2020), além de ser um canal para formação e avanço na proposta de educação permanente (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021; VENDRUSCOLO *et al*., 2020). Outra oportunidade é de ofertar diretamente ao usuário uma integração virtual para acompanhamento do tratamento, pois experiências tem mostrado confiabilidade dos usuários nessa modalidade de atenção (TALAL *et al*., 2019).

Cabe ressaltar que as interações no trabalho precisam ser intraequipes, interequipes e em rede com a participação dos usuários para pensar a organização do serviço e as formas de ofertar a atenção à saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Programa multidisciplinar com enfoque comunitário em Toronto, no Canadá, tem incentivado práticas de inserção de usuários que passaram pelo tratamento de hepatites para apoiar outras pessoas em seu tratamento (TOOKEY *et al*., 2018). Mesmo que essa prática de apoio e envolvimento dos pares tenha sido mais difundida entre populações marginalizadas (MURPHY *et al*., 2020; BONNINGTON; HARRIS, 2017), pode haver sucesso na ampliação dessa estratégia em serviços especializados, inclusive para aumentar o conhecimento das pessoas sobre a oferta de ações nos serviços de saúde (HENDERSON; MADDEN; KELSALL, 2017).

Na Austrália, análise de eficácia de um programa de modelo de cuidado conduzido por enfermeiros em ambiente prisional mostrou resultados positivos para avançar nas metas de eliminação da infecção pelo VHC, revelando-se altamente eficaz ao ser conduzido por estratégia de elencar um Consultor de Enfermagem Clínica de Hepatite, com prática embasada em protocolo e com discussão do caso com um médico de doenças infecciosas (OVERTON *et al*., 2019; PAPALUCA *et al*., 2019). Na Nova Zelândia, implantação de clínicas com modelo de atenção integrada de gestão da Hepatite C, lideradas por enfermeiros em territórios com populações que não desejavam ou não tinha acesso à saúde, mostraram experiências de sucesso na abordagem e no envolvimento para o diagnóstico, com sugestão de otimização de recursos de saúde (TRELOAR; GRAY; BRENER, 2014).

O *HepCare Europe* considerou importante a figura do enfermeiro como mediador de comunicação para a integração dos serviços de saúde na rede de atenção (MCCOMBE e*t al*., 2019). Em Baltimore, Maryland, EUA, estudo realizado para testar o efeito do gerenciamento de casos de enfermagem no tratamento da hepatite C na APS e ambulatorial mostrou possibilidade de melhoria no acompanhamento dos cuidados ao usuário, mas indicou necessidade de fortalecer programas integrados no sistema e na saúde com suporte de treinamentos sob protocolos baseados em evidências e treinamentos (STARBIRD *et al*., 2020).

Em São Francisco, nos Estados Unidos, parcerias com instituições universitárias formadoras de médicos, principalmente com atuação no serviço de APS, tem sido utilizadas para ampliar a informação sobre os agravos das hepatites à comunidade (GAUDINO *et al*., 2017; NARCAD, 2017). No Brasil, a experiência na região sul do país em ambulatório universitário, ao integrar o profissional farmacêutico no acompanhamento do usuário em tratamento para hepatite C, mostrou melhoria no monitoramento da terapêutica, com estratégias que ampliaram a adesão e a segurança do tratamento (GOMES *et al*., 2020). Essa experiência também foi constatada no estudo de Ajlan *et al*. (2020) pela capacidade do profissional farmacêutico em melhorar a tomada de decisão com embasamento na elaboração de protocolos e redução de custos, além de incentivar a adesão às diretrizes institucionais e monitorar a farmacoterapia de forma cuidadosa e eficiente.

O investimento na abordagem multidisciplinar para atenção às hepatites é um campo recente e em rápida evolução. O gerenciamento da atenção considerando a dinamicidade e as abordagens de prática colaborativa provavelmente contribuirá

para fortalecer o acesso à testagem, ao diagnóstico e à adesão ao tratamento (AJLAN *et al*., 2020).

No SUS, o atendimento clínico em abordagem multiprofissional às hepatites tem avançado, principalmente com as recomendações ministeriais em terapia e prevenção aguda e crônica (CARDOSO, 2020). O trabalho de enfermeiros nos CTA para a prevenção e controle das ISTs tem-se destacado tanto na organização do trabalho para realização de ações no serviço e na comunidade quanto na coordenação de campanhas com outros serviços da RAS (KUHNEN, 2019). A publicação da nota técnica N° 369/2020 CGAHV/DCCI/SVS/MS (BRASIL, 2020j), atuação do MS com o COFEN, impulsiona a descentralização de testagem, orientando a atuação do enfermeiro na estratégia do acesso ao diagnóstico das hepatites B e C.

Outro elemento a ser considerado para avançar nas ações de enfrentamento às hepatites é o envolvimento dos profissionais com a comunidade, ou seja, esse é um componente imprescindível no planejamento das ações dos serviços de saúde (MANGIA *et al*., 2021). As parcerias intersetoriais que alguns serviços da RS estudada realizam, fortalecem o acesso à testagem e à identificação de usuários, que possivelmente não buscariam a unidade de saúde se não apresentassem manifestação clínica.

Parcerias realizadas com ONGs e capacitações para abordagem multidisciplinar em pares, com cooperação da sociedade civil, potencializam ações de enfrentamento às hepatites, na identificação de grupos em situação de vulnerabilidade social, ampliação da testagem, adesão ao tratamento e o monitoramento da atenção aos cuidados primários e secundários (MURPHY *et al*., 2020; MCCOMBE *et al*., 2019; SUREY *et al*., 2019; HUTTON *et al*., 2019).

A experiência em parcerias com organizações comunitárias que já trabalham com populações prioritárias às hepatites na Ilha de Rodes, nos EUA, mostrou apoio significativo para ampliar o acesso à testagem por meio de equipes móveis, conectadas aos serviços de referência com gestão integrada de fluxo para resposta rápida ao usuário (MURPHY *et al*., 2020).

Confirma-se que a gestão do cuidado integrado, por meio de fluxos com rápida resposta ao diagnóstico e início do tratamento, apoiados com suporte comunitário, são chaves para avançar no plano de enfrentamento das hepatites (SOCÍAS *et al*., 2019; CASTRO, 2018).

Em Taiwan, a abordagem com colaboração interdisciplinar aos pacientes com hepatite C, principalmente em comunidades rurais que possuem difícil acesso ao tratamento, contribuiu significativamente para a aceitação no tratamento (LI *et al*., 2020).

A abordagem às hepatites, ao ser considerado o campo do trabalho interdisciplinar, de práticas colaborativas, concomitante com parcerias intersetoriais do setor público, do setor privado ou do terceiro setor, auxilia no avançar da identificação de grupos prioritários para testagem, como também melhorar a adesão ao tratamento. Essas ações podem contribuir para reduzir as complicações crônicas em decorrência do tratamento tardio da doença, contribuindo para minimização do fator econômico nos SS.

Na **abordagem simbólica** percebe-se que a experiência do usuário no seu itinerário terapêutico e seu envolvimento com a gestão do sistema de saúde oportunizou fortalecer a descentralização dos serviços. Destaca-se a necessidade de perfil e postura do profissional de saúde do serviço de referência para captar essa informação e também para a sua proatividade com as ações que esse tipo de serviço demanda.

Compreender aspectos culturais nos quais se encontram os usuários auxilia os serviços de saúde a projetar suas ações embasadas em propostas que possam ser mais acolhedoras nos diferentes territórios (HAMANN *et al.*, 2017).

Desde 1988, a diretriz de prática de aconselhamento nos serviços de Apoio Sorológico (BRASIL, 1999), hoje CTA, é uma estratégia que pode qualificar a escuta e ampliar uma prática que potencialize uma análise da abordagem simbólica e avançar em práticas de atenção integral. A prática de aconselhamento envolve a capacidade de avaliação de riscos, mas também o intercâmbio de informações, de apoio e suporte emocional ao enfrentamento do agravo (CARVALHO *et al.*, 2016), permite ser um momento de triagem de aspectos que podem facilitar e restringir a adesão ao tratamento, como também ser um indicador para análise de aspectos que distanciam os usuários dos serviços de saúde.

Compreender aspectos sociais e culturais que impedem a pessoa de acessar a testagem, como também entender como os usuários manifestam a adesão ao tratamento, é necessário para incorporar ao cuidado humanizado as múltiplas dimensões do ser humano. No caso do tratamento, o suporte de acompanhamento do serviço de saúde, principalmente no início, exige monitoramento pelas

manifestações que o uso dos AAD pode causar, por exemplo, depressão ou prejudicar a capacidade de rotina do usuário (SPRADLING *et al*., 2020).

Em Taiwan, foi consenso entre os especialistas a necessidade de investir na ampliação da testagem com conscientização sobre as hepatites na comunidade, expondo a sua forma de contaminação e sintomatologia, com forte enfoque no rastreamento como chave para reduzir os casos de hepatite (LIN *et al*., 2019). O vínculo com o médico e o incentivo desse profissional ao tratamento das hepatites foi considerado como ponto importante para a manutenção do tratamento (MOURA, 2018; SILVA; JUNIOR; RODRIGUES, 2014). O processo de comunicação que acontece na relação profissional-usuário desempenha uma função de carro-chefe para a adesão às recomendações e ao tratamento das hepatites (WEI; XU; WU, 2020).

Diante dos resultados expostos até o momento, resgata-se a oportunidade do uso da avaliação para apoiar ações na gestão em saúde. A partir das falas dos participantes, ponderam-se possibilidades de articular esses resultados em estratégias para o enfrentamento às hepatites, tanto na SES-MT quanto nos serviços.

> *"Eu quero agradecer a você por esse trabalho que está fazendo, e quero ter conhecimento de todo ele, porque vai me ajudar muito enquanto técnica. Eu me sinto muito angustiada de não conhecer como funciona, e ao buscar essas respostas, não se tem quando você depende de outros setores. Eu espero que a gente consiga deixar esse serviço redondinho, que a gente possa acompanhar mais de perto o que está sendo oferecido para esses pacientes".* (P2)
>
> *"Eu agradeço e espero que essa conversa possa nos mostrar o que podemos melhorar no nosso serviço e também despertar esse diálogo com a gestão. Obrigado!".* (P4)
>
> *"A análise de vocês na região é uma oportunidade para nós termos um olhar mais aprofundado e externo do nosso trabalho, vejo como oportunidade e por isso espero que tenhamos um feedback de vocês com pontos que possamos implementar com o estado".* (P5)
>
> *"Que essa pesquisa possa nos dar subsídio para reconhecer uma atenção na região mais efetiva para as hepatites".* (P7)

Certamente, no enfrentamento das hepatites virais, avançar em ações que repercutam positivamente para os usuários e serviços requer diálogo, construção coletiva, participação e dinâmica que nem sempre é livre de disputas, de interesses outros e de poder, mas ainda assim, esse é o cenário da gestão de SS.

8.5 Situações contextuais que impactam no enfrentamento das hepatites virais

8.5.1 A atenção às hepatites virais à sombra do HIV

A partir da análise das entrevistas percebe-se que as hepatites virais, mesmo consideradas como um grave agravo para a saúde pública, não se configura como prioridade na agenda das doenças negligenciadas no SUS. A alta visibilidade e representatividade do movimento social da abordagem ao HIV/Aids, na construção da trajetória política para organização das condições de atendimento e tratamento, teve mais ênfase e prioridade que as hepatites.

> *"A política de atenção às hepatites existe, mas ela não tem a dimensão e nem o financiamento que o HIV tem. A gente precisa de uma linha de cuidado bem definida, desenhada para que o paciente não fique a mercê da própria sorte. Vejo que está bem claro isso para o HIV, mas precisa rever como está estruturada a política de atenção das hepatites e o suporte que vai ter para avançar na atenção".* P2

> *"Como profissional que lida direto com as hepatites, percebo mais atenção aos HIV. Onde se vê facilidades para os pacientes do HIV não se vê com os das hepatites".* P4

Para o fortalecimento da política de Aids, o Brasil contou com acordos de empréstimos do Banco Mundial que incentivaram a descentralização do programa nos entes federados, além de avançar na resposta ao usuário com enfoque nos princípios do SUS (BARBOZA, 2021). Da mesma forma, e imbuído no sucesso da política de atenção ao HIV, o MS tem adotado estratégias semelhantes para conduzir as ações de enfrentamento às hepatites virais, no tocante as metas internacionais pactuadas para a agenda 2030. A parceria com a OMS/OPAS com o MS do Brasil é um sinal de prospecção para análise de cenários de atenção às hepatites pela presença de um sistema de saúde público, SUS, capilarizado em todo o território nacional, em um país em desenvolvimento e com grandes desigualdades regionais.

Destaca-se que para avançar no enfrentamento das hepatites, os SS devem ampliar ações que priorizem o desenvolvimento de abordagem clínica favorável à busca ativa de usuários com predisposição ao agravo, além de auxiliar no acesso, desde o diagnóstico até a conclusão do tratamento (MURTAGH *et al*., 2018).

Outro aspecto a ser destacado é que o enfoque na atenção ao HIV também está na postura da sociedade. Percebe-se que a população tende a procurar o

serviço de atenção especializada uma vez que suspeitou de exposição ao HIV. Porém, isso não é frequente em relação às hepatites, tanto em decorrência de limitações do conhecimento da população e da manifestação silenciosa da doença, quanto porque ao mesmo tempo em que o usuário busca por testagem para o HIV, constata-se uma oportunidade de testagem para as hepatites.

> *"As pessoas que me procuram aqui na unidade, buscam teste rápido por conta do HIV, então a gente já faz o teste de hepatites".* P9
>
> *"Pessoal vem para saber do teste do HIV, a gente aproveita e já testa para tudo que pode".* P8
>
> *"A informação é maior pro HIV, o medo também. Então muitos vêm perguntando do teste, a oportunidade de falar de outras doenças e também testar".* P7

O pouco conhecimento dos brasileiros sobre as hepatites e a manifestação da doença é considerado um fator que afeta na busca do usuário ao diagnóstico (CARVALHEIRO; GATTI; PINTO, 2020; SILVA *et al*., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2011).

Os participantes, ao compararem a abordagem aos usuários em relação ao HIV/Aids e as hepatites, referem que a indução dada à política de atenção ao HIV/Aids proporcionou estratégias que facilitaram a resposta do serviço às demandas do usuário. As falas evidenciam que existe forte ação dos profissionais para a atenção ao HIV/Aids.

> *"Vejo diferença comparando com o paciente de hepatite com o do HIV, porque aqui a atenção maior é para os pacientes do HIV".* P4
>
> *"É que eu estou sempre falando com o HIV, a gente tem mais facilidade, das hepatites têm mais dificuldade".* P8
>
> *"Quando eu assumi o meu foco era o HIV/Aids, hoje ampliamos, mas continua sendo uma demanda mais recorrente aqui".* P7

A crescente demanda de pacientes com HIV oportunizou avançar na rede de atenção, consequentemente, existe benefício de criar pontos de referência para testagem e acompanhamento, que replica em oportunidades para ofertar testagem e abordagem às hepatites.

> *"Com o passar do tempo a demanda de HIV/Aids quase que dobrou nesses três anos, então vimos a oportunidade de estruturar um SAE, mas por enquanto temos acompanhamento para o HIV. As hepatites atendendo demanda espontânea e temos casos positivos, imagina se realmente fizermos uma busca-ativa".* P7

> *"A demanda de pacientes com HIV fortaleceu criar esse SAE aqui".* P9

No mundo, as evidências que têm sustentado as diretrizes de descentralização da atenção para as hepatites virais são baseadas na literatura sobre HIV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). No Brasil, desde a criação do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PNDST/Aids), em 1988, com o intuito de expandir a testagem ao HIV, o Programa fomentou a criação de serviços de saúde. Já em 1989, os CTA promoviam ações de educação e aconselhamento com a finalidade de reduzir os riscos de exposição e ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, assumindo assim uma posição estratégica de referência para atenção a todas as ISTs (BRASIL, 2017; MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Neste estudo, constata-se que a descentralização da atenção do PNDST/Aids para os pacientes portadores do HIV possibilitou a dispensação de medicamentos, além da redução de tempo e custo em deslocamento do paciente aos serviços de monitoramento do quantitativo de usuários em assistência. Entretanto, para as hepatites, não foi possível captar o quantitativo e a forma de acompanhamento dos usuários.

> *"O meu papel aqui é mais com os portadores de HIV que eu acompanho, cerca de 95 pacientes".* P3

> *"Oficialmente nós temos 271 pacientes de HIV/Aids no sistema e acompanhando conosco 231, mas hepatite eu poderia te confirmar depois. Toda a parte de medicamento, assistência farmacêutica para HIV é realizado pelo nosso CTA/SAE".* P7

> *"Eu tenho o controle de HIV porque os acompanho aqui".* P9

Quanto ao acompanhamento do usuário diagnosticado com hepatite, o serviço de referência da RS sul mato-grossense para hepatites, por possuir maior proximidade com o acompanhamento do usuário, detém mais informações sobre as condições da atenção que em relação ao HIV. Com a descentralização do tratamento do HIV, o SAE ficou a margem do acompanhamento. Resgata-se nas falas comparações entre os programas.

> *"Os pacientes de hepatite a gente tem mais contato que até mesmo os do HIV, porque os de hepatite vêm mais vezes aqui, ou por medicamentos ou por exames".* P5

> *"Quando eu olho para o paciente com HIV, que tem uma qualidade de vida, que vem aqui, tem acesso à consulta, já sai com a sua medicação e tem*

> *uma condição de acesso mais facilitado, diferente de um paciente de hepatite. A gente vê que o paciente tá adoecendo, que está com atraso na medicação. É lhe tirado a oportunidade de ter uma qualidade de vida melhor. A gente percebe o quanto as políticas são diferentes para cada tipo de doença, umas avançaram outras sobrevivem, quase que como os pacientes".* P6

Destaca-se que em análise internacional da atenção às hepatites, o cenário à margem do HIV é constatado. A gestão em saúde tem conduzido ações a partir das experiências de estratégias que deram certas com o HIV. O aumento do acesso ao tratamento após a introdução das licenças voluntárias para VHC, que foi implementado rapidamente, é um exemplo com base na infraestrutura existente projetada para o HIV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; JUNEJA *et al.*, 2017).

Para compreender o enfoque que a Aids ganhou, enquanto projeção de programa, é pertinente reconhecer o campo social e político que envolveu atores e movimentos sociais capazes de projetar uma organização política institucional (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2021; CARTAXO, 2018). É a partir da participação da sociedade civil que se desenha uma política pública, no qual seu propósito é a direção das responsabilidades das esferas de governo e seus órgãos (FARAH, 2018; ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014). A formação de uma agenda para a constituição de uma política pública segue, de certa forma, um ciclo que é dinâmico e contínuo, formado pela inserção do problema na agenda pública e de composição do problema frente a um conjunto das intervenções que proporcione soluções possíveis de enfrentamento, por meio da análise dos pontos positivos e negativos, favorecendo a implementação e avaliação para a tomada de decisão (LIMA; PAPI, 2020).

No caso das hepatites, sob o ponto de vista de pacientes, esse agravo foi considerado pouco privilegiado pelo MS e pesquisadores ponderam que a relação entre HIV e hepatites é ínfima, uma vez que faltam recursos e pessoal para dar a mesma visibilidade e protagonismo para ambas (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2021; DOMINGUEZ, 2012).

A luta da sociedade civil na conscientização acerca da doença e em prol da garantia do tratamento inseriu a atuação do movimento social em defesa da pessoa portadora de hepatites em importantes segmentos que atuam em defesa das hepatites, a exemplo: o Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais

(MBHV) e a Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA), entre outras organizações que se consideram independentes (BELOQUI, 2018).

Uma política pública representa um instrumento materializado de planejamento com objetivos, metas e recursos que são decifrados em planos, programas, projetos e atividades constituindo o cerne de arcabouço para parâmetros de sua avaliação (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011; PINILLA; GARCÍA-ALTÉS, 2010).

Entende-se que para avançar na pauta das hepatites, enquanto uma política pública com força como a do HIV, é imprescindível à capacitação da sociedade civil para a ação da participação social (BELOQUI, 2018). Entretanto, é preciso ponderar que eles atuam com ações divergentes e que precisam ser sincronizadas para ampliar a mobilização.

No âmbito da gestão em saúde, para permitir o avanço de estratégias no PNHV, a expectativa é de organização do conjunto de atenção ambulatorial especializada na perspectiva da RAS. Consolidar essa conexão a análise do território e mudanças no processo de trabalho é indispensável para impetrar a lógica da atenção na disposição de serviços com profissionais capacitados que atendam as necessidades epidemiológicas locorregionais (EVANGELISTA *et al*., 2019).

Ainda que seja possível perceber a atenção às hepatites virais à sombra do HIV, é inegável que o avanço e a indução da atenção para HIV/ Aids deixam um rastro que carreia o enfoque das hepatites, ainda que falte muito para alcançar a ênfase desejável e necessária.

8.5.2 Para além de limitações e facilidades: uma pandemia no caminho

A pesquisa de campo aconteceu durante a crise sanitária no Brasil, causada pela pandemia de COVID-19. Embora não fosse uma dimensão de análise ou objetivo inicial da pesquisa, entendeu-se como um aspecto relevante a ser considerada no corpo de análise dos resultados, tanto pelo impacto para a organização dos serviços e, consequentemente, para o acesso a atenção às hepatites virais, agravando algumas limitações já existentes.

Nesse sentido, justifica-se o olhar pormenorizado para a repercussão da pandemia para a atenção às hepatites virais, visto que o sistema de saúde foi

atingido como um todo, e fragilidades prévias que já poderiam estar equacionadas, tornaram-se ainda mais relevantes.

Ficaram evidente dificuldades de organização e implementação de estratégias para favorecer a atenção, incluindo a redução de estratégias para avançar no plano de eliminação das hepatites virais, que enfrentou desafios de continuidade durante a pandemia, principalmente em relação às ações de prevenção e monitoramento. Esses aspectos reforçam a necessidade de condução da gestão, tanto do MS quanto da SES-MT, para reduzir a fragmentação da atenção, como também auxiliar em diretrizes que assegurem quantitativo de pessoal para exercício da prática.

> *"Precisa, nesse momento, de articulação rápida, de apoio ao gestor. O problema estoura no município, agora com mais uma demanda, a da COVID. É diferente enfrentar a pandemia em um município que tem infraestrutura ou que consegue vaga para encaminhar. Se não tiver a vaga, isso não será fácil, é um desespero, por isso a necessidade urgente de apoio institucional".* (P2)

> *"Ainda não conseguimos emitir diretrizes para a atenção às hepatites nesse momento de pandemia. É necessário que internamente possamos articular a vigilância com a atenção para promover essas diretrizes, porém aqui ainda é falho".* (P1)

> *"O Ministério da Saúde precisa nos orientar nesse momento de pandemia, não se pode deixar a cargo do município tomar uma decisão, aqui tivemos problemas que esbarraram na questão da hemodiálise, dos pacientes encaminhados para testagem, suspendemos, fazer o quê?".*(P4)

Houve carência de diretrizes e estratégias por parte da gestão estadual, em específico à Secretaria de Vigilância em Saúde, responsável pela coordenação do programa de hepatites, e aos serviços assistenciais, repercutindo assim na descontinuidade de ações de atenção às hepatites.

Em concordância com as falas dos participantes, merece destaque o fato de não haver menção a possíveis notas técnicas por parte dos diferentes gestores do estado e da RS para avançar na testagem e/ou em campanhas de prevenção das hepatites virais durante a pandemia, fato que também evidencia limitações da gestão do cuidado.

