



**SIDIANE TEIXEIRA RODRIGUES**

**SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE CHUÍ/ BRASIL E CHUY/  
URUGUAY: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL NA PERSPECTIVA  
ECOSSISTÊMICA**

**RIO GRANDE**

**2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE CHUÍ/ BRASIL E CHUY/  
URUGUAY: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL NA PERSPECTIVA  
ECOSSISTÊMICA**

**SIDIANE TEIXEIRA RODRIGUES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Alinhado à **Linha de Pesquisa:** O Trabalho da Enfermagem/Saúde e com aderência ao Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES).

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

**RIO GRANDE**

**2019**

### Ficha Cartográfica

R696s Rodrigues, Sidiane Teixeira.

Serviços Públicos de Saúde nas cidades de Chuí/ Brasil e Chuy/ Uruguay:  
Estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica/Sidiane  
Teixeira Rodrigues. - 2019.

175 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - FURG,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.  
Orientadora: Profa. Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

1. Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Saúde na fronteira  
I. Siqueira, Hedi. Crecencia Heckler de. II. Universidade Federal do Rio  
Grande. III. Título

CDU: 616-083

Catlogação na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques – CRB 10/2375

**SIDIANE TEIXEIRA RODRIGUES**

**SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE CHUÍ/ BRASIL E CHUY/  
URUGUAY: ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL NA PERSPECTIVA  
ECOSSISTÊMICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovado em sua versão final em 19/12/2019 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Enfermagem/Saúde.



---

Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

**BANCA EXAMINADORA**

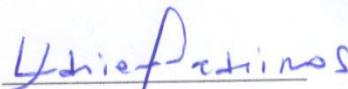


---

Dr<sup>a</sup>. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – Presidente (FURG)

---

Dr<sup>a</sup>. Marlene Teda Pelzer – Membro Interno (FURG)



---

Dr<sup>a</sup>. Adriane Calveti de Medeiros – Membro Externo (UFPEL)



---

Dr. Luciano Garcia Lourenção – Membro Interno (FURG)



---

Dr<sup>a</sup>. Rosiane Filipin Rangel – Membro Externo (UFN)

*Dedico este trabalho a todos os gestores, profissionais e pesquisadores que buscam por meio do seu cotidiano laboral a melhoria da qualidade dos serviços de saúde à população.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a misericórdia e presença **Divina** em minha trajetória guiando meus passos, fortalecendo e abençoando minha família todos os dias da minha vida.*

*Agradeço aos meus pais **Sidinei Dias Rodrigues