Cabe ressaltar que, embora em nível estadual e local não tenha sido adotadas medidas específicas ou editadas diretrizes, em março de 2020, o DCCI do MS orientou ampliação da dispensação de antirretroviral para até três meses aos usuários já diagnosticados. Além disso, foi recomendado o espaçamento de consultas de acompanhamento, a depender das condições clínicas do paciente

(BRASIL, 2020a), o que sinalizou a necessidade de revisão dos fluxos dos exames de genotipagem do HCV (BRASIL, 2020b). Entretanto, os referidos documentos não apresentaram diretrizes acerca de estratégias de abordagem para acolhimento a novos casos e medidas de prevenção, com garantia de cuidados atendendo os preceitos do distanciamento físico. Ressalta-se que em dezembro de 2020, por meio da Nota Informativa 02/2020 (BRASIL, 2020c), o MS suspendeu a realização de coleta das amostras para os exames do HCV.

Neste estudo, constata-se a redução do serviço administrativo na gestão estadual, além de interrupção e/ou diminuição do atendimento nos centros de referência e a descontinuidade das ações.

> *"Teríamos proposta de aumento de testagem, mas a maior parte dos servidores aqui se afastaram, estão trabalhando em jornadas reduzidas ou em casa"* (P2)

> *"Diante da COVID a gente ficou com muitos entraves. Não tem feito ações das hepatites. Travou tudo, porque você não pode fazer uma ação, não pode ir até um local, tudo está meio que parado, tudo é COVID agora".* (P8)

> *"Para garantir a segurança dos pacientes por causa da pandemia, interrompemos a realização de consultas e de teste de hepatites".* (P6)

> *"A pandemia deu uma diminuída no serviço, tivemos que reduzir os atendimentos, agora só se for prioridade emergencial, do mais estamos solicitando que aguardem".* (P3)

As falas evidenciam fragilidades na oferta da atenção às hepatites virais e nas estratégias de integração na RS que pudessem suprimir as desassistências nos serviços de referência. Antes da pandemia já era possível constatar limitações para articular a coordenação dos entes federados, em especial para atenção da média e alta complexidade (BASTOS *et al*., 2020; GLERIANO *et al*., 2020).

Com a pandemia, os SS sofreram desafios ainda maiores para responder as demandas que habitualmente já atendiam, em especial, aquelas relativas à atenção às doenças crônicas (MENDES, 2020). De modo geral, a utilização de serviços de saúde diminuiu cerca de um terço na pandemia, principalmente com maior variação entre as pessoas com atendimento eletivo (MOYNIHAN *et al*., 2021). No mundo, houve uma redução expressiva ao acesso a testes de hepatite viral, considerando o risco de ir aos serviços de saúde ou em decorrência do fechamento desses devido à COVID-19 (WINGROVE *et al*., 2020).

Países que estão a caminho de atingir as metas da OMS de eliminação das hepatites virais, a exemplo, o Reino Unido e a Itália, tiveram projeções que

mostraram agravamento na condição dos pacientes em decorrência da interrupção ou diminuição da atenção nos serviços de saúde durante a pandemia (KONDILI *et al*., 2020). Em específico na Itália, a pandemia ocasionou redução e interrupção parcial ou total de atividades, além do adiamento de tratamento em unidades de hepatologia, incluindo a diminuição de atendimento de casos novos e de complicações de hepatites virais, tais como cirrose e câncer (AGHEMO *et al*., 2020).

Na pandemia, o não enfrentamento do subdiagnóstico das hepatites continuará sendo um limitador no alcance da meta de eliminação prevista na Agenda 2030 (THE LANCET, 2020).

Fortalecer a coordenação do cuidado é essencial e, na pandemia, tornou-se um requisito indispensável para garantir a assistência na rede de atenção. Constatou-se que na RS sul mato-grossense a continuidade do atendimento, durante a pandemia, foi priorizada às complicações e às demandas dos usuários em acompanhamento, porém não foi relatado o uso de tecnologias, como: suporte para restringir o deslocamento e o fluxo de usuários à unidade.

> *"Trabalhamos aqui bem fechados, seguindo rígida higienização de áreas que possuem circulação de pessoas, com disponibilização de exames e consulta aos pacientes que realmente precisam".* (P4)

> *"Adequamos a demanda, dando prioridade para os pacientes de casos graves que estão em tratamento de hepatite, trocas de receita, porém reduzimos muito nosso atendimento".* (P8)

No Brasil, em nota, o Grupo Otimismo de apoio à pessoa que vive com hepatites virais reconheceu a ausência de orientações específicas para essa população (ANH, 2020). Nas cidades de Salvador-BA e São Paulo-SP, durante a pandemia, para continuar a fornecer serviços de atenção a usuários com HIV e IST utilizou-se da telessaúde para ofertar atendimentos, além de telemonitoramento para recrutamento de usuários com mensagens de texto em *smartphones* e mídia social on-line (*Instagram* e *Facebook*) (DOURADO *et al*., 2020).

No Reino Unido, para assegurar o tratamento das hepatites foi realizada a expansão do monitoramento por telemedicina e entrega de medicamentos em casa (THE LANCET, 2020). A Associação Francesa para o Estudo do Fígado (AFEF) orientou que, durante a pandemia, tele ou videoconsulta deveriam ser utilizadas para atendimento aos pacientes com doença hepática estável, sugerindo que pessoas com maior risco fossem afastadas do emprego e realizassem teletrabalho (GANNE-CARRIÉ *et al*., 2020). Na Turquia, o uso da telemedicina por meio de plataformas

on-line foi utilizado para discussão dos especialistas sobre o estado de saúde dos pacientes com doença hepática (SAHIM; AKBULUT; YILMAZ, 2020). Na Romênia, a telemedicina foi usada para acompanhar pacientes em tratamento de hepatite C crônica e servirá como uma ferramenta para o monitoramento após a pandemia (DOICA *et al*., 2021).

Outro resultado encontrado na RS sul mato-grossense foi que os profissionais que atendiam as demandas de hepatites foram remanejados para readequar a oferta de serviços no enfrentamento à pandemia, outros precisaram ser afastados por serem do grupo de risco e/ou terem tido testagem positiva para COVID-19, repercutindo no funcionamento de serviços, conforme relatos dos participantes:

> *"Uma funcionária da unidade foi diagnosticada com Covid-19, então tudo aqui fechou por quinze dias".* (P5)
>
> *“Eu tive que dividir o meu trabalho, fico meio período no centro de COVID e na vigilância dando um apoio; o outro meio período é que vou para o SAE”* (P7)
>
> *“Teve impacto no quadro de profissionais de saúde, teve remanejamento. Onde só tem um profissional para hepatites, então o serviço não tem mais, né!?”* (P3)
>
> *“Com essa pandemia, esse ano, eu não mexi com nenhum caso de hepatite viral até agora”.* (P8)

Cabe destacar que esse fato não se restringe apenas às hepatites virais na pandemia, uma vez que para garantir e/ou ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde, tem sido necessária a reprogramação de medidas para o atendimento aos pacientes, situação que requer manejo de pessoal, de recursos e de insumos (HO; MORAIS, 2020).

Na Espanha, constatou-se a necessidade de realocação de recursos humanos e também de materiais para serviços de atendimento à COVID-19, o que resultou na diminuição do tratamento, do diagnóstico e do acompanhamento de pacientes de hepatite (TÉLLEZ; MARTÍN MATEOS, 2020). A gestão de pessoas tem se mostrado um desafio, não apenas pela possibilidade de adoecimento de profissionais, mas também por aspectos crônicos, tais como: dimensionamento e distribuição de pessoal; sobrecarga e qualificação; precarização da força de trabalho que tem acompanhado o SUS nesses mais de trinta anos (DAL’BOSCO *et al*., 2020; JÚNIOR *et al*., 2020; MORAES *et al*., 2020; JÚNIOR; SILVA, 2020; TEIXEIRA *et al*., 2020; LOURENÇO; BERTANI, 2007).

No caso do SUS, entende-se que a situação pode ser ainda mais grave em municípios com baixa infraestrutura, tanto pela necessidade de realocações de profissionais para reforçar o atendimento em outros setores, quanto pela contaminação desses profissionais (CRUZ *et al*., 2020), além da possibilidade do afastamento de servidores de grupos de risco (FIOCRUZ, 2020).

É preciso reconhecer que o desequilíbrio causado pela pandemia agudiza e potencializa tantas fragilidades que estavam expostas no SUS, mas também oportuniza um espaço de aprendizado para a gestão, que se bem aproveitado possibilitará caminhos para fortalecer o sistema de saúde. A pandemia possibilita a análise de vários fatores a partir do prisma da avaliação em saúde, principalmente a forma como tem sido a introjeção desse campo na gestão, que mostrou pouco sensível, na pandemia, a contribuição da avaliação para a tomada da decisão (TANAKA, 2021; BOULLOSA *et al.*, 2021).

É preciso reconhecer que a pandemia expôs a ação política na gestão, que é rodeada de fatores do campo econômico-social, da participação e do controle social, da economia da saúde e conectadas pela gestão. Cabe à gestão do SUS a exaustiva reflexão da crise sanitária para qualificar seus processos e garantir diretrizes capazes de promover melhores condições de saúde à população (GLERIANO *et al*., 2020). Em relação ao tema hepatites virais, poucos estudos avaliativos que analisem a resposta do sistema de saúde para esse agravo, e a marginalização nas pautas de prioridade de investimento das políticas de saúde pode ser um dos maiores desafios, que em tempos de pandemia, repercute diretamente no avanço consolidado na expansão da rede de testagem para desenvolver programa que permita alcançar as metas para a agenda 2030.

9. CONCLUSÃO

9. CONCLUSÃO

Quanto à hipótese inicial elencada nesta tese, de que na organização do sistema de saúde estadual, referente aos serviços de saúde às hepatites virais no estado de Mato Grosso, existe barreiras e desigualdades de acesso à saúde; constatou-se que existem, na análise da RAS nas RS, fragilidades no acesso.

Para fechar as conclusões desse estudo, retomam-se os objetivos. Quanto à distribuição dos casos notificados, óbitos e serviços de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento de hepatites virais no estado do Mato Grosso, em síntese, os principais resultados sinalizam:

- Em relação à distribuição de casos de hepatites virais a maior frequência no estado de Mato Grosso são de casos de hepatite B e óbitos por hepatite C.
- Na análise da distribuição de serviços nas por macrorregiões e RS é possível verificar estruturas distintas e heterogêneas para a atenção às hepatites virais. Inclui estruturas que são relativas aos CTA e SAE, consideradas referências para o acolhimento às hepatites virais. No entanto, o número desses serviços no estado encontra-se ainda nucleados e acabam por demandar pactuações que muitas das vezes extrapolam o âmbito da RS, é o exemplo da RS Oeste, Garças Araguaia e Baixo Araguaia que recebem usuários de outras RS. A macrorregião Sul, que também é a RS sul mato-grossense, possui a maior concentração de serviços. Em contrapartida, há vazios assistenciais. Verifica-se ausência de serviços de referência na RS Norte Araguaia Karajá. Há necessidade de referenciamento ao CERMAC, principalmente de áreas com maior distância geográfica, ainda impõe limitações de organização da RAS em um momento que a descentralização da atenção é um fator crucial para avançar no enfrentamento das hepatites. Aspecto que fica mais denso quando analisado a partir da trajetória terapêutica do acesso ao tratamento pelos pacientes de hepatite C.
- Cabe ressaltar a pulverização de diferentes tipos de serviços que estão ofertando a testagem, principalmente em RS com menor número de serviços de referência. No entanto, não foi possível verificar se esses serviços se articulam para promover redes integradas capazes de promover no sistema de saúde economia de escala e escopo. Porém, em síntese, é possível perceber que a distribuição de casos e oferta de serviços não está pautada somente na constatação de que

a oferta de serviço oportuniza maior notificação, pois percebe-se macrorregiões e RS com maior notificação de casos, porém, com menor alocação de serviços.

Quanto ao objetivo de identificar limitações no acesso para à atenção às hepatites virais, verifica-se que:

- Nos fatores políticos, o pouco investimento do MS em prover diretrizes para organização dos serviços na RAS para as hepatites, aspecto que se desdobra na posição da gestão estadual, além da frágil força desse agravo pautar-se como prioridade de agenda das políticas de saúde.
- Dos fatores econômico-sociais destacam-se os de ordem da infraestrutura, do quadro profissional e da fixação de médicos para atender as hepatites.
- Quanto aos fatores organizacionais, à pluralidade de portas de entrada sem definição de competências e comunicação do fluxo assistencial, bem como a identificação das barreiras e da regulação da assistência sob pouca prática no monitoramento e na avaliação, fragiliza a capacidade de resposta regional às hepatites. A fragmentação departamental da gestão estadual na coordenação das ações, serviços e vigilância da rede de atenção desfavorece o avanço do acesso na perspectiva da atenção integral. Não é discutido como potente estratégia pela gestão estadual a organização da atenção por macrorregião de saúde, o que seria providencial para constituição de uma RAS.
- Dos fatores técnicos, as ações de educação em saúde, de testagem e de tratamento têm mostrado maior centralidade à demanda espontânea, do que ações mais ampliadas com enfoque na busca-ativa de populações prioritárias.
- A dimensão dos fatores simbólicos reafirma a necessidade de considerar, na abordagem das doenças infectocontagiosas, o processo de saúde doença da perspectiva da cultura, dos valores e das crenças em um território que mescla diferenças populacionais com traços marcantes dos fatores simbólicos.

Quanto às potencialidades que favorecem o acesso, destacam-se:

- Na dimensão política, o fato de ter o MS como indutor que incentiva a descentralização de serviços, favorece aumentar a oferta de testagem nas RS. Para garantia do acesso na atenção às hepatites, o CIS mostrou ser um importante interlocutor, como instrumento de gestão, para pactuação de serviços de saúde.

- Na dimensão econômico-social, a postura do gestor de saúde no reconhecimento do cenário epidemiológico motivou a expansão de serviços de referência às hepatites, além de subsidiar, por meio de recursos públicos, o deslocamento do usuário à consulta e ao tratamento, inclusive para medicações fora da REMUNE e exames que não estão listados no rol de pactuação.
- Na dimensão organizacional, a segurança dos profissionais quanto à garantia de insumos para testagem e a definição de um fluxo para o usuário assim que recebe o diagnóstico, além da facilidade de agendamento de consultas por meio do CIS, mostrou resposta do sistema de saúde ao agravo. Em todos os municípios com serviços de referência, a ampliação da oferta da testagem por meio da APS é um ponto favorável. Ter diretrizes e protocolos, no caso da atenção à gestante, favoreceu organização de atribuições dos serviços na RAS para a prevenção da transmissão vertical. Parceria do SAE com a penitenciária feminina pode estimular melhores ações para avançar na identificação de pessoas com hepatites no contexto prisional.
- Na dimensão técnica, o compromisso do profissional com o serviço e a oferta de diferentes horários para atendimento da demanda no CTA/SAE é uma estratégia que favorece o acolhimento. Constata-se que possuir um médico infectologista na rede é um facilitador para organizar apoio aos serviços descentralizados. A capacitação de profissionais na RAS para a testagem é considerada uma oportunidade para avançar no enfrentamento, principalmente para expandir ações extramuros com parcerias intersetoriais.
- Na dimensão simbólica, a escuta da gestão e dos serviços na voz da experiência do usuário na trajetória assistencial têm contribuído para melhorias na rede de atenção e na organização de fluxos. A empatia do profissional em atender a população prioritária é um fator essencial para desenvolver ações em diferentes territórios.

Ao refletir sobre os aspectos contextuais que repercutem no enfrentamento das hepatites virais foi possível perceber que avanços na organização da descentralização da atenção ao HIV auxiliou a consolidação de oferta de ações para as hepatites. No entanto, a força de representatividade do PNHV na agenda política ainda é insólita para consolidar a mesma diretriz em comparação ao programa brasileiro de combate à disseminação do vírus HIV. Recentemente percebe-se movimentos da gestão em

utilizar dos êxitos obtidos na organização da atenção ao HIV para alinhar estratégias de enfrentamento das hepatites.

A crise sanitária causada pela COVID-19 expôs ainda mais as fragilidades dos serviços de saúde para atenção às hepatites, das vulnerabilidades programáticas, em executar ações e responder às demandas dos usuários em cenário atípico. Porém, a pandemia oportuniza a retomada da discussão na possibilidade de fortalecer a pauta em defesa do direito à saúde como bem social, de uma abordagem mais equitativa em saúde para superação do enfoque que o SUS tem vivenciado da universalização versus focalização do acesso, questão e tensão permanente que o tem desafiado enquanto sistema de saúde.

Quanto ao objetivo geral de avaliar a RAS, na perspectiva do acesso à atenção às hepatites virais como condição traçadora de resultados de um sistema estadual de saúde, verifica-se que a disponibilidade e a abrangência dos serviços nas macrorregiões e RS não garantem uma organização sistêmica que favorece o acesso. Pode-se presumir que nem todas as RS estão organizadas na lógica da regionalização da saúde para a atenção às hepatites. A rede de atenção para as hepatites virais mostrou características nucleadas que fragiliza o reconhecimento da população alvo no território mato-grossense. Tal fator pode sugerir que ações de entrada no sistema de saúde ocorrem mais por demanda do usuário do que por ações realizadas na extensão territorial onde estão às comunidades, principalmente as que estão mais vulneráveis às hepatites virais. Mesmo na RS considerada com maior capilaridade de serviços, que potencialmente poderia ofertar maior resposta, percebe-se uma indução do trabalho predisposto à demanda espontânea do usuário.

A partir dos dados apresentados neste estudo, que considerou a atenção às hepatites virais como condição traçadora, é possível dizer que a atenção à saúde configura-se de forma segmentada, com concepção seletiva dos serviços, o que fortemente contribui para lacunas assistenciais, resultando em baixa garantia do acesso ao acolhimento, respingando pela morosidade na condução da liberação de medicamentos para o tratamento e com oportunidades de abandono por parte do usuário.

Exposto o contexto encontrado, talvez fosse pertinente mensurar a falta de acesso, principalmente em municípios que não possuem ações específicas de testagem pela carência de estratégias de coordenação, monitoramento e avaliação

da gestão. Essa afirmação impõe desafios que extrapola o espaço dos serviços de saúde como marco de investigação e reforça a necessidade de avançar no estudo.

É possível recuperar, a partir dos achados deste estudo, eixos de necessidade para prover melhor reposta ao usuário, como também para problematizar as condições de atenção à saúde sob as finalidades do sistema de saúde, da capacidade de integração em ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento na RAS, na perspectiva de modelos de atenção nas RS.

Registra-se que não foi possível captar na análise das falas dos participantes estratégias sólidas, com diretrizes de coordenação estadual focalizadas para avançar na testagem em populações indígenas, quilombolas, seringueiros, pescadores artesanais, ribeirinhos, gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas, em situação de rua e privadas de libertada. Na RS, apenas dois serviços citaram ações com parcerias intersetoriais para estender testagem aos profissionais do sexo. Tal situação expõe a ausência de critérios que sejam alinhados às diretrizes políticas, além de baixa coordenação de ações nos serviços de saúde.

Refletir sobre os elementos discutidos até o momento é fundamental para que a integralidade possa avançar enquanto prática no trabalho. No entanto, exige da gestão em saúde a coordenação do cuidado, com ampliação dos espaços de governança entre os níveis de atenção e os atores que cercam o processo decisório na gestão em saúde e nas instituições de poderes em cada ente federado. Visto que decisões que fomentam melhorias no PNHV caminham em diálogo e negociações compartilhadas na gestão pública.

Se por um lado pauta-se um discurso que elenque a preocupação do gestor com as metas estabelecidas para a eliminação da hepatite C, a intensidade da oferta das ações e serviços na rede de atenção do SUS pode ser repensada a partir das intervenções de promoção da saúde até o controle de riscos e danos. Com base nessas considerações, retoma-se a questão do estudo: Como os serviços de saúde existentes podem favorecer o acesso ao cuidado às hepatites virais na perspectiva de prevenção, diagnóstico e tratamento, no estado do Mato Grosso?

Entende-se como possível estratégia para avançar no enfrentamento a construção da governança regional para além do campo do território, mas incluindo, também, a capacidade de interlocução para superar assimetrias de recursos e

poder, potencializando arranjos e possibilidades de resposta, de política pública, de saúde e social.

Nesse sentido, os serviços existentes poderão ampliar as ações no que dizem respeito a: capacidade da gestão trabalhar com equipes de planejamento na organização da RAS, ofertando suporte de pontos nas RS com equipamentos de leitura de exames; incentivar a expansão da testagem como forma de avançar em um perfil mais real em todos os municípios das RS subsidiando o reconhecimento dos grupos prioritários e agir com abordagem capaz de fazer o serviço chegar até o usuário; sensibilizar os gestores nas comissões intergestores sobre a oferta das ações dos serviços CTA/SAE para pactuações que respaldem a melhor oferta de fluxos nas RS; organizar o serviço de atenção às hepatites na perspectiva do fluxo do HIV para facilitar o acesso ao tratamento; grantir que a descentralização de SAE atendam as hepatites; avançar na capacitação de profissionais para a abordagem clínica.

Em uma perspectiva de sustentação da RAS às hepatites, caberá à gestão enfocar dos elementos constitutivos de avaliação da capacidade produtiva da rede para alcance das metas estabelecidas em termos de verificação do incremento de bens e serviços frente à disponibilidade de recursos, que requer análise econômica de escala, da qualidade da atenção e do acesso. Por isso, recomenda-se, tanto à gestão da SES-MT quanto aos ERS, revistar os elementos que consiste a construção de uma RAS, para pensar na organização da atenção por meio de um modelo de atenção capaz de responder aos princípios do SUS.

Esta tese propôs o enfoque das hepatites virais na perspectiva de avaliação do acesso, entendendo que a partir dessa traçadora seria possível tecer considerações sobre o sistema de saúde. Certamente há muito a ser explorado em outras vertentes e perspectivas, mas mantém-se o compromisso de avançar com o conhecimento produzido, algo que não finda com a apresentação da tese. Contudo esses resultados podem subsidiar parcerias, mantendo o compromisso com o SUS e com a gestão em saúde, tendo como prioridade o usuário. Isso tudo também é cuidado.

É preciso apresentar as limitações desta pesquisa, não como desconsideração, mas limites que decorrem da objetividade necessária e rigor científico. Nesse sentido, são limitações deste estudo não ter investigado o acesso no contexto prisional, uma vez que existe um serviço de referência dentro de uma

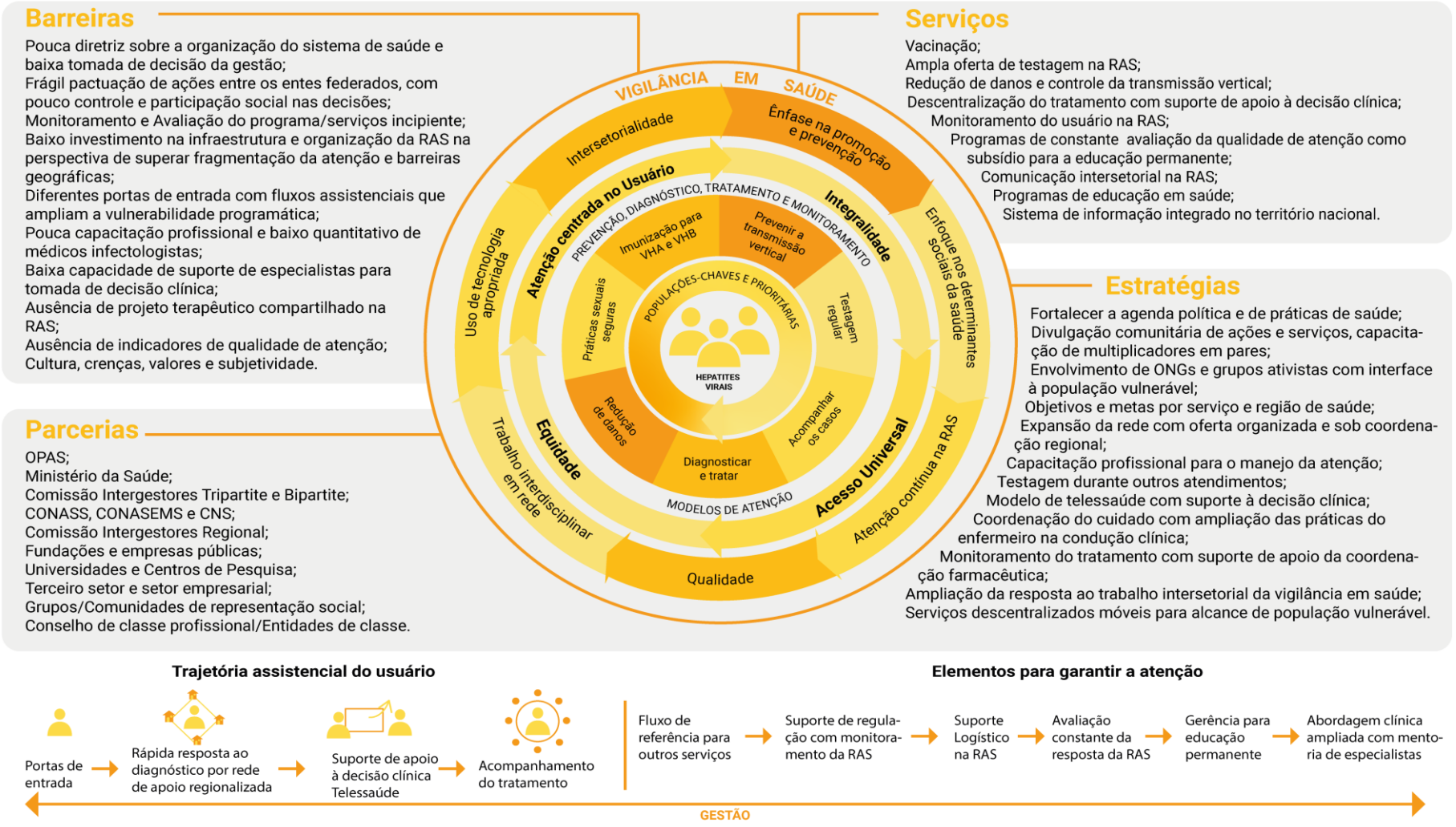
penitenciária da RS, mas que demanda uma análise de organização de um subsistema de atenção à saúde, como já explicitado. Além da não participação do usuário na avaliação do acesso, informação que constataria os achados e poderia explicitar maiores limitações do acesso, como também de estratégias utilizadas para vencê-las. Ademais, não ter emergido com profundidade a organização do fluxo para o transplante no estado e nem na RS, o que sinaliza uma lacuna que possivelmente é pouco analisada por esses atores. Bem como não ter conseguido explorar a organização e atuação do CERMAC na RAS, pela escolha da RS que possui, de certa forma, capacidade de atenção às hepatites, fator que abre a possibilidade de analisar contextos com maiores fragilidades no acesso, em futuros estudos. Por fim, a não participação de três gestores considerados importantes para compreender o processo de gestão na SES-MT, principalmente por ocuparem cargos que confirmam a tomada de decisão, que limitou análises mais robustas sobre aspectos da gestão estadual no processo regional; mas que para o objetivo proposto do estudo a abordagem dos informantes chave que participaram possibilitou apresentar resultados consistentes para o PNHV.

Para os enfoques que ficaram como limitações desta investigação, recomenda-se o investimento em estudos futuros que considerem essas diferentes perspectivas e os seus respectivos aportes conceituais e metodológicos diferenciados.

A aproximação com a coordenação estadual do PNHV e com profissionais técnicos que coordenam os serviços de referência na RS repercute em possibilidades de reflexão sobre esse estudo. No âmbito operacional do sistema de saúde estadual, das constatações que fortalecem a prática no trabalho, como também das que expõe vulnerabilidade programática da rede de atenção e do próprio processo regional nas RS, os caminhos discutidos oportunizam estalebecer consensos para prover ações de minimização desse agravo e fortalecer a rede de atenção às hepatites nesse território.

A partir dos resultados deste estudo, no intuito de colaborar com a gestão em saúde e propor estratégias para fortalecer as ações de enfrentamento a esse agravo no SUS, em especial a esse sistema regional de saúde, apresenta-se uma síntese de aspectos para a atenção integral às hepatites virais com enfoque no trabalho interprofissional para fortalecer o acesso, a partir das dimensões analisadas (Figura 14).

Figura 14 - Síntese de aspectos para direcionar a atenção integral às hepatites virais



Fonte: Elaborado pelo autor

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção às questões metodológicas neste estudo ponderou a mixagem de abordagem para intensificar a reflexão sobre a posição dos atores da gestão na integração de serviços por meio da RAS. Esse investimento tem como propositura apresentar elementos que possam subsidiar o fortalecimento de ações da gestão em saúde, no intuito de avançar em estratégias que ampliem a resposta do sistema de saúde aos princípios constitucionais do SUS.

A proposta de analisar um sistema estadual de saúde por meio de uma traçadora, no caso as hepatites virais, coopera para estimular a formulação de consensos na discussão da regionalização no estado, na perspectiva do planejamento regional para a garantia do acesso aos serviços de saúde no SUS.

Elementos da avaliação sob o enfoque da inquietação, sua finalidade e utilidade para aumentar o seu valor de uso na tomada de decisões mobilizaram o estudo de um elenco de estratégias internacionais e nacionais, discutidas em todo o estudo, que apresentam possibilidades para refletir sobre as lacunas e estabelecer ações com o modelo de análise do acesso universal aos serviços de saúde.

Existe um pluralismo de conceitos, sentidos e valores que cercam a análise do acesso e que foram apresentados neste estudo, porém nesse processo de avaliação é conexo dar voz às perspectivas dos diferentes atores, em especial os usuários, para identificar estratégias que favorecem o enfrentamento das hepatites virais nos diferentes contextos de desigualdade socioeconômica, de infraestrutura de serviços de saúde e de abordagens de gestão em saúde, no território das RS e no estado como um todo. Por isso, recomenda-se pesquisas com esse segmento.

O estudo avança ao explicitar as condições heterogêneas de acesso aos cuidados das hepatites virais em um estado brasileiro e também ao expor a carência de literatura que contribua com evidências científicas em face de especificidade de contexto que envolve aspectos sócio-econômico-ambientais e culturais para as hepatites. Diante dessa reflexão, cabe defender um forte diálogo com a gestão em saúde sobre a necessidade de compreender a atenção às hepatites na população prioritária, e que no estado de Mato Grosso essa população mescla diversidade de povos indígenas, quilombolas, seringueiros, pescadores artesanais, ribeirinhos, dentre outros grupos populacionais que estão em situação de vulnerabilidade social,

pertencem a população prioritária às hepatites e estão em áreas específicas, muita das vezes não cobertas por serviços de testagem e de atenção especializada de saúde.

Entende-se que, de modo geral, as políticas que direcionam o PNHV carecem incorporar elementos que contemplem a especificidade e diversidade de contextos de um país de dimensões continentais. Não se trata de enfoque para estabelecer e limitar ações em estados e municípios, mas sim de fornecer subsídios que contemplem esse contexto heterogêneo, para apoiar intervenções locais que priorizem rapidamente aspectos epidemiológicos, os determinantes sociais e as abordagens terapêuticas capazes de promover maior capilaridade às populações prioritárias.

Ressalta-se, ainda, que esse enfrentamento requer um conjunto de arranjos institucionais para avançar na garantia de atenção integral, que repercute na alocação dos serviços e, ou, equipes volantes no território. Deve-se considerar os marcos geográficos da regionalização, a colaboração entre instituições, as organizações, os atores sociais e os políticos, para composição de agendas e redefinição das responsabilidades para fortalecer ações nos serviços da rede de atenção nas RS.

A governança regional é crucial na gestão das ações e dos serviços para avançar nessa abordagem de regionalização, bem como para superar a centralidade de serviços nas RS, na produção de procedimentos. Trata-se de dar ênfase à produção do cuidado a partir das necessidades do usuário, como uma possível proposta para qualificar a atenção. Entende-se que essa forma de reorganização da atenção representa avanço porque possibilita favorecer o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento, considerando critérios epidemiológicos, socioeconômicos e populacionais para o enfrentamento das hepatites virais.

Para superar obstáculos encontrados em relação à organização em rede regionalizada, sugere-se a análise da disponibilidade dos serviços, necessidade epidemiológica dos territórios e concepções dos atores que ocupam o espaço decisório para estabelecer ações que corroborem para a gestão estratégica.

Elencam-se como recomendações à gestão em saúde estadual e aos serviços de saúde que representam a política pública do PNHV nove pilares, expostos a seguir, na perspectiva de estratégias para o enfrentamento das hepatites.

1- Aperfeiçoar a prevenção no território, com ampliação da educação em saúde sobre o agravo, em diferentes grupos sociais, com intervenções que podem ser guiadas por enfermeiros, inclusive com ações em ambientes escolares;

2- Fomentar, no âmbito das RS, estratégias de baixo custo que disparem avisos aos profissionais para solicitação de testagem durante visitas domiciliares e/ ou consultas em diferentes níveis de atenção no intuito de expandir a triagem em diferentes serviços de saúde em pessoas que vivem com hepatites e não têm conhecimento de seu estado;

3- Fornecer rápida resposta de organização de serviços para vinculação da abordagem terapêutica, da testagem ao tratamento, para pessoas que injetam drogas, pessoas que estão privadas de liberdade, homens que fazem sexo com homens, quilombolas, ribeirinhos, população indígena e outras populações desproporcionalmente afetadas pela infecção;

4- Prover ao usuário tratamento com equidade nos cuidados terapeuticamente apropriados para a melhor resposta ao tratamento, com acesso sem restrições;

5- Elaborar e implantar modelos de cuidados, incluindo o tratamento fora dos serviços especializados, com garantia de disponibilidade de suporte com especialistas para confirmação da decisão clínica e central de dúvidas, tanto para o usuário quanto para o profissional, para abordagem durante o tratamento;

6- Aperfeiçoar a coordenação do cuidado por meio da vigilância em saúde - na perspectiva das RS - capaz de definir metas de eliminação das hepatites nos territórios e ampliar o monitoramento da resposta dos serviços no atendimento;

7- A gestão que coordena o programa estadual e municipal, bem como os profissionais de saúde, devem envolver parceiros da sociedade civil, incluindo indústria e comércio, para fomentar campanhas com enfoque na divulgação do tema e da oferta de testagem;

8- Formar um grupo de trabalho composto pela gestão estadual, regional e municipal, profissionais de saúde, especialistas da área, sociedade civil e universidades para elaborar uma agenda de trabalho, com a especificidade da condução de um plano do enfrentamento das hepatites virais em conjunto;

9- Engajar centros de formação de recursos humanos em saúde para ampliar ações na comunidade, pactuar compromisso de oferecer informação sobre as ações dos serviços de saúde e fornecer *feedback* à gestão em saúde sobre lacunas e potencialidades dos serviços, além de subsidiarem espaços de pactuação para educação permanente na rede de atenção à saúde.

Os elementos construídos subsidiam pontos que podem ser explorados em outras investigações tanto no âmbito político, econômico-social, organizacional, técnico ou simbólico, considerados como norteadores na construção de políticas públicas.

Por fim, esta tese encerrada não significa a abordagem da temática finalizada em sua completude. A gestão e a atenção à saúde são construções coletivas, contínuas e complexas que estão em constante dinâmica social. A partir dos resultados deste estudo, é possível agir em várias frentes para (re) organização do sistema de saúde, para fortalecimento das RS e das práticas profissionais para o enfrentamento das hepatites virais. Reitera-se o enfoque de gestão por entender a responsabilidade específica de fazer acontecer o sistema de saúde, mas, acima de tudo, os resultados desta tese podem e deve subsidiar uma análise dos usuários no tocante ao acesso a atenção às hepatites virais em uma próxima investigação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABERS, R.; SERAFIM, L.; TATAGIBA, L. Repertórios de interação estado-sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na Era Lula. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 325-357, jun. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/dados/a/8ZJqHY9tmRfJ4x4Ny4SB7tL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

AFZALI, M. *et al.* Providing a framework for assessment of the acess to medicine. **DARU J Pharm Sci.**, v. 27, n. 1, p. 243–254, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s40199-019-00268-1. Acesso em: 18 out. 2021.

AGGARWAL, R.; GOEL, A. Hepatitis A: epidemiology in resource-poor countries. **Curr Opin Infect Dis.**, v. 28, n. 5, p. 488-496, out. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26203853/. Acesso em: 18 out. 2021.

AGHEMO, A. *et al*. Estimating HCV disease burden - volume 3 (editorial). **J Viral Hepat.**, v. 22, Supl. 4, p.1-3, dez. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26513444/. Acesso em: 15 out. 2021.

AGHEMO, A. *et al*. Assessing the impact of COVID-19 on the management of patients with liver diseases: A national survey by the Italian association for the study of the Liver. **Digestive and Liver Disease***,* v. 52, n. 9, p. 937-41, 2020.

AJLAN, A. A. *et al*. Developing a multidisciplinary HCV direct-acting antivirals utilization management and assessment program. **J Am Pharm Assoc (2003)**, v. 61, n. 2, p. 159-170, mar./abr. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33309191/. Acesso em: 16 out. 2021.

ALBERTI, A. *et al*. Optimizing patient referral and center capacity in the management of chronic hepatitis C: Lessons from the Italian experience. **Clin Res Hepatol Gastroenterol.**, v. 43, n. 2, p. 190-200, abr. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30377096/. Acesso em: 15 out. 2021.

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde soc.**, v. 26, n. 1, p. 115-128, jan./mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kGzLZKCFrh3RVxS7f94rHNf/?lang=pt. Acesso em: 18 fev. 2021.

ALBUQUERQUE, A. C. *et al*. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, Supl. 1, p. 135-151, out. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vGqwHJ3mr7FwKnmsWhM4Wpz/?lang=pt. Acesso em 2 ago. 2021.

ALBUQUERQUE, J. A. G. **Instituição e Poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ALBUQUERQUE, M. V. *et al*. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdptWTzt64rx5GSn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

AL-KHAZRAJI, A. *et al*. Identifying Barriers to the Treatment of Chronic Hepatitis C Infection. **Dig Dis.**, v. 38, n. 1, p. 46-52, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31422405/. Acesso em: 15 out. 2021.

ALMEIDA, A. I. S.; RIBEIRO, J. M.; BASTOS, F. I. Análise da política nacional de dst/aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Cien Saude Colet.**, jan. 2021. Disponível em: https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-da-politica-nacional-de-dstaids-sob-a-perspectiva-do-modelo-de-coalizoes-de-defesa/17907?id=17907. Acesso em: 15 out. 2021.

ALMEIDA, A. P. S. C. *et al*. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2213-2226, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/cXhvX6xXRnjn4sHKRjCxbCL/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 01-10, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/ pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006251.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

ALMEIDA, E. C. A. *et al*. Access to viral hepatitis care: distribution of health services in the Northern region of Brazil. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 22, Supl.1, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PZNLvrVBQXS86W5Yhxq89qJ/?lang=en. Acesso em: 18 out. 2021.

ALMEIDA, M. K. C. *et al*. Prevalence of viral hepatites B and C in riverside communities of the Tucuruí Dam, Pará, Brazil. **Journal of Medical Virology,** v. 84, p.1907-12, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23080495. Acesso em: 12 out. 2021.

ALMEIDA, P. F. *et al*. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. ***Saúde soc*.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200320&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

ALMEIDA, P. F. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5043. Acesso em: 12 out. 2021.

ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 373-398, 2017.

ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Adesão dos Serviços Especializados à Nova Tecnologia no Tratamento da Hepatite C. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 2, p. 233-238, 2015.

ALVES DE SOUSA, A. N. *et al*. I Simpósio Internacional de Meta-avaliação e Gestão do conhecimento em políticas públicas. In: **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Suplemento n.º 2, Natal, 2016. Disponível em: https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/issue/view/7/2016-sup2. Acesso em: 18 out. 2021.

ALVES, G. A. *et al*. Quality of life of patients with hepatitis C. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 45, n. 5, p. 553-557, out. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/73SYmtrJjZq8JSz76Vv8CDm/?lang=en. Acesso em: 18 out. 2021.

ALVES, J. F. **Análise Do Desenvolvimento Econômico Das Cidades Com Modal Ferroviário Em Mato Grosso**. 2016. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/149174. Acesso em: 18 out. 2021.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JLpLfqM9D68FZpwn8cQvD6L/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

ANIAKU, J. K.; AMEDONU, E. Kojo; FUSHEINI, A. Assessment of Knowledge, Attitude and Vaccination Status of Hepatitis B among Nursing Training Students in Ho, Ghana. **Ann Glob Health**, v. 85, n. 1, fev. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30873800/. Acesso em: 15 out. 2021.

ANJOS, R. S. **Judicialização e equidade no tratamento da hepatite C**: estudo de caso sobre o tratamento com interferona alfa em um serviço de referência do SUS em Porto Alegre, RS. 2009. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/19089. Acesso em: 16 out. 2021.

ANH. Agência De Notícias das Hepatites **COVID-19 e hepatite viral***.* 2020. Disponível em: https://hepato.com/2020/04/04/covid-19-e-hepatite-viral/. Acesso em: 15 dez. 2020.

ARAÚJO, E. T. Respostas críticas às demandas e usos governamentais das avaliações de impacto de políticas sociais. **Revista Aval**, v. 1, n. 15, p. 66-79,

jan./jun. 2019. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/41548. Acesso em: 18 out. 2021.

ARAUJO, F. A. O. M.; BOAVENTURA, D. M. R. Os municípios do agronegócio no estado do Mato Grosso: efeitos e defeitos da atividade da moderna agricultura 2020. **Revista Geográfica Acadêmica**, v. 14, n. 2, 2020. Disponível em: https://revista.ufrr.br/rga/article/view/6744. Acesso em: 18 out. 2021.

ARAUJO, M. A. L. *et al*. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: abordagem às pessoas com vida sexual ativa. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/MDzwkgP9hmyw7VNfNhCWjvG/. Acesso em: 15 out. 2021.

ARAUJO, M. E. A. *et al*. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 589-604, set. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/d6DyD7CHXbpTJbLq7NQQNdq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

ARAÚJO, T. M. E.; PINHEIRO, D. M.; SOUZA, A. T. S. Hepatite C e riscos associados em presídios: uma revisão integrativa. **Rev Fun Care.**, v. 9, n. 4, p. 939-945, out./nov. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4902. Acesso em: 16 out. 2021.

ARIE, G. **Avaliação da eficiência das ações de controle da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica**: um estudo da região norte do Brasil. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42340. Acesso em: 16 out. 2021.

AROUCA, A. S. S. **Deu certo! Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 28, p. 75-77, 2003.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2021.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, ago. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Bdc9KSXC9gvtmrsvXwKFfgc/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S; NASCIMENTO M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. ***Cien Saude Colet*** , v. 8, n. 3, p.815-823, 2003.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W .L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_abstract&tlng=pt .Acesso em: 12 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE. **Centros Transplantadores Cadastrados Ativos**. Disponível em: http://www.abto.org.br. Acesso em: 13 jan. 2013.

ATKINS, D. *et al*. Grading quality of evidence and strenght of recommendations. **BMJ**, V. 328, n. 7454, jun. 2004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15205295/. Acesso em: 15 out. 2021.

ATTANASIO, O. P. Evidence on public policy: methodological issues, political issues and examples. **Scand J Public Health**, v. 42, Supl. 13, p. 28-40, mar. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24553852/. Acesso em: 17 out. 2021.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, Supl. 2, p. 11-23, jun. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdRVFP/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

AZEVEDO, F. K. S. F.; AZEVEDO, C. C. S. F.; SOUTO, F. J. D. Avaliação do tratamento da hepatite C crônica no estado de Mato Grosso, Brasil Central. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 107, n. 2, p. 217-223, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/mioc/a/DvgHqLZCCWXQs6SjXsZ3SVy/?lang=en. Acesso em: 17 out. 2021.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 158-171, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000700158&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 12 out. 2021.

BALDERRAMA *et al*. Gestão em saúde: avaliação do acesso ao sistema regional. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 4, p.933-42, abr., 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236966. Acesso em: 12 out. 2021.

BALKHY, H. H. *et al*. Magnitude and causes of loss to follow-up among patients with viral hepatitis at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. **J Infect Public Health**, v. 10, n. 4, p. 379-387, jul./ago. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27720641/. Acesso em: 15 out. 2021.

BANDEIRA, N.; ONOCKO-CAMPOS, R. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 91-104, jan./mar. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Ynj7tkhGrvZ9VrVF7cpHkDs/. Acesso em: 2 ago. 2021.

BARBOSA, T. L. A. *et al*. Prática de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, realizada por profissionais da atenção primária à saúde de Montes Claros, Minas Gerais, 2015-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 1, abr. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/LRtTjHLyNZb6LBdhgdg79FR/?lang=pt#. Acesso em: 16 out. 2021.

BARBOZA, R. Acordos de empréstimo para AIDS e a Política de Incentivo no Sistema Único de Saúde: avanços e lacunas. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/pYxRmkzyTBtQ8YXBWntndjs/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

BARROR, S. *et al*. HepCare Europe: a service innovation project. HepCheck: enhancing HCV identification and linkage to care for vulnerable populations through intensified outreach screening. A prospective multisite feasibility study. **J Antimicrob Chemother**, v. 74, Supl. 5, p. 39-46, nov. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782499/. Acesso em: 18 out. 2021.

BASTOS, F. I. **O Som do Silêncio da Hepatite C**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/ryvp9/pdf/bastos-9788575413715.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

BASTOS, A. P. S. *et al*. Equipamentos de proteção individual e a adesão do conhecimento dos profissionais e acadêmicos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3764-e3764, 2020.

BASU, S.; MEGHANI, A.; SIDDIQI, A. Evaluating the Health Impact of Large-Scale Public Policy Changes: Classical and Novel Approaches. **Annu Rev Public Health**, v. 38, p. 351-370, mar. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28384086/. Acesso em: 17 out. 2021.

BECHINI, A. *et al*. The role of the general practitioner in the screening and clinical management of chronic viral hepatitis in six EU countries. **J Prev Med Hyg.**, v. 57, n. 2, p. 51-60, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27582629/. Acesso em: 18 out. 2021.

BEHZADIFAR, Masoud *et al*. The role of insurance providers in supporting treatment and management of hepatitis C patients. **BMC Health Serv Res.**, v. 19, n. 1, jan. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30630488/. Acesso em: 15 out. 2021.

BELCHIOR, A. C. Apenas um rapaz latino americano. *In*: **Alucinação**. São Paulo: PolyGram, 1976. Lado A, faixa 1 (4min19s).

BELOQUI, J. A. **Alguns dados sobre a situação da Hepatite C no Brasil para ativistas de HIV/AIDS**. São Paulo, 2018. Disponível em: http://giv.org.br/Arquivo/dados_situacao_hepatite_c_brasil_ativistas_hiv-aids_giv_dez2018.pdf. Acesso 15 out. 2021.

BELPERIO, P. S. *et al*. A population approach to disease management: hepatitis C direct-acting antiviral use in a large health care system. **J Manag Care Spec Pharm.**, v. 20, n. 6, p. 533-540, jun. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856591/. Acesso em: 16 out. 2021.

BENZAKEN, A. S. *et al*. Hepatitis C disease burden and strategies for elimination by 2030 in Brazil. A mathematical modeling approach. **Braz J Infect Dis.**, v. 23, n. 3, p. 182-190, maio/jun. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31145876/. Acesso em: 16 out. 2021.

BEZERRA, L. C. A. *et al*. Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5017-5028, dez. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/fDNhNcTfsGDLBJN3Frzh8CK/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

BEZERRA, L. C. A. *et al*. Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5017-5028, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/fDNhNcTfsGDLBJN3Frzh8CK/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

BLANDING, D. P. *et al*. Linkage to specialty care in the hepatitis C care cascade. **J Investig Med.**, v. 69, n. 2, p. 324-332, fev. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33203787/. Acesso em: 15 out. 2021.

BOCCOLINI, C. S. *et al*. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 371-378, fev. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ttNLKVZ56WR8JyQqKkFVyHc/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

BONNINGTON, O.; HARRIS, M. Tensions in relation: How peer support is experienced and received in a hepatitis C treatment intervention. **Int J Drug Policy**, v. 47, p. 221-229, set. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28606391/. Acesso em: 15 out. 2021.

BORCHARDT, S. K. L. *et al*. Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Hepatites Virais antes e após palestras. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 299-306, jan./mar. 2021. Disponível em: https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/8027. Acesso em: 15 out. 2021.

BORGES, M. F. S. O.; SILVA, I. F.; KOIFMAN, R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2237-2246, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Q8kQ4PJX98tpmQY7QkKzgyw/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1275-1288, abr. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/VnBZsCbXtBjfsHsmmnLQgWm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPO, R.; FURTADO, J. P. (Orgs.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011. p. 41-62.

BOTTI, C. S. *et al*. Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 491-500, jul./set. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742013000300014&lng=pt&nrm=is. Acesso em: 15 out. 2021.

BOULLOSA, R. F. *et al*. Por um antimanual de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4322/rbaval202110005. Acesso em: 18 out. 2021.

BOULLOSA, R. F. Para onde tem nos levado a pandemia? Entre tantos desamparos públicos, precisamos também falar sobre avaliação em políticas públicas. **Revista NAU Social**, v. 11, n. 21, p. 427-442, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/42235. Acesso em: 18 out. 2021.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C; PASSERON, J. C. **A profissão do sociólogo:** preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 1999

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Unesp, 2004.

BRAGA, W. S. *et al*. Ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta (VHD) em sete grupos indígenas do Estado do Amazonas. **Rev Soc Bras Med Trop**. v.34, n.4, p. 349-55, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822001000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

BRAGA, W. S. Infecção pelos vírus das hepatites B e D entre grupos indígenas da Amazônia brasileira: aspectos epidemiológicos. **Rev Soc Bras Med Trop**., v.37, n. 2, p. 9-13, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000700002. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasilia,1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA**: Manual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.Pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 863, de 4 de novembro de 2002, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral Crônica C. **Diário Oficial da União**, Brasilia, p. 13, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 2080/GM/MS, de 31 de outubro de 2003. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13508.html. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Programa Nacional para a Prevenção das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Nota Técnica**: Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Portaria 562, de 16 de março de 2006. Estabelece aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde e altera a Tabela SIA/SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 17 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, Seção 1, 4 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil**: Desafios para a eqüidade e o acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasil.pdf. Acesso em: 8 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS 2010**. Brasília, DF: 2010. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão do SUS**: Contribuições e Reflexões dos Encontros Temáticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à 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 eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições. **Diário Oficial União**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_A to2011-2014/2011/Lei/L12466.htm. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, v. 150, n. 112, p. 59-62, 2012. Disponível em; https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf . Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 Anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf . Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Debate** – Caminhos da Saúde no Brasil. Brasília, DF: CONASS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: guia para gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015***:* resultados e perspectivas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_2011_2015_5ed.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações**. Nota informativa nº 149, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Informa mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2016. Brasília: Ministério da Saude; 2015 . Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-1492015 . Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coberturas vacinais no Brasil**: Período: 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde, out. 2015. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf. Acesso em: 6 dez. 2019.

BRASIL. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental eo Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores-DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo-FCPE. **Diário oficial da União**, 2016. Disponível em http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21294097/do1-2016-11-11-decreto-n-8-901-de-10-de-novembro-de-2016-21294039. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Consultoria para organizar, sistematizar e produzir conteúdos de suporte à construção de referência para a formulação do Plano Decenal de Assistência Social 2016-2026, para o Eixo Serviços e Benefícios**. Brasília: Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate à Fome, 2016. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/ferramentas/docs/Produto_2___Dirce_Koga.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao. Acesso em: 8 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_sa

ude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustetantavel.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo Sistema Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.saude.gov.br/component/content/article/681-institucional/40029-sistema-nacional-de-saude. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta nº 024/2017 – DIAHV/SVS e DAF/SCTIE/MS**. Brasília: 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-conjunta-no-0242017-diahvsvs-e-dafsctiems. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa sobre mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017**. Brasília: 2017. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/28/Nota-Informativa-384-Calendario-Nacional-de-Vacinacao-2017.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério Extraordinário da Segurança Pública. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 7 junho de 2018. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 78, 13 jun. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/25404881/do1-2018-06-13-resolucao-n-3-de-7-junho-de-2018-25404825. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doação de órgãos**: transplantes, lista de espera e como ser doador. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://portalms.saude. gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos. Acesso em: 1 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ago. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm#art65. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (2018). **Plano para eliminação da Hepatite C no Brasil**. Brasília, 2018. Acesso em:

http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/plano-para-eliminacao-da-hepatite-c-no-brasil. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 50, n. 17, 2019a. Disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais**: Plano para eliminação da hepatite C no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/plano-para-eliminacao-dahepatite-c-no-brasil. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.802, de 10 de janeiro de 2019. **Diário Oficial da União**: Brasília: jan. 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13802.htm. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Orientações para condução de pesquisas e atividade dos cep durante a pandemia provocada pelo coronavírus sars-cov-2 (COVID-19)**. Brasília: 2020a. Disponível: em http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2020/07/Orienta%C3%A7%C3%B5es-condu%C3%A7%C3%A3o-de-pesquisas-e-atividades-CEP.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica Nº 73**: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: Ministério da Economia, 2020b. Diponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.537, de 12 de junho de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 140, jun. 2020c. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.537-de-12-de-junho-de-2020-261498866. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.823, de 29 de dezembro de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 85, dez. 2020d. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.823-de-29-de-dezembro-de-2020-296897687. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transplantes Realizados**: evolução 2001 a 2019 – Fígado. CETs - Centrais Estaduais de Transplantes/ INCA/ TabWin. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020g. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.537, de 12 de junho de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 140, jun. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.537-de-12-de-junho-de-2020-261498866. Acesso em: 15 out. 2021. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7508/Presidência da República/Casa Civil, de 28 de junho de 2011. 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. **Diário Oficial da União**, Brasilia, 2020h. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância sanatirária. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais**. Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Brasília, 2020j. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2020/notas_tecnicas/nota_tecnica_n_369_2020_cgahv_dcci_svs_ms.pdf. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. Fundação Palmares. Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs). **Diário Oficial da União.** Brasília, 2021. Disponível em: https://seppirhomologa.c3sl.ufpr.br/xmlui/handle/123456789/1142. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Hepatites virais: histórico das ações**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/hepatites-virais-evolucao-das-acoes. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Informes DCCI reunião de coordenadores hepatites virais março 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2021. http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/informes-dcci-reuniao-de-coordenadores-hepatites-virais-marco-2021. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Cobertura de Atenção Básica**. Brasília. Disponível em:

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Fluxogramas para prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas instituições que realizam parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/fluxogramas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-nas. Acesso em: 16 out. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. **Coleta de dados qualitativos**: Um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes, 2019.

BRENER, L. *et al*. Experiences of diagnosis, care and treatment among Aboriginal people living with hepatitis C. **Aust N Z J Public Health**, v. 40, Supl. 1, p. 59-64, abr. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26123616/. Acesso em: 15 out. 2021.

BRITO, B. O.; LEITÃO, L. P. C. Telemedicina no Brasil: Uma estratégia possível para o cuidado em saúde em tempo de pandemia? **Revista Saúde em Redes**, v. 6, Supl. 2, p. 7-19, 2020. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/3202/550. Acesso em: 15 out. 2021.

BRITO, W. I.; SOUTO, F. J. D. Vacinação universal contra hepatite A no Brasil: análise da cobertura vacinal e da incidência cinco anos após a implantação do programa. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/KhgLqWW78SL4mzwqT3tJHLn/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

BROUSSELLE, A. et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BUSTAMANTE, D. A. *et al*. Adaptação do instrumental de avaliação social em transplante hepático. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 99-106, nov. 2019. Disponível em: cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1526. Acesso em: 15 out. 2021.

CAMARA, G.; MONTEIRO, A. M. V. Geocomputation techniques for spatial analisys: are they relevant to health data? **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 1059-1081, out. 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/8mh3J5rVXD4BxnGcYDxjVxR/?lang=en. Acesso em: 18 out. 2021.

CAMILLO, N. R. S. *et al*. Accreditation in a public hospital: perceptions of a multidisciplinary team. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 3, maio/jun. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/tLS3TNDk4JKMt4mnbGk7KSN/?lang=en. Acesso em: 18 out. 2021.

CAMPELO, L. M.; SANTOS, E. M.; OLIVEIRA, P. T. R. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 34-49, mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BhxzwTTbCsrwCLjsPNPYhLP/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

CAMPOS, G. W. S. **Regionalização é o futuro do SUS**. Rio de Janeiro: Informe ENSP, 2014.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZPyBXcTXwZvLh5H9PDzvxpn/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

CANARY, L. *et al*. Geographic Disparities in Access to Syringe Services Programs Among Young Persons With Hepatitis C Virus Infection in the United States. **Clin Infect Dis.**, v. 65, n. 3, p. 514-517, ago. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28402431/. Acesso em: 15 out. 2021.

CARDOSO, A. L. **Avaliação do Atendimento e Acompanhamento em Cinco Serviços Ambulatoriais de Hepatite C do Estado de São Paulo**. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade De Medicina De Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, 2020. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/192316. Acesso em: 15 out. 2021.

CARMO, R. F. *et al*. Acesso aos serviços de saúde na rede de atenção: compreendendo a narrativa de profissionais de saúde. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/YLfpqC4pwb9SKFSvdphmZTG/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

CARTAXO, M. G. **A política de AIDS (2006-2016)**: conflitos e transformações. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/32529. Acesso em: 15 out. 2021.

CARVALHEIRO, N. F.; GATTI, L. L.; PINTO, G. V. S.. Avaliação do conhecimento da população sobre Hepatite B. **Revista intersaúde**, v. 1, n. 3, p. 75-84, nov. 2020. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/156/98. Acesso em: 15 out. 2021.

CARVALHO, A. L. B. *et al* . A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do

sistema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401155&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1155-1164, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

CARVALHO, A. L. B.; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, v. 21, n. 60, p. 23-33, jan./mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/psZYjYj9yWZ4CcGCSNgZCMx/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

CARVALHO, F. *et al*. Counselling in STD/HIV/AIDS in the context of rapid test: Perception of users and health professionals at a counselling and testing centre in Porto Alegre. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 379-389, mar. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987832/. Acesso em: 16 out. 2021.

CARVALHO, F. T. *et al*. Counselling in STD/HIV/AIDS in the context of rapid test: perception of users and health professionals at a counselling and testing centre in Porto Alegre. **Journal of Health Psychology**, Londres, v. 21, n. 3, p. 379-389, mar. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987832/. Acesso em: 15 out. 2021.

CARVALHO, L. R. B. *et al*. Prevenção da hepatite B: formação e atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Pre. Infec e Saúde**, v. 1, n. 3, p. 83-90, 2015. Disponível em: https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4114/pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

CARVALHO, N. G. O. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. **Cad Ibero Am Direito Sanit.**, v. 6, n. 4, p. 112-129, 2017. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/434. Acesso em: 16 out. 2021.

CASTANEDA, D. *et al*. From hepatitis A to E: A critical review of viral hepatitis. **World J Gastroenterol.**, v. 27, n. 16, p. 1691–1715, abr. 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8072198/. Acesso em: 15 out. 2021.

CASTRO, C. P. *et al*. Atenção ao Câncer de Mama a partir da suspeita na Atenção Primária à saúde nos municípios de São Paulo e Campinas. **Ciên Saúde Colet.**, dez. 2020. Disponível em: https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-ao-cancer-de-mama-a-

partir-da-suspeita-na-atencao-primaria-a-saude-nos-municipios-de-sao-paulo-e-campinas/17861?id=17861. Acesso em: 16 out. 2021.

CASTRO, R. *et al*. Cost-effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions for chronic hepatitis C: a systematic review of model-based analyses. **BMC Med Res Methodol.**, v. 18, n. 1, jun. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29895281/. Acesso em: 15 out. 2021.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Hepatitis B Outbreak in a State Correctional Facility, 2000.** Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), p. 529-532, 2001. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5025a1.htm . Acesso em: 18 out. 2021.

CHAMPAGNE, F. *et al*. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al* (Orgs.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016. p. 41-60.

CHASTAIN, C. A. *et al*. Hepatitis C Management and the Infectious Diseases Physician: A Survey of Current and Anticipated Practice Patterns. **Clin Infect Dis.**, v. 61, n. 5, p. 792-794, set. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25979310/. Acesso em: 16 out. 2021.

CHAVES, G. C.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; OLIVEIRA, M. A. Compras públicas de medicamentos para hepatite C no Brasil no período de 2005 a 2015. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2527-2538, ago. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6bxdzr4VctWCbMQsX3J7C3Q/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

CHAVES, L. A. *et al*. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 24, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YjGx8RCSJgcnJJ8dzZYjvbd/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

CHAVES, L. D. P. et. al. Considerações sobre a condição traçadora. *In*: TANAKA, O. Y. **Avaliação em Saúde:** *contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro, Atheneu, 2017. p. 151-160.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, p. 1274-1278, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

CHEN, L. *et al*. The Impacts of National Centralized Drug Procurement Policy on Drug Utilization and Drug Expenditures: The Case of Shenzhen, China. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 24, dez. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33334027/. Acesso em: 15 out. 2021.

CIAPPONI, A. *et al*. Delivery arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 9, n. 9, set. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28901005/. Acesso em: 15 out. 2021.

CICERO, M. F. *et al*. Is Hepatitis Delta infections important in Brazil? **BMC Infect Dis**. v.16, n.1, 2016. Disponível em http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-1856-9. Acesso em: 12 out. 2021.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária, revisitado. **Estudos Avançado,**. 2018, v. 32, n. 93, p. 225-241. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180040. Acesso em: 20 out. 2021.

COHN, A.; GLERIANO, J. S. A urgência da reinvenção da Reforma Sanitária Brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. **Revista De Direito Sanitário**, v. 21, 2021. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/159190#:~:text=Concluiu%2Dse%20pela%20urg%C3%AAncia%20da,dos%20movimentos%20de%20resist%C3%AAncia%20democr%C3%A1tica%2C. Acesso em: 16 out. 2021.

CONGLY, S. E.; BRAHMANIA, M. Variable access to antiviral treatment of chronic hepatitis B in Canada: a descriptive study. **CMAJ Open**, v. 7, n. 1, p. 182-189, mar. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30926602/. Acesso em: 16 out. 2021.

CONNOLLY, S. P. *et al*. HepCare Ireland-a service innovation Project. **Ir J Med Sci.**, v. 190, n. 2, p. 587-595, maio 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32761548/. Acesso em: 18 out. 2021.

CONSAUDE. Consórcio Intermunicipal De Saúde Do Vale Do Ribeira. **CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2007**: Anexo I – Programa de Provas. Disponível em: https://static-files.folhadirigida.com.br/uploads/files/Edital8115_1.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. CONASEMS COSEMS-RJ. LAPPIS/IMS/UERJ. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS**: “Diálogos no Cotidiano”. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Relatório Final do 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos**: preocupações e prioridades dos secretários estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. **Publicações Técnicas** - N° 2. Brasília, DF: dez. 1990.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência **e Saúde Coletiva**. V. 11, n.3, p. 705-711, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al*. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ Z. A. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29–46.

COOKE, G. S. *et al*. Accelerating the elimination of viral hepatitis: a Lancet Gastroenterology & Hepatology Commission. **Lancet Gastroenterol Hepatol**, v. 4, n. 2, p. 135-184, fev. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30647010/. Acesso em: 17 out. 2021.

COSTA, C. M. *et al*. Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: a experiência do Projeto Rede Sampa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1312-1323, dez. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TNy7bHt7sXmV4X6smPY8y7L/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

COSTA, L. M. N. Telegestão: proposta para capacitar os gestores da atenção primária à saúde em Minas Gerais. **RAHIS**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 123-133, jan./mar. 2021. Disponível em: https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6597. Acesso em: 15 out. 2021.

COUSINS, J. B. *et al*. Organizational Capacity to do and use evaluation: Results of a Pan-Canadian survey of evaluators. **Can J Program Eval.**, v. 23, n. 3, p. 1-35, 2008. Disponível em: https://eric.ed.gov/?id=EJ935366. Acesso em: 18 out. 2021.

CREECH, C. *et al*. Academic Partnerships: Preparing Nurse Practitioners for Underserved Populations. **Nurs Educ Perspect.**, v. 39, n. 5, p. 324-326, set./out. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30102259/. Acesso em: 16 out. 2021.

CRESWELL, J. W **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage publications: 2010.

CUNHA, S. T. Ser caminhoneiro: as condições adversas de trabalho na região de Rondonópolis. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Sociedade, Política e Cidadania: olhares transdisciplinares) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Rondonópolis, 2018.

DAL'BOSCO, E. B. *et al*. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 2, 2020.

DALEY, M. F. *et al*. Physician Practices Regarding Adult Hepatitis B Vaccination. **Am J Prev Med**, v. 36, n. 6, jun. 2009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19362798/. Acesso em: 18 out. 2021.

DALOSTO, J. A. D. *et al*. Imigração, ocupação e logística: o nordeste do estado de Mato Grosso. **Colóquio**, v. 17, n. 2, 2020. Disponível em: http://seer.faccat.br/index.php/coloquio/article/view/1668. Acesso em: 18 out. 2021.

DAWKINS, B. *et al*. What factors affect patients' access to healthcare? Protocol for an overview of systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 9, n. 18, jan. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13643-020-1278-z. acesso em: 18 out. 2021.

DE LEÃO, R. N. Q. *et al*. **Medicina Tropical e Infectologia na Amazônia***.* Belém: Samauma Editorial, 2013.

DE OLIVEIRA, M. S. *et al* . Evidências científicas sobre a hepatite Delta no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Acta paul. enferm**., São Paulo , v. 30, n. 6, p. 658-666, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n6/0103-2100-ape-30-06-0658.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

DEPARTMENT OF HEALTH. **hepatitis-c-faq**. Australian Government. 2016. Disponível em: www.pbs.gov.au/info/publication/factsheets/hep-c/factsheet-for-patients-and-consumers. Acesso em: 15 out. 2021.

DOICA, I. P. *et al*. Telemedicine Chronic Viral Hepatitis C Treatment during the Lockdown Period in Romania: A Pilot Study. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 7, abr. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33916226/. Acesso em: 16 out. 2021.

DOMINGUEZ, B. Quebrando o silêncio – Rede de atenção à hepatite C, doença pouco divulgada, que não apresenta sintomas e tem mais impacto na saúde pública do que a aids, é desafio mundial. **Radis Comunc Saúde**, v. 116, p. 9-24, 2012. Disponível em:https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis116_web.pdf Acesso em: 21 out. 2021.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Asessment and Monitoring:** the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, 1980.

DORE, Gr. J.; HAJARIZADEH, B. Elimination of Hepatitis C Virus in Australia: Laying the Foundation. **Infect Dis Clin North Am.**, v. 32, n. 2, p. 269-279, jun. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29778255/. Acesso em: 15 out. 2021.

DOURADO, I. *et al*. Adapting to the COVID-19 Pandemic: Continuing HIV Prevention Services for Adolescents Through Telemonitoring, Brazil. **AIDS and Behavior***,* v. 24, p. 1994-99, 2020.

DRUCK, S. *et al*. (Eds.). **Análise espacial de dados geográficos**. Brasília: EMBRAPA, 2004. Disponível em: http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/. Acesso em: 10 mar. 2021.

DUARTE, L. S*. et al*. Regionalização da Saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 24. n. 2., p. 479-485, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200472&scrip t=sci_abstract&tlng=PT. Acesso em: 12 out. 2021.

DUARTE, G. *et al*. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** 2021, v. 30, n. set.1. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100016.esp1. Acesso em 20 out. 2021.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M.C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Hum Resour Health***, v.*4, n.12. 2006. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481612/. Acesso em: 13 out. 2021.

EASTERBROOK, P. J.; WHO Guidelines Development Group. Who to test and how to test for chronic hepatitis C infection - 2016 WHO testing guidance for low- and middle-income countries. **J Hepatol.**, v. 65, Supl. 1, p. 46-66, out. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27641988/. Acesso em: 15 out. 2021.

EL-SERAG, H. B. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. **Gastroenterology**, v. 142, n. 6, p. 1264-1273, maio 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22537432/. Acesso em: 18 out. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Transplante hepático – planejamento da alta hospitalar do paciente transplantado hepático**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/saude/ nucleo-de-transplantes-hu-ufsc/transplante-hepatico. Acesso em: 15 out. 2021.

ECHEVARRÍA, J. M.; LEÓN, P. Epidemiology of viruses causing chronic hepatitis among populations from the Amazon Basin and related ecosystems. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003, v. 19, n. 6, p. 1583-159. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600003. Acesso em:20 out. 2021.

EVANGELISTA, M. J. O. *et al*. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, jun. 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n6/2115-2124/. Acesso em: 15 out. 2021.

EW, R. A. S.*et al*. Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2018. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7463. Acesso em: 15 out. 2021.

FALLA, A. M *et al*. Language support for linguistic minority chronic hepatitis B/C patients: an exploratory study of availability and clinicians' perceptions of language barriers in six European countries. **BMC Health Serv Res.**, v. 17, n. 1, fev. 2017. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2095-5. Acesso em: 18 out. 2021.

FALLA, A. M. *et al*. Limited access to hepatitis B/C treatment among vulnerable risk populations: an expert survey in six European countries. **Eur J Public Health**, v. 27, n. 2, p. 302-306, abr. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27542982/. Acesso em: 18 out. 2021.

FARAH, M. F. S. A contribuição da Administração Pública para a constituição do campo de estudo de políticas públicas. IN: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurelio Pimenta de. **A política pública como campo disciplinar**. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora UNESP; Editora Fiocruz, 2018. p. 91-127.

FARIAS, C. S.; OLIVEIRA, R. A. D.; LUZ, M. R. M P. As hepatites virais no brasil: uma análise a partir dos seus territórios. **R. Ra'e Ga/ Curitiba**, v.46, p. 90 -109, 2019.

FARIAS, C. S.; OLIVEIRA, R. A. D; LUZ, M. R. M. P. As hepatites virais no brasil: uma análise a partir dos seus territórios. **R Ra'e Ga**, v. 46, p. 90-109, 2019. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/56419. Acesso em: 18 out. 2021.

FARIAS, Cleiton Sampaio de. **Os territórios das hepatites virais no Brasil**: subsídios para o ensino de Geografia da Saúde por meio da aprendizagem baseada em problemas. 2018. Tese (Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6881/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Farias%2C+Cleiton+Sampaio+de. Acesso em: 18 out. 2021.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em **Saúde. Cien. Saúde Colet.,** v.11, n.3. p.553-563, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300002&script=sci_abstract&tlng=ES. Acesso em: 13 out. 2021.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Ciên Saúde Colet.**, v. 11, n. 3, p. 553-563, set. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Fgb6jmhFx35gSRrqXfp6pyb/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

FELISBERTO, E. *et al*. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde Debate**, v. 41, mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nCbjnMFVZ8mHRZFrhj6dtRq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/tp3M7BXQqVnPfcfCqbfsFZh/abstract/?lang=pt. Acesso em 15 out. 2021.

FERRAREZI, E.; OLIVEIRA, C. G. Reflexões sobre a emergência da participação social na agenda das políticas públicas: desafios à forma de organização burocrática do estado. In: EVANS, M. *et al* (Orgs.). **Participação Social**: textos para discussão. Brasília: Editora IABS, 2013. Disponível em: http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/vol_6_participacao_social.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.

FERREIRA, J. B. B. *et al*. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação,** São Paulo, v. 14, n. 33, p. 345-358, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200009&script=sci_abstract&tlng=PT. Acesso em: 17 out. 2021.

FERREIRA, J. *et al*. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?. **Saúde soc**., v .27, n.1, p.69-79, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-69.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

FERTONANI, H. P. *et al*. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, jun. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

FERTONANI, H. P. *et al*. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract. Acesso em: 16 out. 2021.

FETTERS, M.D.; CURRY, L.A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. **Health Serv Res.**, v. 48, n. 6, p. 2134-2156, dez. 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24279835/. Acesso em: 17 out. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M. Pensando Avaliação em Políticas e na Gestão em Saúde numa perspectiva Cartográfica - Construção Compartilhada que Favoreça Mudanças. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, A. L. (org.). **Avaliação em saúde:** contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 29.

FIOCRUZ. Agência Fiocruz de Notícias. *Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde.* 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40999/2/Como%20reduzir%20o%20risco%20de%20cont%C3%A1gio%20e%20morte%20dos%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 15 dez. 2020.

FITZMAURICE, C. *et al*. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. **JAMA oncology**, v. 3, n. 4, p. 524-548, abr. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27918777/. Acesso em: 18 out. 2021.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325-338, jan. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/QDbb8PkPmpczWtx7ZW9nKGk/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

FONSECA, E. M.; SHADLEN, K.; BASTOS, F. I. Brazil's Fight against Hepatitis C - Universalism, Local Production, and Patents. **N Engl J Med.**, v. 380, n. 7, p. 605-607, fev. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30763192/. Acesso em: 16 out. 2021.

FRACOLLI, L. A. *et al*. The concept and practice of comprehensiveness in Primary Health Care: nurses' perception. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.5. p: 1135-1141, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500015&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 15 out. 2021.

FRANCO, E. *et al*. Hepatitis B: Epidemiology and prevention in developing countries. **World J Hepatol**, v.3, p.74-80, 2012. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22489259. Acesso em: 12 out. 2021.

FREUND, M. *et al*. Barriers to the evaluation of evidence-based public health policy. **J Public Health Policy**, v. 40, n. 1, p. 114-125, mar. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30279448/. Acesso em: 16 out. 2021.

FURTADO, J. P. *et al*. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00089717.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÉRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 695-705, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/jpWHQCWR6RtDzkZDcFrL6qv/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad saúde pública**, v. 30, n. 12, dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Vw93CGmm457hvYnvJMnS8Kr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

GALÁN, G. J. *et al*. The contribution of telemedicine to hepatitis C elimination in a correctional facility. **Rev Esp Enferm Dig.**, v. 111, n. 7, p. 550-555, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31215210/. Acesso em: 15 out. 2021.

GAMA, A. S. M. *et al*. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/nWyTKM4WRV5Gxr4pSVT4Mnp/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

GANNE-CARRIÉ, N. *et al*. Suggestions for the care of patients with liver disease during the Coronavirus 2019 pandemic. **Gastroentérologie Clinique et Biologique***,* v. 44, n. 3, p. 275-81, 2020.

GARCIA, R. C. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental.** Texto para Discussão nº 776*.* Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2001. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72. Acesso em: 15 out. 2021.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. In: IPEA. **Planejamento e Políticas Públicas.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

GAUDINO, A. *et al*. Localized US Efforts to Eliminate Hepatitis C. **Infect Dis Clin North Am.**, v. 32, n. 2, p. 293-311, jun. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29778257/. Acesso em: 15 out. 2021.

GBD HEALTHCARE ACCESS. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, v. 390, p. 231-266, jul. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28528753/. Acesso em: 18 out. 2021.

GEBOY, A. G. *et al*. Leveraging the electronic health record to eliminate hepatitis C: Screening in a large integrated healthcare system. **PLoS One**, v. 14, n. 5, maio 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31120906/. Acesso em: 15 out. 2021.

GENTILE, I. *et al*. Limiting the access to direct-acting antivirals against HCV: an ethical dilemma. **Expert Rev Gastroenterol Hepatol.**, v. 10, n. 11, p. 1227-1234, nov. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27607920/. Acesso em: 15 out. 2021.

GILSON, L. *et al*. (Orgs.). **A health policy analysis reader**: the politics of policy change in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/Alliance-HPA-Reader-web.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al*. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.

23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

GIOVANELLA, L., FLEURY. S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ. C. **Política de Saúde: o público e o privado***.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-198.

GLASPY, S. *et al*. Exploring and understanding HCV patient journeys- HEPCARE Europe project. **BMC Infect Dis.**, v. 21, n. 1, mar. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33673828/. Acesso em: 18 out. 2021.

GLERIANO, J. S. *et al*. Organização do processo de trabalho para atenção integral: potencialidades e desafios. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, 2021. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4092/2655. Acesso em: 16 out. 2021.

GLERIANO, J. S. *et al*. Processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de Mato Grosso. In: FRANÇA, Raimundo *et al*. (Orgs.). **Políticas Públicas Regionais**: Dialogos Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Curitiba: Editora CRV, 2021. (Col. Políticas Públicas Regionais, v. 2).

GLERIANO, J. S. *et al*. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/ywxDq76bCmKWHt46rCFM6fD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, 2001.

GOLDENBERG, M. A **arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Record, 2007.

GOLDBLUM, A. S.. **Acesso ao cuidado em saúde**: a percepção de pessoas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46190. Acesso em: 16 out. 2021.

GOMES, E. S. S.; GALINDO, W. C. M. Equipes de saúde da família frente à testagem e ao aconselhamento das IST, HIV-AIDS, v. 41, n. 3, p. 628-649, jul./set. 2017. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2376. Acesso em: 18 out. 2021.

GOMES, F. F. C. *et al* . Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000100031&script=sci_abstract&tlng=PT. Acesso em: 12 out. 2021.

GOMES, L. O. *et al*. Hepatitis C in Brazil: lessons learned with boceprevir and telaprevir. **Rev Inst Med Trop Sao Paulo**, v. 60, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972466/. Acesso em: 16 out. 2021.

GOMES, L. O. *et al*. The benefits of a public pharmacist service in chronic hepattis C treatment: The real-life results of sofosbuvir-based therapy. **Res Social Adm Pharm.**, v. 16, n. 1, p. 48-53, jan. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30853508/. Acesso em: 15 out. 2021.

GÓMEZ, E. J.; JUNGMANN, S.; LIMA, A. S. Resource allocations and disparities in the Brazilian health care system: insights from organ transplantation services. **BMC Health Serv Res.**, v. 18, n. 1, fev. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29415705/. Acesso em: 18 out. 2021.

GOMIDE, G. P. M. *et al*. Diagnóstico precoce da hepatite C pela atenção primária à saúde. **REFACS**, v. 9, Supl. 1, p. 271-280, jan./mar. 2021. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4242. Acesso em 15 out. 2021.

GONÇALVES, N. V. *et al*. Hepatitis B and C in the areas of three Regional Health Centers of Pará State, Brazil: a spatial, epidemiological and socioeconomic analysis. **Cad Saude Colet.,** v. 27, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VwHymDXTrCSmM4Q7NFtNHmB/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

GORGOS, L. Sexual transmission of viral hepatitis. **Infect Dis Clin North Am.**, v. 27, n. 4, p. 811-836, dez. 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24275272/. Acesso em: 18 out. 2021.

GOUNTAS, I. *et al*. Economic evaluation of the hepatitis C elimination strategy in Greece in the era of affordable direct-acting antivirals. **World J Gastroenterol.**, v. 25, n. 11, p. 1327-1340, mar. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30918426/. Acesso em: 15 out. 2021.

GOVERNO DE MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Plano Estadual de Saúde** – PES, de Saúde – PES. MT 2016-2019. Relatório. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2017. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MT_Plano-estadual-de-saude-2016-2019-[579-140617-SES-MT]%20(1).pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

GOVERNO DE MATO GROSSO. Secretaria de Saúde de Mato Grosso. **Boletim Atenção Primária à Saúde no Mato Grosso**. Cuiabá: Secretaria de Saúde de Mato Grosso: 2018. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude. Acesso em: 16 out. 2021.

GOVERNO DE MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Segurança Pública. **Governo trabalha para ampliar 4 mil vagas no sistema penitenciário**. Cuiabá:

Secretaria de Estado de Segurança Pública, 3 fev. 2020. Disponível em: http://www.sesp.mt.gov.br/-/13698769-governo-trabalha-para-ampliar-4-mil-vagas-no-sistema-penitenciario. Acesso em: 16 out. 2021.

GOVERNO DE MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Segurança Pública. Secretaria Adjunta de Administração Penitenciária. **Boletim COVID-19** – Sistema Penitenciário/MT – 16/09/2021. Cuiabá: Superintendência de Política Penitenciária, set. 2021. Disponível em: http://www.sesp.mt.gov.br/documents/4713378/16174761/BOLETIM+INFORMATIVO.COVID-19.+SISPEN-MT_16.09.21.pdf/3bcb41ad-ce89-61ab-28b3-84dc4aeacc8c. acesso em: 16 out. 2021.

GOWER, E. *et al*. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. **J Hepatol**, v. 61, Supl. 1, p. 45-57, nov. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25086286/. Acesso em: 17 out. 2021.

GRAEFF, S. V. *et al*. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV e da aids entre povos indígenas. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/kGr67vx9TXFhhJLRPhNDsHz/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

GREER, S. L. *et al*. Policy, politics and public health. **Eur J Public Health**, v. 27, Supl. 4, p. 40-43, out. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29028231/. Acesso em: 17 out. 2021.

GREER, S. L.; JARMAN, H.; AZORSKY, A. A reorganisation you can see from space. The architecture of power in the new NHS. **Center for Health and the Public Interest**, 2014. Disponível em: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.698.9764&rep=rep1&type=pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

GRIEF, S. N.; MILLER, J. P. Infectious Disease Issues in Underserved Populations. **Prim Care**, v. 44, n. 1, p. 67-85, mar. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28164821/. Acesso em: 18 out. 2021.

GRIN, E. J. *et al*. Sobre desconexões e hiatos: uma análise de capacidades estatais e finanças públicas em municípios brasileiros. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 23, n. 76, p. 312-336, set./dez. 2018. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/75417. Acesso em: 15 out. 2021.

GRIN, E. J.; ABRUCIO, F. L. Quando feds e locals não falam a mesma língua: uma análise sobre dissonâncias na cooperação federativa. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, p. 694-719, 2017. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/21746. Acesso em: 18 out. 2021.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989.

GUIMARAENS, M. A.; CODECO, C. T. Experimentos com modelos matemáticos para simular a dinâmica populacional da hepatite A em diferentes níveis de endemicidade. **Cad Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, pág. 1531-1539, out. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/tLcyV38qKPX3sCj9S9TYvkG/abstract/?lang=pt&format=html. Acesso em: 17 out. 2021.

GUIMARÃES, L. Política de Saúde em Mato Grosso: dois mandatos para a construção da regionalização. In: MÜLLER NETO, Júlio Strubing; TICIAL, Fátima Aparecida Ticiael (Orgs.). **Curso de desenvolvimento gerencial do SUS**: coletânea de textos. 2. ed. Cuiabá: EdUFMT, 2015.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L.. Cooperação intergovernamental: os *consórcios em saúde de Mato Grosso.* **Saúde debate***, Rio de Janeiro, v.* 28, n. 67, p. 149-158, maio/ago. 2004. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/CoopIntergov.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Ks5MqD4WGHmwQZkCPpqpqFj/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

GULLIFORD, M. *et al*. What does 'access to health care' mean? **J Health Serv Res Policy**, v. 7, n. 3, p. 186-188, jul. 2002. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12171751/. Acesso em: 18 out. 2021.

GURJÃO, F. M.; MAIA, L. F. R. B.; CARVALHO, M. F. S. L. Tratamento fora de domicílio: perspectivas dos pacientes do transplante renal de um hospital universitário **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 17, n.1, p. 155-180, jan./jun. 2018. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655206. Acesso em: 16 out. 2021.

GUSSI, A. F.; OLIVEIRA, B. R. Políticas Públicas e outra perspectiva de avaliação: Uma abordagem antropológica. **Revista Desenvolvimento em Debate**, v. 4, n. 1, p. 83-101, 2016. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/dd/article/view/31897. Acesso em: 18 out. 2021.

HAAG, C. B.; GONÇALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 723-739, set. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/8mYyZfSPWpgqNCrgctw56rq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

HAMANN, C. *et al*. Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde

sexual. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 651-663, jul./set. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170669. Acesso em: 15 out. 2021.

HAN, H. *et al*. Voices of multi-ethnic providers in NYC: health care for viral hepatitis to prevent hepatocellular carcinoma. **J Cancer Educ.**, v. 29, n. 2, p. 214-223, jun. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24189830/. Acesso em: 15 out. 2021.

HARDTKE, S.; WIEBNER, B.; MANNS, M. P. Vom Kompetenznetz Hepatitis (HepNet) zur Deutschen Leberstiftung [From the national competence network for viral hepatitis (HepNet) emerged the German Liver Foundation (Deutsche Leberstiftung)]. **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz**, Alemanha, v. 59, n. 4, p. 482-488. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26942931/. Acesso em: 15 out. 2021.

HARLEY, J. B. **La nueva naturaleza de los mapas**. Cidade do México: FCE, 2006.

HARM REDUCTION INTERNATIONAL. **The global state of harm reduction 2018**. 6. ed. London: Phoenix Media Group, 2018. Disponível em: https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018. Acesso em: 15 out. 2021.

HARTZ, Z. A. 'Undisciplinary' comments from evaluative research in health. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1713-1714, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, 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**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800026&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 16 out. 2021.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014.

HARTZ, Z.; REHEM, T.; CRAVEIRO, I. Meta-avaliação em tempos de pandemia: para que servem as intervenções da covid-19? In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs.). **Principais Elementos.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 168-180. (Coleção Covid-19, v. 1). Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/. Acesso em: 23 abr. 2021.

HATRY, H. P. Sorting the relationships among performance measurement, program evaluation, and performance management. **New Dir Eval.**, v. 137, p. 19-32, 2013. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ev.20043. Acesso em: 18 out. 2021.

HENDERSON, C.; MADDEN, A.; KELSALL, J. 'Beyond the willing & the waiting' - The role of peer-based approaches in hepatitis C diagnosis & treatment. **Int J Drug**

Policy, v. 50, p.111-115, dez. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28927831/. Acesso em: 15 out. 2021.

HENDRICKX, G. *et al*. Has the time come to control hepatitis A globally? Matching prevention to the changing epidemiology. **J Viral Hepat.**, v. 15, n. 2, p. 1-15, out. 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18837827/. Acesso em: 15 out. 2021.

HO, Y.; MORAIS, A. M. COVID-19: what have we learned?. **Jornal Brasileiro de Pneumologia***,* v. 46, n. 3, 2020.

HOLLANDE, C.; PARLATI, L.; POL, S. Micro-eliminação do vírus da hepatite C. **Liver International** , v. 40, p. 67-71, 2020.

HOLMBERG, S. D. *et al*. Hepatitis C in the United States. **N Engl J Med.**, v. 368, n. 20, p. 1859-1861, mai. 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23675657/. Acesso em: 15 out. 2021.

HUNT, D. R.; SAAB, S. Viral hepatitis in incarcerated adults: a medical and public health concern. **Am J Gastroenterol**, v. 104, n. 4, p. 1024-1031, abr. 2009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19240708/. Acesso em: 18 out. 2021.

HUNTER, D. E. K.; NIELSEN, S. B. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. **New Dir Eval.** v. 137, p. 7-17, 2013. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ev.20042. Acesso em: 16 out. 2021.

HUTTON, J. *et al*. Point-of-care Hepatitis C virus testing and linkage to treatment in an Australian inner-city emergency department. **Int J Drug Policy**, v. 72, p. 84-90, out. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31351752/. Acesso em: 15 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição espacial da população indígena**. População Indígena, por localização do domicílio e percentual nas Terras Indígenas, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/encarte_censo_indigena_02%20B.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil/ Mato Grosso/ Panorama – 2020**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/panorama. Acesso em: 20 out. 2021.

ISHIZAKI, A. *et al*. Survey of programmatic experiences and challenges in delivery of hepatitis B and C testing in low- and middle-income countries. **BMC Infect Dis.**, v. 17, Supl. 1, nov. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29143609/. Acesso em: 15 out. 2021.

JANNUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e políticas públicas**, n. 36, 2011.

JAKUBOWSKI, E.; SALTMAN, R. B. **The changing national role in health system governance:** a case-based study of 11 European countries and Australia. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/changing-national-role-in-health-system-governance-the.-a-case-based-study-of-11-european-countries-and-australia-2013. Acesso em: 17 out. 2021.

JENKS, G. F. **The Data Model Concept in Statistical Mapping International Yearbook of Cartography**, v. 7, p 186-190. 1967.

JESUDIAN, A. B.; GAMBARIN-GELWAN, M.; JACOBSON, I. M. Advances in the treatment of hepatitis C virus infection. **Gastroenterol Hepatol (N Y)**, v. 8, n. 2, p. 91-101, fev. 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22485076/. Acesso em: 16 out. 2021.

JESUS, W. L. A; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

JESUS, W.L.A. **Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2006.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **The measuring mandate – on the road to performance improvement in health care**. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1993.

JONES, L. *et al*. Effectiveness of interventions to increase hepatitis C testing uptake among high-risk groups: a systematic review. **Eur J Public Health**, v. 24, n. 5, p. 781-788, out. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24158318/. Acesso em: 15 out. 2021.

JOPPERT, M. P. Fatores para a profissionalização e a importância das diretrizes para a prática da avaliação no Brasil. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4322/rbaval202110003. Acesso em: 18 out. 2021.

JUNEJA, S. *et al*. Projected savings through public health voluntary licences of HIV drugs negotiated by the Medicines Patent Pool (MPP). **PLoS One**, v. 12, n. 5, maio 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28542239/. Acesso em: 16 out. 2021.

JÚNIOR, B. S. S. *et al*. Pandemia do coronavírus: estratégias amenizadoras do estresse ocupacional em trabalhadores da saúde. **Revista Enfermagem em foco***,* v. 11, n. 1, p. 148-54, 2020.

JUNIOR, S. D. G.; SILVA, E. B. A "Reforma" trabalhista brasileira em questão: reflexões contemporâneas em contexto de precarização social do trabalho**. Revista de estudos organizacionais e sociedade***,* v. 7, n. 18, 2020.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/cTPxLbqWxgbjmyShw5FK8Sw/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

KAMEDA, K. I.; CORRÊA, M. C. D. V.; CASSIER, M. A incorporação do teste diagnóstico baseado na amplificação de ácidos nucleicos (NAT) para triagem de sangue no SUS: arranjos tecnológicos para a nacionalização do "NAT brasileiro". **Physis**, v. 28, n. 1, mar. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/HycPcQFZLQtCWBjrWDZYtjg/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

KESSNER, D. M. Assessing health quality: the case for tracers. **N Engl J Med,** v. 288, p. 189-194, 1973a. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4682231/. Acesso em: 13 out. 2021.

KESSNER, D. M. *et al*. **Infant Death:** an Analysis Of Maternal Risk And Health Care. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973b. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/505567. Acesso em: 12 de out. 2021.

KIM, N. J. *et al*. Liver Disease Monitoring Practices After Hepatitis C Cure in the Underserved Population. **Hepatol Commun.**, v. 2, n. 10, p. 1274-1283, set. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30288480/. Acesso em: 18 out. 2021.

KISIL, M.; CHAVES, M. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. 1994. Trabalho de Conclusão de curso (Enfermagem). Universidade Estadual de São Paulo, Barueri, 1994. Disponivel em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-160543. Acesso em: 20 out. 2021.

KNHIS, N. S. *et al*. The experience of patients undergoing liver transplantation in the transition of care. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 22, p. 1-9, 2021. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/61476. Acesso em: 15 out. 2021.

KONDILI, L. A. *et al*. Will the COVID-19 pandemic affect HCV disease burden?. **Digestive and Liver Disease***,* v. 52, n. 9, p. 947-49, 2020.

KRAUTH, C. *et al*. Elimination of hepatitis C virus in Germany: modelling the cost-effectiveness of HCV screening strategies. **BMC Infect Dis.**, v. 19, n. 1, dez. 2019.

Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31791253/. Acesso em: 15 out. 2021.

KUHNEN, A. E. Centros de testagem e aconselhamento em HIV/aids: atuação das enfermeiras (1998-2015). 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215403. Acesso em: 15 out. 2021.

KUNRATH, Â. A. F.; JUNGES, J. R.; LOPEZ, L. C. Vulnerabilidades e subjetividades de pessoas com diagnóstico e tratamento de hepatite C. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 225-233, jun. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qgWPN9Gs7BmT9Bj4vFbYtDd/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

LAHEY, R. **The Canadian M&E System**: Lessons Learned from 30 years of Development. Washington: World Bank ECD, 2010.

LAMBERT, J.S. *et al.* 'HepCheck Dublin': an intensified hepatitis C screening programme in a homeless population demonstrates the need for alternative models of care. **BMC Infect Dis.**, v. 19, n. 1, fev. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30732573/. Acesso em: 18 out. 2021.

LANINI, S. *et al*. Viral Hepatitis: Etiology, Epidemiology, Transmission, Diagnostics, Treatment, and Prevention. **Infect Dis Clin North Am.**, v. 33, n. 4, p. 1045-1062, dez. 2019. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31668190/. Acesso em: 18 out. 2021.

LEAL, E. M. M. *et al*. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde soc.**, v. 28, n. 3, p. 128-142, jul./set. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/36BJJrwLzKQtQVkxRDWnVSt/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

LEÃO, R. N. Q. *et al*. **Medicina tropical e infectologia na Amazônia**. 1. ed. Belém: Samauma, 2013.

LERMEN, H.S. *et al*. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/zJDxMf6BFhqhN5NX5DmjptH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

LI, W. *et al*. Challenges of transferring rural adults with chronic HCV infection for further HCV RNA confirmation and free DAAs treatment: a success story of the interdisciplinary collaboration approach. **BMC Infect Dis.**, v. 20, n. 1, out. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33028228/. Acesso em: 15 out. 2021.

LIMA, L. D. *et al*. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticos-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

LIMA, L. D.; VIANA, A.; MACHADO, C. V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M.A. (Orgs.). **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 565.

LIMA, L. L.; PAPI, L. P.. Planejamento governamental e ciclo de políticas públicas: quando a semelhança não é correspondência. In: _____. (Orgs). **Planejamento e políticas públicas**: intencionalidades, processos e resultados. Porto Alegre: Jacarta, 2020. p. 15-39. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/212579/001115997.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 out. 2021.

LIN, C. *et al*. The disconnect in hepatitis screening: participation rates, awareness of infection status, and treatment-seeking behavior. **J Glob Health**, v. 9, n. 1, jun. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31073398/. Acesso em: 15 out. 2021.

LINDER, K. A.; MALANI, P. N. Hepatitis A. **JAMA**, v. 318, n. 23, dez. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29094153/. Acesso em: 15 out. 2021.

LIU, J. *et al*. Countdown to 2030: eliminating hepatitis B disease, China. **Bull World Health Organ.**, v. 97, n. 3, p. 230-238, mar. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30992636/. Acesso em: 15 out. 2021.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89-120.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A.. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarréia na infância. **Cad Saúde Pública**, v. 20, Supl. 2, p. 283-297, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/jhFZ9Ghxzn3XYyXhLb8rQ7Q/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, dez. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/QmtnXq3jpvwPBHDxx4qcqVP/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, Í. F.. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, p. 121-134, 2007.

LOURENÇO, S. R. Ações Afirmativas: o processo de criação do programa de inclusão de estudantes quilombolas (PROINQ) na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). **Campos**, v. 17, n. 2, jul./dez. 2016. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/56215/pdf_1. Acesso em: 18 out. 2021.

LUI, L.; SCHABBACH, L. M. Federalismo e policy arenas: uma análise a partir da atuação dos consórcios no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 55, p. 167-190, jul./set. 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/1121. Acesso em: 15 out. 2021.

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5065-5074, dez. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/SwygWF8DTW4DsfzK4mdtzkw/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

LU P-J, B. K. K.; MURPHY, T. V; WEINBAUM, C. Hepatitis B vaccination coverage among high-risk adults 18–49 years, U.S., 2009. **Vaccine,** v.29, n. 40, p. 7049-57, 2011.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1775, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 ago. 2017.

MAJOR, B. *et al*. Stigma and its implication for health: introduction and overview. In: MAJOR, B.; DOVIDIO, J. F.; LINK, B. G. (Orgs.). **The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health**. Nova York: Oxford University Press, 2017. p. 3-28.

MALIK, F. *et al*. Where are the children in national hepatitis C policies? A global review of national strategic plans and guidelines. **JHEP Rep.**, v. 3, n. 2, jan. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33665586/. Acesso em: 15 out. 2021.

MALLOLAS, J. *et al*. Quality of life in patients with hepatitis C. Importance of treatment. **Gastroenterol Hepatol.**, v. 42, Supl. 1, p. 20-25, set. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32560769/. Acesso em: 18 out. 2021.

MANGIA, A. *et al*. Hepatitis C virus micro-elimination: Where do we stand?. **World J Gastroenterol.**, v. 27, n. 16, p. 1728-1737, abr. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33967553/. Acesso em: 15 out. 2021.

MARCHESINI, A. M. *et al*. Hepatites B e C em usuário de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 57-63, dez. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000900010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

MARCHILDON, G. P. The crisis of regionalization. **Health Manage Forum**, v. 28, n. 6, p. 236-238, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26347479. Acesso em: 17 out. 2021.

MARI, P. C.; GULATI, R.; FRAGASSI, P. Adolescent Hepatitis C: Prevalence, Impact, and Management Challenges. **Adolesc Health Med Ther.,** v. 12, p. 45-53, maio 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33994820/. Acesso em: 15 out. 2021.

MARIOTTI, G.; GENTILINI, M.; DAPOR, V. Improving referral activity on primary-secondary care interface using an electronic decision support system. **Int J Med Inform.**, v. 82, n. 12, p. 1144-1151, dez. 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24018243/. Acesso em: 15 out. 2021.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-06182012000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

MARSHALL, A. D. *et al*. Restrictions for reimbursement of direct-acting antiviral treatment for hepatitis C virus infection in Canada: a descriptive study. **CMAJ Open**, v. 4, n. 4, p. 605-614, out. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28018873/. Acesso em: 16 out. 2021.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. A; SCATENA, J. H. G. G. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. **Saúde debate**, v. 39, p. 76-90, dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5SQdPDCkvT5DcnCZbLg836x/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

MASSUDA, A. *et al*. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health**, v. 3, n. 4, jul. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29997906/. Acesso em: 18 out. 2021.

MATHES, T.; ANTOINE, S.; PIEPER, D. Factors influencing adherence in Hepatitis-C infected patients: a systematic review. **BMC Infect Dis.**, v. 14, abr. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24731285/. Acesso em: 15 out. 2021.

MATHUR, P. *et al*. A pilot study to expand treatment of chronic hepatitis C in resource-limited settings. **Antiviral Res.**, v.146, p. 184-190, out. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28927676/. Acesso em: 18 out. 2021.

MATO GROSSO. Comissão de Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/MT Nº065 de 03 de abril de 2012.** Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/4.c%20-%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB-MT%20N%C2%BA%20112.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

MATO GROSSO. Comissão de Intergestores Bipartite. **Resolução CIB MT nº57 de 26 julho de 2018**. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/legislacao?origem=19&p=&num=57&mes=&ano=2018. Acesso em: 20 out. 2020.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

MAZUTTI P. J. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**. 2017.

MCCOMBE, G. *et al*. Integrating primary and secondary care to optimize hepatitis C treatment: development and evaluation of a multidisciplinary educational Masterclass series. **J Antimicrob Chemother**, v. 1, n. 74, Supl. 5, p. 24-30, nov. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782501/. Acesso em: 15 out. 2021.

MCGINNIS, C. W.; HAYS, S. M. Adults with liver failure in the intensive care unit: a transplant primer for nurses. **Crit Care Nurs Clin North Am.**, v. 30, n. 1, p. 137-148, mar. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29413209/. Acesso em: 15 out. 2021.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity.** New York: Cambridge University, 2007.

MEDRONHO, R. A.; WERNECK, G. L. Técnicas de análise espacial em Saúde. In: MEDRONHO, R. A. (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 427-446.

MEHTA, S. J. *et al*. Behavioral interventions to improve population health outreach for hepatitis C screening: randomized clinical trial. **BMJ**, v. 18, mai. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34006604/. Acesso em: 16 out. 2021.

MELLO, G. A. *et al*. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401291&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. Á. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JCpjVSbmMXxY3xnD3zrYFYb/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005. Acesso em: 17 out. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde***.* Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 17 out. 2021.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun. 2018. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839. Acesso em: 16 out. 2021.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível.** Conselho Nacional de Secretários da Saúde –CONASS, 2020. Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2020/12/Livro-Terceira-Onda-por-Eugenio-Vilaca-Mendes.pdf. Acesso em: 15 dez. 2020.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Orgs.). **A política de regulação do Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/09/DesenvolvimentodeSistemaseServicosdeSaude.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

MENEZES, M. L. B. *et al*. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, p. 1-11, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/FXQhkRH7g7ZzMwpmfNv6PhF/. Acesso em: 15 out. 2021.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000100029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

MENNINI, F. S. *et al*. The impact of direct acting antivirals on hepatitis C virus disease burden and associated costs in four european countries. **Liver Int.**, v. 41, n. 5, p. 934-948, maio 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33529499/. Acesso em: 16 out. 2021.

MESQUITA, F. *et al*. The Brazilian comprehensive response to hepatites C: from strategic thinking to access to interferon-free therapy. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, nov. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27806712/. Acesso em: 16 out. 2021.

MEYER, S.; MANNS, M. P.; WEDEMEYER, H. Drei Jahre vertikale Vernetzung im Kompetenznetz Hepatitis: Was können wir aus der Nutzung unterschiedlicher Informationsmedien lernen? [Three years of vertical networking in the German

Network of Competence on Viral Hepatitis: what can we learn from the usage of different information tools?]. **Z Gastroenterol.**, Alemanha, v. 44, n. 1, p. 15-23, jan. 2006. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16397835/. Acesso em: 15 out. 2021.

MILLER, L. S. *et al*. Defining the hepatitis C cure cascade in an Urban health system using the electronic health record. **J Viral Hepat.**, v. 27, n. 1, p. 13-19, jan. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31505088/. Acesso em: 15 out. 2021.

MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington D.C.: National Academy Press, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Sâo Paulo/Rio de Janeiro: SUCITEC-ABRASCO,1998.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MIRANDA, A. E. *et al*. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. spe. 1, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/j/ress/a/4PN8LTxznTgSGZwnvVrvYFH/. Acesso em: 18 out. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000200329&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

MIRANDA, P. H. M. V. **Da saúde internacional à saúde global**: trajetórias históricas e geográficas do conceito de medicamentos essenciais. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4498#preview-link0. Acesso em: 15 out. 2021.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 25-45, jan./jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a03.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

MONTEIRO, O. **Integralidade truncada**. Disponível em: http://www. resbr.net.br/integralidade-truncada/. Acesso em: 15 maio 2016.

MOON, S.; ERICKSON, E. Universal Medicine Access through Lump-Sum Remuneration - Australia's Approach to Hepatitis C. **N Engl J Med.**, v. 380, n. 7, p. 607-610, fev. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30763190/. Acesso em: 16 out. 2021.

MORAIS, V. S.; CHAVES, A. P. L. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 349-360, 2016.

MORGAN, J. R. *et al*. Economic evaluation of HCV testing approaches in low and middle income countries. **BMC Infect Dis.**, v. 17, Supl. 1, nov. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29143681/. Acesso em 15 out. 2021.

MOTTA-CASTRO, A. R. et al. Compliance with and response to hepatitis B vaccination in remaining quilombo communities in Central Brazil. **Cadernos de saúde pública***,* v. 25, n. 4, p. 738-742, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2009000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 17 out. 2021.

MOURA, H. L. **Fatores que interferem na adesão ao tratamento de indivíduos com hepatite B e D atendidos em uma unidade de referência da Amazônia Ocidental**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental) – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2018. Disponível em: http://www2.ufac.br/ppgcs/informacoes-academicas/dissertacoes/2016/hemeson-lira-de-moura.pdf. Disponível em: 15 out. 2021.

MOYNIHAN, R. *et al*. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. **BMJ Open,** v. 11, n. 3, mar. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33727273/. Acesso em: 18 out. 2021.

MURPHY, M. *et al*. Public Health Approaches Toward Eliminating Hepatitis C Virus in Rhode Island. **R I Med J (2013)**, v. 103, n. 5, p. 22-25, jun. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32481775/. Acesso em: 16 out. 2021.

MURTAGH, R. *et al*. Hepatitis C Prevalence and Management Among Patients Receiving Opioid Substitution Treatment in General Practice in Ireland: Baseline Data from a Feasibility Study. **Interact J Med Res.**, v. 7, n. 2, dez. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30567692/. Acesso em: 18 out. 2021.

NASCIMENTO, A. B. F. M. **Cooperação Intermunicipal no Brasil: os efeitos dos consórcios públicos de saúde à luz do Institutional Colletive Action**. 2019. Tese (Doutorado em Administração) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/28347. Acesso em: 15 out. 2021.

NASCIMENTO, M.; Brant, F. Maria, Maria. Intérprete: Milton Nascimento. *In*: **Clube da Esquina II**. Rio de Janeiro: EMI Records Brasil Ltda, 1978. 1 disco vinil, lado B, faixa 2 (3m2s).

NATALINO, M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Nota técnica nº73, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Brasília: IPEA, 2020.

NARCAD. Centro Nacional de Recursos para Detalhamento Acadêmico, 2017. Disponível em: https://www.narcad.org/ . Acesso em: 12 out. 2021.

NAYAGAM, S. *et al*. Requirements for global elimination of hepatitis B: a modelling study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 12, p. 1399-1408, dez. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27638356/. Acesso em: 18 out. 2021.

NEMES, M. I. B. *et al*. Avaliação de serviços de saúde: a experiência do Qualiads. In: AKERMAN, M; FURTADO, J. P. (Orgs.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

NERI, S. *et al*. A multidisciplinary therapeutic approach for reducing the risk of psychiatric side effects in patients with chronic hepatitis C treated with pegylated interferon alpha and ribavirin. **J Clin Gastroenterol.**, v. 44, n. 9, p. 210-217, out. 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20838237/. Acesso em: 15 out. 2021.

NETA, A. C. S. F. *et al*. O Acesso ao Tratamento Fora de Domicílio dos Pacientes do Município de Três Rios: limites, desafios e possibilidades. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 5, n. 4, p. 1305 -1318, 2020. Disponível em: http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/467. Acesso em: 16 out. 2021.

NEW SOUTH WALES; ANTI-DISCRIMINATION BOARD. **C-change: Report of the enquiry into hepatitis C related discrimination**. NSW Department of Justice: 2001. Disponível em: https://catalogue.nla.gov.au/Record/3015604. Acesso em: 15 out. 2021.

NICKEL, D. A. *et al*. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad saúde pública**, v. 30, n. 12, dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/V699t84w5PXN7wXFXHXYDrK/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

NICOLELIS, M. A. L.. O Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4) do Consórcio Nordeste e a Pandemia de COVID-19 no Brasil. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs.). **Planejamento e Gestão**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 126-145. (Coleção Covid-19; v. 2). Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid-19-volume2.pdf#page=127. Acesso em: 16 out. 2021.

NOLLER, G.; BOURKE J. Point-of-care rapid testing for hepatitis C antibodies at New Zealand needle exchanges. **N Z Med J.**, v. 133, p. 84-95, nov. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33223551/. Acesso em: 18 out. 2021.

NORONHA, J. C.; CONILL, E.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos: Uma visão comparada. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva, Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 151-172.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf. Acesso em: 31 jul. 2019.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000500018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

OLIVEIRA, B.; DAROIT, D. Public Policy networks and the implementation of the Bolsa-Família program: An analysis based on the monitoring of school attendance. **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**, v. 28, n. 120, p. 1-27, ago. 2020. Disponível em: https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1265327.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, abr. 2021. Disponível em: https://scielosp.org/article/physis/2021.v31n1/e310105/pt/. Acesso em: 18 out. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al*. Apontamentos para estudo de sistemas de saúde: análise multifacetada e agravos traçadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 102, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/3RkdbSX5GyV4qkxhmkLgX7j/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al*. Apontamentos para estudo de sistemas de saúde: análise multifacetada e agravos. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1139464. Acesso em: 2 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sixty-third World Health Assembly**. Genebra: maio 2010. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Documento de posição da OMS sobre vacinas contra hepatite A - junho de 2012. **Wkly Epidemiol Rec.**, v. 87, p. 261–276, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Hepatitis B**. Nota descriptiva Nº 204. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/. Acesso em: 17 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transformar nuestro mundo**: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/70/1. 2015. Disponível em: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health Sector Strategy on Viral Heatitis 2016-2021**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/. Acesso em: 17 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Com novo tratamento, Brasil ultrapassa 90% de taxa de cura para hepatite C**. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5190:com-novo-tratamento-brasil-ultrapassa-90percent-de-taxa-de-cura-para-hepatite-c&Itemid=812. Acesso em: 27 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Educação interprofissional na atenção à saúde:** melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington: OPAS, 2017. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34370. Acesso em: 16 out. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez**. 28a Conferencia Sanitaria Panamericana. 64.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. del 17 al 21 de septiembre del 2012. Washington, D. C.: OPS, 2013. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21087&Itemid=270. Acesso em: 17 out. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019**. 53° Consejo Directivo de la OPS. 66a sesión del Comité Regional de las OMS para las Américas. del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C., EUA: OPS, 2014. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=es. Acesso em: 17 out. 2021.

ORU, E. *et al*. Decentralisation, integration, and task-shifting in hepatitis C virus infection testing and treatment: a global systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health**, v. 9, n. 4, abr. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33639097/. Acesso em: 15 out. 2021.

OTERO, M. Á. *et al*. Peer-to-Peer Sessions in Primary Care to Improve the Hepatitis B Detection Rate in Seville, Spain. **Ann Hepatol.**, v. 17, n. 5, p. 864-870, set./out. 2018. Disponível em: https://www.elsevier.es/en-revista-annals-hepatology-16-

articulo-peer-to-peer-sessions-in-primary-care-S1665268119302662. Acesso em: 15 out. 2021.

OUMA, P. O. *et al*. Access to emergency hospital care provided by the public sector in subSaharan Africa in 2015: a geocoded inventory and spatial analysis. **Lancet Glob Health**, v. 6, n. 3, p. 342–350, mar. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29396220/. Acesso em: 18 out. 2021.

OVERTON, K. *et al*. Outcomes of a nurse-led model of care for hepatitis C assessment and treatment with direct-acting antivirals in the custodial setting. **Int J Drug Policy**, v. 72, p. 123-128, out. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967329/. Acesso em: 15 out. 2021.

PAESE, C. R.; AGUIAR, A. A. G. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 65-87, jan./jul. 2012. Disponível em: http://www.fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/view/217. Acesso em: 18 out. 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, ago. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

PALINKAS, L. A. *et al*. Mixed method designs in implementation research. **Adm Policy Ment Health**, v. 38, n. 1, p. 44-53, jan. 2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20967495/. Acesso em: 17 out. 2021.

PAPALUCA, T. *et al*. Outcomes of treatment for hepatitis C in prisoners using a nurse-led, statewide model of care. **J Hepatol.**, v. 70, n. 5, p. 839-846, maio 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654067/. Acesso em: 15 out. 2021.

PAPATHEODORIDIS, G. V. *et al*. Hepatitis C: The beginning of the end-key elements for successful European and national strategies to eliminate HCV in Europe. **J Viral Hepat.**, v. 25, Supl. 1, p. 6-17, mar. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29508946/. Acesso em: 15 out. 2021.

PARMEJIANI, E. P. *et al*. Saúde sexual e reprodutiva em comunidades ribeirinhas: revisão integrativa. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/y3H6YN6pJHgmtDdGGMGcN8J/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

PASSOS, X. S. *et al*. Species distribution and antifungal susceptibility patterns of Candida spp. bloodstream isolates from a Brazilian tertiary care hospital. **Mycopathologia**, v. 163, n. 3, p. 145-151, mar. 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17334813. Acesso em: 17 out. 2021.

PATEL, A. V. *et al*. Cognitive reserve is a determinant of health-related quality of life in patients with cirrhosis, independent of covert hepatic encephalopathy and model for end-stage liver disease score. **Clin Gastroenterol Hepatol.**, v. 13, n. 5, p. 987-991, maio 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25445772/. Acesso em: 18 out. 2021.

PATTON, M. Q. Evaluation, knowledge management, best practices, and high quality lessons learned. **Ame J Evaluation**, v. 22, n. 3, p. 329-336, 2001. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109821400102200307. Acesso em: 16 out. 2021.

PAULA, V. *et al*. Seroprevalence of viral hepatitis in riverine communities from the Western Region of the Brazilian Amazon Basin. **Mem Inst Oswaldo Cruz**. v. 96, n. 8, p. 1123-1128, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762001000800016. Acesso em: 17 out. 2021.

PECKHAM, S. *et al*. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. **Prim Health Care Res Dev.**, v. 18, n. 6, p. 529-540, nov. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28797316/. Acesso em: 18 out. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

PEELING, R. W. *et al*. The future of viral hepatitis testing: innovations in testing technologies and approaches. **BMC Infect Dis.**, v. 17, Supl. 1, nov. 2017. Disponível em: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-017-2775-0. Acesso em: 18 out. 2021.

PENCHANSKY, D.; THOMAS, J. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 20, p. 127-140, 1981. Acesso em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/. Acesso em: 17 out. 2021.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **ODEERE**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, v. 5, n. 10, p. 280-303, jul./dez. 2020. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938/5450. Acesso em: 15 out. 2021.

PÉREZ HERNÁNDEZ, J. L. *et al*. Chronic viral hepatitis C micro-elimination program using telemedicine. The mexican experience. **Rev Esp Enferm Dig.**, v. 113, n. 6, p. 432-435, jun. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33267593/. Acesso em: 15 out. 2021.

PÉREZ, A. V. *et al*. Evaluating the centralized purchasing policy for the treatment of hepatitis C: The Colombian CASE. **Pharmacol Res Perspect.**, v. 7, n. 6, dez. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31857910/. Acesso em: 15 out. 2021.

PINAFO, E. *et al*. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1619-1628, maio 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/gPnKF8DqfgKyxtgPyb5hYgG/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

PINEAULT, R. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Brasília: nov. 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/LEIASS-2.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

PINILLA, J.; GARCÍA-ALTÉS, A. La evaluación de políticas públicas. Informe SESPAS 2010. **Gac Sanit.**, Espanha, v. 24, n. 1, p. 114-119, 2010. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/82123989.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300004. Acesso em: 17 out. 2021.

PISCO, L. A. **Centralizar ou descentralizar a gestão da saúde?**. 2015. Disponível em: http://www.resbr.net.br/centralizar-ou-descentralizar-a-gestao-da-saude/. Acesso em: 17 out. 2021.

PLUNKETT, J. *et al*. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) in England, 2016-2018: The contribution of past and current vaccination policy and practice. **Vaccine X**, v. 28, n. 1, fev. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31384736/. Acesso em: 15 out. 2021.

POMEROY, M.; SILVA, R. R. Entrevista com a nigeriana Florence Etta: “Avaliação é uma necessidade humana, uma religião com r minúsculo e um exercício técnico”. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4322/rbaval202110010. Acesso em: 18 out. 2021.

POSUWAN, N. *et al*. Towards the elimination of viral hepatitis in Thailand by the year 2030. **J Virus Erad.**, v. 6, n. 3, jun. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33251021/. Acesso em: 15 out. 2021.

POURMARZI, D. *et al*. Enablers and barriers for the provision of community-based HCV treatment: A case study of a real-world practice. **J Viral Hepat.**, v. 27, n. 5, p. 1-13, maio 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31958355/. Acesso em: 18 out. 2021.

POZZA, R. *et al*. Eradicating hepatitis C virus: The APRN's role. **Nurse Pract.**, v. 44, n. 11, p. 16-27, nov. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31567700/. Acesso em: 16 out. 2021.

RAZAVI, H. Global Epidemiology of Viral Hepatitis. **Gastroenterol Clin North Am.**, v. 49, n. 2, p. 179-189, jun. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389357/. Acesso em: 16 out. 2021.

REIS, A. T.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago. 2012. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/543. Acesso em: 18 out. 2021.

REIS, A. C. *et al*. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde Debate**, v. 41, p. 330-344, 2017. Disponível em: doi:10.1590/0103-11042017s24. Acesso em: 9 set. 2019.

REIS, B. V. **A hepatite C na Internet e suas implicações na relação terapêutica: a perspectiva do médico**. 2011. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6187. Acesso em: 15 out. 2021.

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 soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 95-110, jun. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/yLfJLfvdRsMCrNJ6yCygdmH/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

RIBEIRO, L. L. *et al*. Vulnerabilidades de pescadores de comunidades ribeirinhas às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Rev Cubana Enferm.**, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1231/288. Acesso em: 15 out. 2021.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, jun. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZWmXz4YtyZNYWdRsksHrdHN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

RICARDO, B.; RICARDO, F. (Orgs.). **Povos indígenas no Brasil, 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

RIOGH, E. N. A. *et al*. Integrating hepatitis C care for at-risk groups (HepLink): baseline data from a multicentre feasibility study in primary and community care. **J Antimicrob Chemother**, v. 74, Supl. 5, p. 31-38, nov. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782502/. Acesso em: 18 out. 2021.

ROCHA, A. F. B. *et al*. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - a qualitative study. **BMC Health Serv Res.**, v. 19, n. 1, jan. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30678672/. Acesso em: 15 out. 2021.

ROCHA, K. B. *et al*. Aconselhamento na perspectiva de profi ssionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. **Ciências Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 67-78. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212018000100067&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

ROCHA, K. B. *et al*. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatites. **Saúde debate**, v. 40, n. 109, p. 22-33, maio/jun. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xnMs4mbSNrdLJrTBH7hJJ8m/abstract/?lang=en. Acesso em: 17 out. 2021.

ROCHA, K. B. *et al*. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 22-33, abr./jun. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xnMs4mbSNrdLJrTBH7hJJ8m/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

ROEDIGER, A. *et al*. Competition between on-patent medicines in Europe. **Health Policy**, v. 123, n. 7, p. 652-660, jul. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31176459/. Acesso em: 16 out. 2021.

RUSSELL, N. K. *et al*. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2019.v43/e17/. Acesso em: 15 out. 2021.

SAHIN, T. T.; AKBULUT, S.; YILMAZ, S. Pandemia de COVID-19: seu impacto na doença hepática e no transplante de fígado. **World Journal of Gastroenterology** , v. 26, n. 22, pág. 2987, 2020.

SALAZAR, A. *et al*. (Orgs.). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. São Paulo, 2003. Disponível em: www.idec.org.br. Acesso em: 17 out. 2021.

SALCI, M. A.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. (2018). Avaliação no sistema de saúde brasileiro. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 17, n. 2, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41937. Acesso em: 18 out. 2021.

SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. Open Univ. Press: European observatory an health systems and policies series, 2007. Disponível em: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/decentralization-in-health-care.-strategies-and-outcomes-2007. Acesso em: 17 out. 2021.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica***,* v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/. Acesso em: 17 out. 2021.

SANTOS, A. A. Território, Espaço Geográfico e Globalização: aportes conceituais. *In*: MARTINS, F. P.; PEDROSO, L. B.; COSTA; R. A. (Orgs.). **Geografia em foco**: teorias e práticas. 1 ed. Curitiba: Editora Bagai, 2021.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

SANTOS, B. P. *et al*. Percepção de pessoas submetidas ao transplante renal sobre a doação de órgãos. **ABCS Health Sci.**, v. 43, n. 1, maio 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883998. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

SANTOS, E. O. *et al*. Avaliação de empoderamento: considerações teórico-metodológicas aplicadas ao campo da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7M4PqjMnsMTKhmg5f8fVsrb/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, H. J. Análise das perspectivas de empresas em relação à implantação de um parque ferroviário no desenvolvimento produtivo local: Uma análise no distrito industrial de Rondonópolis-MT. **Revista Estudos e Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 1, p. 73-90, 2017. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/repad/article/view/5809. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 7, jul. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. **Saúde debate**, v. 40, n. 108, p. 219-230, jan./mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vNxFKb5hGr75MNR3Hfd7rMc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, K. F.; MISSIO, F. J. Políticas públicas de desenvolvimento regional em Mato Grosso do Sul. **Nova Economia**, v. 30, n. 3, p. 921-950, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/neco/a/r7PjgWJHZyr6n4PdvKJTyyc. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289,

abr. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401281&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7M3PKSBdctVSpkvJTYy5Rdz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602043&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. V. S. SUS Brazil: The health region as a way forward. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, p. 439-446, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200438&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 17 out. 2021.

SARZI, M.; MORENO, F.; OGAMA, C. Serviço ambulatorial/S.T.A. Hepatite. **Anais do 13º Congresso Internacional da Rede UNIDA**, v. 4, Supl. 1, ISSN 2446-4813, 2018. Disponível em: http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/eventos/cismepar/paper/view/5787. Acesso em: 16 out. 2021.

SCAGLIONE, S. J. *et al*. Effectiveness of hepatitis B treatment in clinical practice. **Gastroenterology**. v. 142, n. 6, p. 1360-1368, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22537444. Acesso em: 17 out. 2021.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 19-30, jan./mar. 2001. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-16732001000100003&lng=pt&nrm=is. Acesso em: 15 out. 2021.

SCHEFFER, M. *et al* (Orgs.). **Demografia Médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2.

SCHEFFER, M. *et al* (Orgs.). **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

SCHILLIE, S. *et al*. CDC Recommendations for Hepatitis C Screening Among Adults - United States, 2020. **MMWR Recomm Rep.**, v. 69, n. 2, p. 1-17, abr. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32271723/. Acesso em: 18 out. 2021.

SCHRANZ, A. J. *et al*. Challenges facing a rural opioid epidemic: treatment and prevention of HIV and hepatitis C. **Curr HIV/AIDS Rep.**, v. 15, n. 3, p. 245-254, jun. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29796965/. Acesso em: 15 out. 2021.

SCHULTZ, Á. L. V. *et al*. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/9ZG5kXknWnwXNJFkyTmBV9m/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

SCHWARZMAN, J. *et al*. The Funding, Administrative, and Policy Influences on the Evaluation of Primary Prevention Programs in Australia. **Prev Sci.**, v. 20, n. 6, p. 959-969, ago. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30741376/. Acesso em: 16 out. 2021.

SCHWEITZER, A. *et al*. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. **The Lancet**, v. 386, p. 1546-1555, out. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231459/. Acesso em: 18 out. 2021.

SCOTT, N. *et al*. Reaching hepatitis C virus elimination targets requires health system interventions to enhance the care cascade. **Int J Drug Policy**, v. 47, p. 107-116, set. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28797497/. Acesso em: 15 out. 2021.

SCOTT, N.*et al*. A model of the economic benefits of global hepatitis C elimination: an investment case. **Lancet Gastroenterol Hepatol.**, v. 5, n. 10, p. 940-947, out. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32730785/. Acesso em: 15 out. 2021.

SENNA, M. C. M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/X3sq5kZJJmR5rhR6Q7QmTgt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia**, Porto, v. 31, p. 59-80, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019.

SHEIKH, K. *et al*. Building the field of health policy and systems research: framing the questions. **PLoS One**, v. 8, n. 8, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001073. Acesso em: 18 out. 2021.

SHERBUK, J. E. *et al*. Development of an Interdisciplinary Telehealth Model of Provider Training and Comprehensive Care for Hepatitis C and Opioid Use Disorder in a High-Burden Region. **J Infect Dis.**, v. 2, n. 222, Supl. 5, p. 354-364, set. 2020.

Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32877562/. Acesso em: 15 out. 2021.

SHUMWAY, M. *et al*. Direct-acting antiviral treatment for HIV/HCV patients in safety net settings: patient and provider preferences. **AIDS Care**, v. 31, n. 11, p. 1340-1347, nov. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30829533/. Acesso em: 16 out. 2021.

SILVA JUNIOR, C. L. *et al*. Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no contexto da regionalização da saúde no estado do Ceará, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 1-22, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/NSBQbLMLH5kqY3LCLDYjrDS/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, A. A. *et al*. Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa Nacional de Imunizações - Módulo Registro do Vacinado, Brasil, 2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 1, 2021. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742021000100027&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 out. 2021.

SILVA, A. A. S. *et al*. Prevalência de hepatite B e fatores associados em internos de sistema prisional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 66-72, jan. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/CtHQtKx3hFsGXLdVVq96rVn/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, I. T. S.; VALENÇA, C. N.; SILVA, R. A. R. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/Cx4PBFmRb7ddXMfx3KRwCFd/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

SILVA, J. F. M. *et al*. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/xXHMXgF8rnnngQPWrdwK6WG/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

SILVA, J. V. F.; JÚNIOR, F. J. M. N.; RODRIGUES, A. P. R. A. Fatores De Não Adesão Ao Tratamento Antirretroviral: Desafio De Saúde Pública. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde**, Alagoas, v. 2, n. 1, p. 165-175, 2014. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/1193. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde soc**., São Paulo, v.19, Supl. 2, p. 109-120, dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ps8hRv3h7WqNzL6zzwMK48k/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, M. L. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/G36Dy7mLnQd6WttXQ8Jv5ZQ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

SILVA, R. C. F. *et al*. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: scielo.br/j/physis/a/WmvD8YnbqkQ3VwchjxsNR6c/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

SILVA, R. *et al*. **Diretrizes para a prática de avaliação no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação, 2020. Disponível em: https://sinapse.gife.org.br/download/diretrizes-para-pratica-de-avaliacoes-no-brasil. Acesso em: 18 out. 2021.

SILVA, R.; JOPPERT, M.; GASPARINI, M. **Diretrizes para a prática de avaliação no Brasil**. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação, 2020. Disponível em: https://sinapse.gife.org.br/download/diretrizes-para-pratica-de-avaliacoes-no-brasil. Acesso em; 20 out. 2021.

SILVA, R. R.; CARNEIRO, A. M.; IMURA, C. Avaliação e implementação no contexto da pós-verdade. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.rbaval.org.br/article/10.4322/rbaval202110011/pdf/rbaval-10-1-e101121.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

SILVA, S. F. Desafios de sistemas universais de saúde sob controle público: Federalismo e Regionalização e o Sistema Único de Saúde, no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate***,* Rio de Janeiro, n. 49, p. 104-113, 2013. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=716796&indexSearch=ID. Acesso em: 17 out. 2021.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

SILVEIRA FILHO, R. M. *et al*. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000300853&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

SILVER, L. Aspecto Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H. (Orgs.). **Planejamento Criativo**. Novos Desafios em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

SIMMONS, B.; COOKE, G. S.; MIRALDO, M. Effect of voluntary licences for hepatitis C medicines on access to treatment: a difference-in-differences analysis. **Lancet Glob Health**, v. 7, n. 9, p. 1189-1196, set. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31362914/. Acesso em: 16 out. 2021.

SIMPSON, H. *et al*. Distance to treatment as a factor for loss to follow up of hepatitis C patients in North East England. **J Public Health (Oxf.)**, v. 41, n. 4, p. 700-706, dez. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30351415/. Acesso em: 15 out. 2021.

SMITH, S. *et al*. Global progress on the elimination of viral hepatitis as amajor public health threat: An analysis of WHO MemberState responses 2017. **JHEP Reports**, v. 1, n. 2, p. 81-89, maio 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32039355/. Acesso em : 18 out. 2021.

SOARES, L. S. S. *et al.* **Transplantes de órgãos sólidos no Brasil**: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017, **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014. Acesso em: 20 out. 2021.SSN

SOBREIRA, P. G. P.; VASCONCELLOS, M. T. L.; PORTELA, M. C. Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3099-3113, nov. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/C6wQ5KDZHDhF4SBNwzGRWfJ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

SOCÍAS, M. E. *et al*. Integrated models of care for people who inject drugs and live with hepatitis C virus: A systematic review. **Int J Drug Policy**, v. 72, p. 146-159, out. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31147142/. Acesso em: 16 out. 2021.

SOCIEDADE BRASIELEIRA DE HEPATOLOGIA. **Pesquisa inédita revela que 86% dos entrevistados concordam que a maioria dos brasileiros não sabe o que é hepatite C**. 2011. Disponível em: https://www.sbhepatologia.org.br/pdf/release2.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

SOKOL, R. *et al*. Implementation of a multidisciplinary, team-based model to treat chronic hepatitis C in the primary care setting: Lessons learned. **Healthcare**, Amsterdam, v. 6, n. 3, p. 205-209, set. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29055770/. Acesso em: 15 out. 2021.

SOTERO, R. L.; GUIMARÃES, N. P.; GALAVOTE, H. S. Avaliação da linha do cuidado no atendimento a usuários com IST's em um centro de testagem e aconselhamento. **Guará**, Vitória, n. 7, p. 33-46, 2017. Disponível em: https://www.periodicos.ufes.br/guara/article/view/15819. Acesso em: 15 out. 2021.

SOUTO, F. J. D. Distribution of hepatitis B infection in Brazil: the epidemiological situation at the beginning of the 21 st century. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**,

Uberaba, v. 49, n. 1, p. 11-23, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822016000100011. Acesso em: 17 out. 2021.

SOUZA, G. F.; CALABRO, L. Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 180-191, mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FcYnRc8GRMBYThYG49SVnGJ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

SOUZA, L. E. P. F. *et al*. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783. Acesso em: 17 out. 2021.

SPRADLING, P. R. *et al*. Psychosocial Obstacles to Hepatitis C Treatment Initiation Among Patients in Care: A Hitch in the Cascade of Cure. **Hepatol Commun.**, v. 5, n. 3, p. 400-411, nov. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33681675/. Acesso em: 16 out. 2021.

STANAWAY, J. D. *et al.* The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 0, n. 0, p. 1-8, jul. 2016. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30579-7/fulltext. Acesso em: 17 out. 2021.

STARBIRD, L. E. *et al*. Nurse case management to improve the hepatitis C care continuum in HIV co-infection: Results of a randomized controlled trial. **J Viral Hepat.**. v. 27, n. 4, p. 376-386, abr. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31750598/. Acesso em: 16 out. 2021.

STEFFEN, G. *et al*. The epidemiology of Hepatitis B, C and D in Germany: A scoping review. **PLoS One**, v. 15, n. 3, mar. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150561/. Acesso em: 15 out. 2021.

STEVENS, H.; HUYS, I. Innovative Approaches to Increase Access to Medicines in Developing Countries. **Front Med (Lausanne)**, v. 4, dez. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29270407/. Acesso em: 16 out. 2021.

STOOVÉ, M. *et al*. Treading lightly: Finding the best way to use public health surveillance of hepatitis C diagnoses to increase access to cure. **Int J Drug Policy**, v. 75, jan. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31743860/. Acesso em: 18 out. 2021.

STOPA, S. R. *et al*. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl. 1, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

STUFFLEBEAM, D. L. The CIPP Model for Program Evaluation. In: MADAUS, G.F.; SCRIVEN, M.; STUFFLEBEAM, D.L. (Orgs.). **Evaluation Models**: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. 11. ed. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing, 1996.

STUFFLEBEAM, D.; CORYN, C. **Evaluation theory, models, and applications**. New York: John Wiley & Sons, 2014.

SUCHMAN, E. A. **Evaluative Research**. Principles and practice in Public Service & Social Action Programs. New York: Russel Sage Foudation, 1967.

SUREY, J. *et al*. From peer-based to peer-led: redefining the role of peers across the hepatitis C care pathway: HepCare Europe. **J Antimicrob Chemother**, v. 74, Supl. 5, p. 17-23, nov. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782500/. Acesso em: 15 out. 2021.

SWADLING, L. *et al*. Highly-Immunogenic Virally-Vectored T-cell Vaccine Cannot Overcome Subversion of the T-cell Response by HCV during Chronic Infection. **Vaccines (Basel)**, v. 4, n. 3, ago. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27490575/. Acesso em: 18 out. 2021.

TALAL, A. H. *et al*. Patient Reaction to Telemedicine for Clinical Management of Hepatitis C Virus Integrated into an Opioid Treatment Program. **Telemed J E Health**, v. 25, n. 9, p. 791-801, set. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30325701/. Acesso em: 15 out. 2021.

TAMDJIAN, J. O.; MENDES, I. L. **Estudos de Geografia**: o espaço geográfico do Brasil. FTD: São Paulo, 2008.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, A. L. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, O. Y. Avaliação no contemporâneo: Dilemas e desafios. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.rbaval.org.br/article/doi/10.4322/rbaval202110007. Acesso em: 18 out. 2021.

TANAKA, O. Y. *et al*. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 963-972, mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/g43mjys99595CFBTqWSrt6B/?lang=pt. Acesso em: 2 ago. 2021.

TANAKA, O. Y.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292008000300012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

TANAKA, O. Y.; MELO C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2001.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2017.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000400002&-script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

TANIGUCHI, M. **Meditações para contemplar a Deus "Shinsokan" e outras orações**. São Paulo: Seicho-No-Ie Brasil, 1995.

TASCA, J. E.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. A construção de um referencial teórico sobre a avaliação de desempenho de programas de capacitação. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 79, p. 203-238, jun. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ensaio/a/hK5F77wj7DnnxFTDSfzQ9Bx/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. **Handbookof Mixed Methods in the Social & Behavior Sciences**. 2. ed. Sage Publications: Canadá, 2010.

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 10-15, mar. 1991. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/dr5db5bMkyBQPwvkbkr3sFf/?lang=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al*. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. **Ciência & Saúde Coletiva***,* v. 25, n. 9, p. 3465-74, 2020.

TÉLLEZ, L.; MARTÍN MATEOS, R. M. COVID-19 and liver disease: An update. **Gastroenterol Hepatol.**, v. 43, n. 8, p. 472-480, out. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32727662/. Acesso em: 16 out. 2021.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300941&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

TESTON, L. M. *et al*. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 226-239, nov. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wtcY5g8D3bJG3WYNLL7sDWD/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

THE KIRBY INSTITUTE. **Monitoring Hepatitis C Treatment Uptake in Australia**. 9. ed. Sydney: NSW; The Kirby Institute, 2018. Disponível em: https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/report/Monitoring-hep-C-treatment-uptake-in-Australia_Iss9-JUL18.pdf. Acesso em: 8 jun. 2020.

THE LANCET. Gastoenterology & Hepatology. Eliminating viral hepatitis in the COVID-19 era: weighing challenge and opportunity. **The Lancet***,* v. 5, n. 9, p. 789, 2020.

THOMAS, D. Can evaluations really contribute to evidence-based policy making at government level? - the case of the French Government Modernisation Evaluations. Panel T07P06 Session 1 Evidence-based Policy Making and Policy Evaluation. In: **3rd International Conference on Public Policy (ICPP3)**, Singapore, 2017. Disponível em: https://www.ippapublicpolicy.org/file/paper/593c0a43c30c4.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

THOMSON, M. *et al*. Primary care physician perspectives on hepatitis C management in the era of direct-acting antiviral therapy. **Dig Dis Sci.**, v. 61, n. 12, p. 3460-3468, dez. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26957497/. Acesso em: 15 out. 2021.

THUENER, J. Hepatitis A and B Infections. **Prim Care**, v. 44, n. 4, p. 621-629, dez. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132524/. Acesso em: 15 out. 2021.

TOOKEY, P. *et al*. From client to co-worker: a case study of the transition to peer work within a multi-disciplinary hepatitis c treatment team in Toronto, Canada. **Harm Reduct J.**, v. 15, n. 1, ago. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30107808/. Acesso em: 15 out. 2021.

TORDRUP, D. *et al*. Additional resource needs for viral hepatitis elimination through universal health coverage: projections in 67 low-income and middle-income countries, 2016-30. **Lancet Glob Health**, v. 7, n. 9, p. 1180-1188, set. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353061/. Acesso em: 15 out. 2021.

TORRES, O. *et al*. Impacto da Implantação do Custo do Pedágio na BR-163 em Relação ao Transporte de Soja do Estado de Mato Grosso. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 55, n. 3, p. 533-550, set. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/resr/a/KsCk8ktgPxFrpJQQFBfcWRk/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. **Ciên Saúde Colet.**, v. 11, n. 4, p. 975-986, dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/wKcBqfFLf6JzFz8ZkbbYMXM/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

TRELOAR, C.; GRAY, R.; BRENER, L. A piece of the jigsaw of primary care: health professional perceptions of an integrated care model of hepatitis C management in

the community. **J Prim Health Care**, v. 6, n. 2, p. 129-134, jun. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24892130/. Acesso em: 16 out. 2021.

TUCKER, J. D. *et al*. The HepTestContest: a global innovation contest to identify approaches to hepatitis B and C testing. **BMC Infect Dis.**, v. 17, Supl. 1, nov. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29143673/. Acesso em: 15 out. 2021.

TURA, L. F. R. *et al*. Representações sociais de hepatites e profissionais de saúde: contribuições para um (re)pensar da formação. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 7, n. 2, p. 207-215, 2008. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5003. Acesso em: 15 out. 2021.

UMEH, C. A.; FEELEY, F. G. Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. **Glob Health Sci Pract.**, v. 5, n. 2, p. 299-314, jun. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28655804/. Acesso em: 15 out. 2021.

UNITED NATIONS. **Transforming our world**: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN, 2015.

VAN ZANDT, S. E.; D'LUGOFF, M. I .; KELLEY, L. Abordagem de uma clínica de enfermagem gratuita baseada na comunidade para o gerenciamento de problemas de saúde para os não segurados: O exemplo da hepatite C. **Saúde da família e da comunidade** , v. 25, n. 3, pág. 61-70, 2002.

VARONE, F; JACOB, S; WINTER, L. Polity, politics and policy evaluation in Belgium. **Evaluation**, v. 11, n. 3, p. 253-273, 2005. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1356389005058475. Acesso em: 17 out. 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al*. Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/Dx6fNVNtBvnYTz5L33SYgsr/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al*. Educação permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na atenção primária à saúde. **Cogitare enferm.**, v. 26, 2021. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72725. Acesso em: 16 out. 2021.

VESCIO, M. F. *et al*. Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prisoninmates: a meta-analysis. **J Epidemiol Community Health**, v. 62, n. 4, p. 305-313, abr. 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18339822/. Acesso em: 18 out. 2021.

VIACAVA, F. *et al*. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724,

2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

VIACAVA, F. *et al*. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200351&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

VIANA, A. L. D. *et al*. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HFYBrc9KfPDJzg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

VIANA, A. L. Á. *et al*. Region and Networks: multidimensional and multilevel approaches to analyze the health regionalization process in Brazil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, Supl. 1, p. 7-16, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600002. Acesso em: 17 out. 2021.

VIANA, A. L. Á. *et al*. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601791&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

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 soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 448-461, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902017000200448&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da Saúde Coletiva**: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro; Salvador: Editora Fiocruz; EdUFBA, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/c4H4TjsZS7YzjTjyYD5f5Ct/?lang=pt. Acesso em: 18 out. 2021.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate**, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9s37MpDfXmBTY5bXx3XXxPh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 out. 2021.

WACHHOLZ, P. A.; LIMA, S. A. M.; BOAS, P. J. F. V. Da prática baseada em evidências para a saúde coletiva informada por evidências: revisão narrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6753. Acesso em: 18 out. 2021.

WADE, A. J. *et al*. A systematic review of community based hepatitis C treatment. **BMC Infect Dis.**, v. 16, maio 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27184661/. Acesso em: 15 out. 2021.

WADE, A. J. *et al*. Aiming for elimination: Outcomes of a consultation pathway supporting regional general practitioners to prescribe direct-acting antiviral therapy for hepatitis C. **J Viral Hepat.**, v. 25, n. 9, p. 1089-1098, set. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29660212/. Acesso em: 15 out. 2021.

WAIT, S. *et al*. Hepatitis B and hepatitis C in southeast and southern Asia: challenges for governments. **Lancet Gastroenterol Hepatol.**, v. 1, n. 3, p. 248-255, nov. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28404097/. Acesso em: 15 out. 2021.

WANG, C. *et al*. Prevalence and factors associated with hepatitis B immunization and infection among men who have sex with men in Beijing, China. **PLoS One**, v. 7, n. 10, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23133573/. Acesso em: 18 out. 2021.

WARIN, P. Waiting for common-law solutions for the most vulnerable populations' healthcare access. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v. 67, Supl. 1, p. 33-40, fev. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30639052/. Acesso em: 15 out. 2021.

WEI, D.; XU, A.; WU, X.. The mediating effect of trust on the relationship between doctor-patient communication and patients' risk perception during treatment. **Psych**

J., v. 9, n. 3, p. 383-391, jun. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31795011/. Acesso em: 15 out. 2021.

WEISS, C. **Evaluation**: methods for studying programs and policies. Prentice Hall, New Jersey: Pearson, 1994.

WEIS-TORRES, S. M. S. *et al*. High level of exposure to hepatitis B virus infection in a vulnerable population of a low endemic area: A challenge for vaccination coverage. **Int J Infect Dis.**, v. 90, p. 46-52, jan. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31589921/. Acesso em: 18 out. 2021.

WHITELEY, D. *et al*. Health-related quality of life for individuals with hepatitis C: a narrative review. **Int J Drug Policy**, v. 26, n. 10, p. 936-949, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26050082/. Acesso em: 18 out. 2021.

WIDMER, T.; NEUENSCHWANDER, P. Embedding evaluation in the Swiss Federal Administration. **Evaluation**, v. 10, n. 4, p. 388-409, 2004. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1356389004050283. Acesso em:17 out. 2021.

WILLIAMS, B. *et al.* Point-of-care hepatitis C testing from needle and syringe programs: An Australian feasibility study. **Int J Drug Policy**, v. 72, p. 91-98, out. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31129023/. Acesso em: 18 out. 2021.

WINGROVE, C. *et al.*. The impact of COVID-19 on hepatitis elimination. **The Lancet***,* v. 5, n. 9, p. 792-94, 2020.

WINTERS, K. **"As mudanças logísticas causadas pelo novo terminal de transbordo de Rondonópolis-MT"**. Disponível em: https://esalqlog.esalq.usp.br/upload/kceditor/files/2015/05/As-mudancas-logisticas-causadas-pelo-novo-terminal-de-transbordo-de-Rondonopolis-MT-WINTERS-K..pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

WONG, P. M.; WONG, C. S. The Evaluation of a teacher training programme in school management: the case of hong kong. **Educational Management & Administration**, v. 31, n. 4, p. 385-401, out. 2003. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0263211X030314004. Acesso em: 18 out. 2021.

WONG, W. C. W. *et al*. Improving the hepatitis cascade: assessing hepatitis testing and its management in primary health care in China. **Fam Pract.**, v. 35, n. 6, p. 731-737, dez. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29741661/. Acesso em: 15 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Background paper for technical consultation on efetive coverage of systems**. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?rep=rep1&type=pdf&doi=10.1.1.111.1239. Acesso em: 17 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance**. A58/33. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/. Acesso em: 17 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825. Acesso em: 15 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021**. Geneva, 2016. Disponível em: https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/. Acesso em: 15 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on hepatitis B and C testing**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254621/1/9789241549981-eng.pdf?ua=1. Acesso em: 17 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on access to hepatitis C treatment: focus on overcoming barriers**. 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/250625. Acesso em: 15 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global hepatitis report**. 2017. Genebra: World Health Organization, 2017. Disponível em: www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/. Acesso em: 8 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Progress report on access to hepatitis C treatment: focus on overcoming barriers in low- and middle-income countries**. World Health Organization: 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/260445. Acesso em: 16 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNICEF. **WHO-UNICEF estimates of HepB3 coverage**. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehepb3.html. Acesso em: 18 out. 2021.

XIMENES, R. A. A. *et al*. Population-based multicentric survey of hepatitis B infection and Risk Fators in the North, South, and Southeast regions of Brazil, 10-20 years afther the beginning of vacination. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 8. n. 12, p. 1341-1348, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674256/. Acesso em: 17 out. 2021.

YAPHE, S. *et al*. Incidence of acute hepatitis C vírus infection among men who have sex with men with and without HIV infection: a systematic review. **Sex Transm**

Infect., v. 88, n. 7, p. 558-564, nov. 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22859499/. Acesso em: 18 out. 2021.

ZAPPAZ, J. **Comparativo entre os modais ferroviário e rodoviário para o escoamento de soja para exportação do Mato Grosso até os portos de Santos e Paranaguá.** 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Comércio Internacional) – Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2010. Disponível em: https://repositorio.ucs.br/xmlui/handle/11338/5690. Acesso em: 18 out. 2021.

ZHOU, K. *et al*. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. **Lancet Infect Dis.**, v. 16, n. 12, p. 1409-1422, dez. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27615026/. Acesso em: 15 out. 2021.

ZIMMERMANN, R. *et al*. Wie lässt sich die Eliminierung von Hepatitis B, C und D in Deutschland messen? Ergebnisse eines interdisziplinären Arbeitstreffens [How to assess the elimination of viral hepatitis B, C, and D in Germany? Outcomes of an interdisciplinary workshop]. **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz**, Alemanha, v. 64, n. 1, p. 77-90. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33326051/. Acesso em: 15 out. 2021.

ZUCKERMAN, A.; CARVER, A.; CHASTAIN, C. A. Building a Hepatitis C Clinical Program: Strategies to Optimize Outcomes. **Curr Treat Options Infect Dis.**, v. 10, n. 4, p. 431-446, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30524209/. Acesso em: 16 out. 2021.

APÊNDICE A
Roteiro de Entrevista

Entrevista nº:	Data da Entrevista: ____/_____/_____
Parte 1- Identificação	
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Qual você diria que é a cor da sua pele? ( ) Negra ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena Idade_____. Estado civil _____. Filhos ( ) sim ( ) não Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço? ( ) Estatutário ( ) CLT ( ) Cooperativa ( ) Contrato Temporário. ( ) Outros. Qual?_____	
Formação Escolar/Acadêmica:	
Tempo de trabalho (anos/meses):	
Se tiver titulações, especificar quais:	
Em que tipo de instituição você trabalha? ( ) SES ( ) CTA/SAE ( ) CTA ( )SAE ( ) ESF ( ) outra unidade: _____	
Qual macrorregião pertente? ( ) Região Leste ( ) Região Centro Norte ( ) Região Norte ( ) Região Oeste ( ) Região Sul	
Qual região pertente? ( ) Araguaia Xingú ( ) Garças Araguaia ( ) Médio Araguaia-Karajá ( ) Baixada Cuiabana ( ) Centro Norte Mato-grossense ( ) Médio Norte Mato-grossense ( ) Noroeste Mato-grossense ( ) Alto Tapajós ( ) Teles Pires ( ) Vale do Peixoto ( ) Norte Mato-grossense ( ) Vale do Arinos ( ) Oeste Mato-grossense ( ) Sudoeste Mato-grossense ( ) Sul Mato-grossense	
Função lotado na Instituição (anos/meses):	
Tempo de trabalho na Instituição (anos/meses):	
Cargo:	
Tempo de trabalho no atual cargo (anos/meses):	
Parte 2 – Aspectos abordados: Considerando casos reais vivenciados em sua experiência no serviço que atente as Hepatites Virais, a partir de seu espaço de exercício profissional, na gestão/coordenação, entendendo a visão de mundo que esse local privilegiado lhe confere, solicito a sua colaboração acerca da articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção às hepatites virais, explorando o que se segue:	
1) Por favor, pense nas situações de trabalho e relate quais são as principais dificuldades de articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção às hepatites virais, a) Em seu Estado? b) Em sua região? 2) Fale-me das ações adotadas para superar as dificuldades de articulação e acesso a atenção às hepatites virais. 3) Por favor, pense nas situações de trabalho e relate quais as principais facilidades de articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção às hepatites virais a) Em seu Estado? b) Em sua região? 4) Fale-me das ações adotadas para potencializar as facilidades de articulação e acesso a atenção às hepatites virais. 5) Por favor, queira acrescentar mais informações que julgar pertinentes.	
Uso dos resultados da Fase 1- Nesse momento, gostaria que olhasse os resultados que serão projetados e comentasse sobre eles.	
Muito obrigado pela sua colaboração, posteriormente os resultados serão compartilhados com você!	

APÊNDICE B
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE – ESCLARECIDO (JUÍZES)

Prezado(a) Senhor (a)

Vimos lhe convidar para participar do estudo "AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DE MATO GROSSO - MT". Trata-se de um estudo com o objetivo de "Avaliar as ações da rede de atenção à saúde, no estado de Mato Grosso, na perspectiva do acesso ao cuidado às hepatites virais.". O estudo será realizado na região Centro Oeste, no estado de Mato Grosso, que divide-se em estruturas administrativas organizadas em cinco Polos Regionais de Saúde, subdivididos em 16 microrregiões de saúde, com diferentes estruturas relativas aos Centros de Testagem e Acolhimento (CTA)/Serviços de Assistência Especializada (SAE) que são as referências para o atendimento as hepatites virais, além dos aspectos epidemiológicos, essa região faz fronteira com a Bolívia e mais seis estados brasileiros , sendo o terceiro maior estado do país em extensão territorial, consequentemente, apresenta dificuldades de enfrentar as hepatites virais decorrentes das limitações geográficas e da ausência de cobertura de especialidade em todo o território. Este fato evidência a relevância de mapear a organização de sistema e serviço de saúde para atenção integral e assim, auxiliar a gestão da rede de serviços desta região, no tocante às hepatites virais.

O propósito deste Termo é convidá-lo (a) a colaborar para validar o instrumento de coleta de dados (roteiro para entrevista constante no estudo). Nesse convite a sua colaboração consiste em analisar o instrumento quanto à clareza, aparência, facilidade da leitura, compreensão e utilidade do roteiro, bem como a pertinência das questões em relação ao tema. Além disso, com o referido instrumento será realizado um pré-teste com coordenadores que atuam em locais diferentes dos campos selecionados para estudo, de modo a permitir que sejam feitos ajustes prévios à coleta de dados definitiva.

O processo de validação, com previsão de duração aproximada de uma hora, consiste na análise do instrumento de coleta de dados, que será realizada em data, local e horário que sejam satisfatórios para o (a) senhor (a), bem como na emissão de um parecer contendo considerações acerca da pertinência e adequação do instrumento quanto à clareza, aparência, facilidade da leitura, compreensão e utilidade do roteiro para o alcance dos objetivos propostos. Tais considerações serão utilizadas na readequação do instrumento de coleta de dados.

De acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, serão omitidas todas as informações que permitam sua identificação. O conteúdo do parecer emitido pelo (a) senhor (a) será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de adequar o instrumento de coleta de dados para desenvolver uma pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/ou periódicos científicos.

Informamos que caso aceite o convite de participar como juiz neste tipo de estudo pode implicar em risco leve de desconforto e cansaço em virtude do tempo despendido ao emitir o parecer, entretanto, o (a) senhor (a) pode interromper sua participação se houver necessidade. O referido risco será minimizado permitindo que o (a) senhor (a) fique livre para responder as questões na ordem que julgar mais conveniente e no momento oportuno.

A participação na referida pesquisa pode lhe trazer benefícios para sua vida profissional, tanto no que diz respeito a contribuição de novas informações sobre gestão, avaliação e organização de sistema e serviços de saúde, principalmente, no tocante às hepatites virais,

além de contribuir, indiretamente, para a compreensão do objeto estudado e para a produção de conhecimento científico.
Esta pesquisa não lhe gerará nenhum tipo de gasto e o (a) senhor (a) não receberá nenhum tipo de remuneração para participar da mesma. Caso haja danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa, o (a) senhor (a) terá direito à indenização, de acordo com a Resolução CNS 466/2012.
Esclarecemos que lhe é assegurado total sigilo sobre a sua identidade e que o (a) senhor (a) tem o direito de deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada na adequação do instrumento bem como em estudos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Caso aceite o convite em participar, é preciso assinar este termo, que se encontra em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador.
Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Josué Souza Gleriano no telefone (65) 99678-1020 ou E-mail: josuegleriano@usp.br, endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Campus da USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ressalta-se que o Comitê de Ética pode ser acessado para dirimir dúvidas quanto às questões éticas e, seu papel social é de defesa da dignidade da pessoa humana: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP no telefone (0xx16) 3315-9197, horário de funcionamento: 08 às 17h, com horário de atendimento das 10 às 12h e das 14 às 16h, de segunda à sexta-feira. Comitê de Ética em Pesquisa da SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso: Av. Adauto Botelho, Nº 552, Bloco A, sala - anexa ao RH - Bairro: Coophema - Cuiabá – MT, mail: cep@ses.mt.gov.br, **telefone:** (0xx65) - 3613-2306 - período vespertino. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP e CEP/SES-MT que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa. Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves	Josué Souza Gleriano
Supervisora	Pesquisador
RG 16.387.882	RG 1672328-7
Fone: (0xx16)3315-3440	Fone: (0xx65) 99678-1020

Contato:
Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves: E-mail: dpchaves@eerp.usp.br Fone: (16) 33153440
Josué Souza Gleriano: E-mail: josuegleriano@usp.br Fone (0xx65) 99678-1020 Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Campus da USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto SP- Sala 71.

Consentimento do convite para a participação:

Eu_____, li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante: _____
Data:___/____/____

APÊNDICE C
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pré-teste

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE – ESCLARECIDO

Convidamos o senhor(a) para participar do pré-teste da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DE MATO GROSSO - MT”. Trata-se de um estudo com o objetivo de “Avaliar a organização de sistema e serviços de saúde, na perspectiva do acesso e da integralidade da atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso”. A referida pesquisa está sob responsabilidade do pesquisador Josué Souza Gleriano, doutorando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, sob supervisão da Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves. O convite é para participar de uma entrevista individual que será realizada pelo pesquisador, em data, local e horário agendados previamente e que sejam satisfatórios para o participante. A entrevista terá duração estimada entre 30 a 50 minutos e será gravada. Após a transcrição na íntegra, pelo próprio pesquisador, será feita a análise de conteúdo de modo a preservar minhas opiniões emitidas. As informações gravadas na entrevista e as transcrições na íntegra ficarão arquivadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP, sob a guarda rigorosa do próprio pesquisador. O seu convite é para ajudar a compreender o teor das perguntas e explicamos que suas informações serão utilizadas para melhorar o instrumento de pesquisa e que não acarretará publicação nos resultados desta pesquisa, a identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. De acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa envolvendo seres humanos serão omitidas todas as informações que permitam identificar o participante. Declaro estar ciente que o conteúdo da entrevista será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de desenvolver melhorias no instrumento de pesquisa científica. Nesse convite, caso aceite participar do estudo, pode implicar em risco leve de desconforto ao responder a alguma questão. O entrevistador se compromete a interromper a entrevista se houver necessidade. O referido risco será minimizado permitindo que eu fique livre para responder às questões na ordem que julgar mais conveniente e no momento oportuno. Em caso de manutenção do desconforto, a entrevista poderá ser interrompida em qualquer momento sem acarretar ônus ou prejuízo para minha vida pessoal/profissional. Caso aceite o convite desse estudo a minha participação na referida pesquisa pode trazer benefícios para minha vida profissional, tanto no que diz respeito a contribuição de novas informações sobre avaliação e organização de sistema e serviços de saúde, principalmente, no tocante às hepatites virais, possibilitando ampliar autopercepção profissional e inserção ao grupo de trabalho, além de contribuir, indiretamente, para a compreensão do objeto estudado e para a produção de conhecimento científico. Nesse convite de participação na pesquisa não gerará nenhum tipo de gasto para mim e não receberei nenhum tipo de remuneração para participar da mesma. Declaro estar ciente da garantia dos meus direitos abaixo relacionados:

-Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões a serem respondidas;

-Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;

-Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

-Direito de que todas as providências sejam tomadas para evitar os possíveis riscos envolvidos na pesquisa;

- Direito à indenização descrita na Resolução CNS 466/2012.

Este termo de consentimento livre e esclarecido será impresso em duas vias, que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via assinada com cada um. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Josué Souza Gleriano no telefone (65) 99678-1020 ou E-mail josuegleriano@usp.br, endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Campus da USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ressalta-se que o Comitê de Ética pode ser acessado para dirimir dúvidas quanto ás questões éticas e, seu papel social é de defesa da dignidade da pessoa humana: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP no telefone (0xx16) 3315-9197, horário de funcionamento: 08 às 17h, com horário de atendimento das 10 às 12h e das 14 às 16h, de segunda à sexta-feira. Comitê de Ética em Pesquisa da SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso: Av. Adauto Botelho, Nº 552, Bloco A, sala - anexa ao RH - Bairro: Coophema - Cuiabá – MT, e-mail: cep@ses.mt.gov.br, **telefone:** (0xx65) - 3613-2306 - período vespertino. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP e CEP/SES-MT que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa. Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves Supervisora RG 16.387.882 Fone: (0xx16)3315-3440	Josué Souza Gleriano Pesquisador RG 1.672.328-7 Fone: (0xx65) 99678-1020

Eu, _____, li e concordo em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via assinada deste termo de consentimento.

_____

Assinatura do participante

_____

Local e data

APÊNDICE D
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Participantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE – ESCLARECIDO (PROFISSIONAL)

Convidamos o senhor(a) para participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DE MATO GROSSO - MT”. Trata-se de um estudo com o objetivo de “Avaliar a organização de sistema e serviços de saúde, na perspectiva do acesso e da integralidade da atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso”. A referida pesquisa está sob responsabilidade do pesquisador Josué Souza Gleriano, doutorando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, sob supervisão da Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves. O convite é para participar de uma entrevista individual que será realizada pelo pesquisador, em data, local e horário agendados previamente e que sejam satisfatórios para mim. A entrevista terá duração estimada entre 30 a 50 minutos e será gravada. Após a transcrição na íntegra, pelo próprio pesquisador, será feita a análise de conteúdo de modo a preservar minhas opiniões emitidas. As informações gravadas na entrevista e as transcrições na íntegra ficarão arquivadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP, sob a guarda rigorosa do próprio pesquisador. Na publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. De acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa envolvendo seres humanos serão omitidas todas as informações que permitam me identificar. Declaro estar ciente que o conteúdo da entrevista será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de desenvolver uma pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/ou periódicos científicos. Nesse convite, caso aceite participar do estudo, pode implicar em risco leve de desconforto ao responder a alguma questão. O entrevistador se compromete a interromper a entrevista se houver necessidade. O referido risco será minimizado permitindo que eu fique livre para responder às questões na ordem que julgar mais conveniente e no momento oportuno. Em caso de manutenção do desconforto, a entrevista poderá ser interrompida em qualquer momento sem acarretar ônus ou prejuízo para minha vida pessoal/profissional. Caso aceite o convite desse estudo a minha participação na referida pesquisa pode trazer benefícios para minha vida profissional, tanto no que diz respeito a contribuição de novas informações sobre avaliação e organização de sistema e serviços de saúde, principalmente, no tocante às hepatites virais, possibilitando ampliar autopercepção profissional e inserção ao grupo de trabalho, além de contribuir, indiretamente, para a compreensão do objeto estudado e para a produção de conhecimento científico. Nesse convite de participação na pesquisa não gerará nenhum tipo de gasto para mim e não receberei nenhum tipo de remuneração para participar da mesma. Declaro estar ciente da garantia dos meus direitos abaixo relacionados:

-Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões a serem respondidas;

-Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;

-Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

-Direito de que todas as providências sejam tomadas para evitar os possíveis riscos envolvidos na pesquisa;

- Direito à indenização descrita na Resolução CNS 466/2012, se existirem custos esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa de responsabilidade do pesquisador. Não haverá qualquer tipo de gratificação pela participação.

Este termo de consentimento livre e esclarecido será impresso em duas vias, que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via assinada com cada um. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Josué Souza Gleriano no telefone (65) 99678-1020 ou E-mail josuegleriano@usp.br, endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Campus da USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ressalta-se que o Comitê de Ética pode ser acessado para dirimir dúvidas quanto ás questões éticas e, seu papel social é de defesa da dignidade da pessoa humana: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP no telefone (0xx16) 3315-9197, horário de funcionamento: 08 às 17h, com horário de atendimento das 10 às 12h e das 14 às 16h, de segunda à sexta-feira. Comitê de Ética em Pesquisa da SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso: Av. Adauto Botelho, Nº 552, Bloco A, sala - anexa ao RH - Bairro: Coophema - Cuiabá – MT, e-mail: cep@ses.mt.gov.br, **telefone:** (0xx65) - 3613-2306 - período vespertino. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP e CEP/SES-MT que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa. Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves Supervisora RG 16.387.882 Fone: (0xx16)3315-3440	Josué Souza Gleriano Pesquisador RG 1.672.328-7 Fone: (0xx65) 99678-1020

Eu, _____, li e concordo em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via assinada deste termo de consentimento.

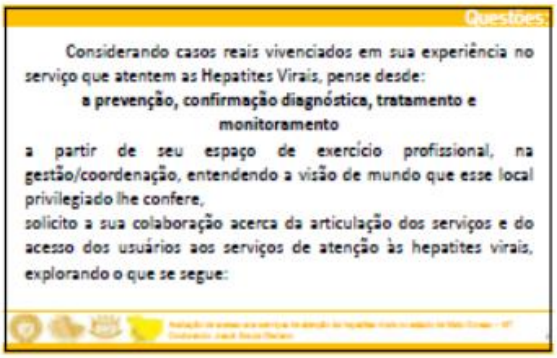
_____

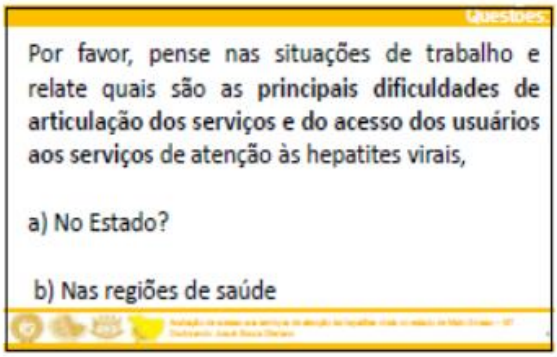
Assinatura do participante

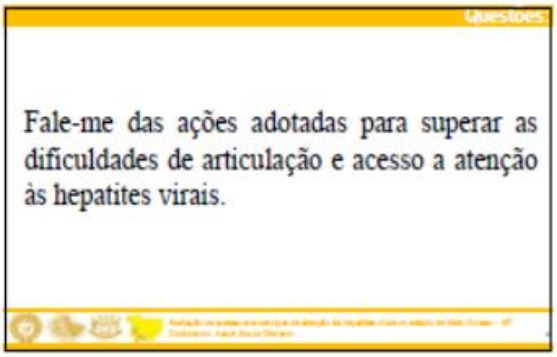
_____

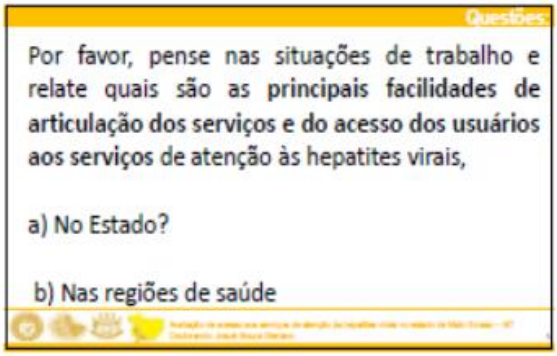
Local e data

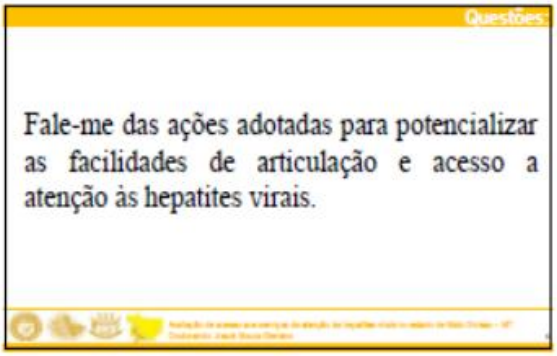
APÊNDICE E
Vinheta











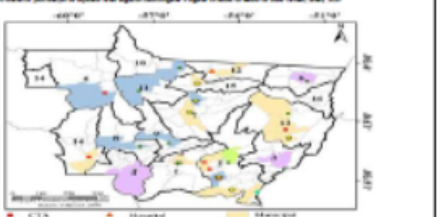
Questões:

Por favor, queira acrescentar mais informações que julgar pertinentes.

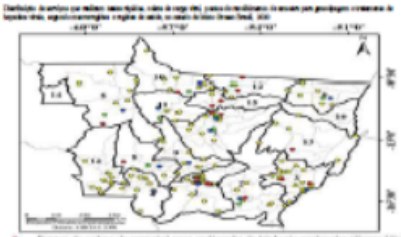
Questões:

Nesse momento, gostaria que observasse esses dois mapas que apresentam a distribuições de serviços de atenção às hepatites virais no estado. Solicito que comente a partir de sua vivência esses resultados.

Questões:



Questões:



Somos todos SUS

Sistema faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões

Obrigado pela sua participação!
Fico à disposição no que for necessário.

ANEXO A
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 / 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Oficio CEP-EERP/USP nº 310/2018, de 12/12/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 12 de dezembro de 2018.

Protocolo CAAE: 01481918.0.0000.5393

Projeto: AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DE MATO GROSSO - MT

Pesquisadores: Josué Souza Gleriano
Lucieli Dias Pedreschi Chaves (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP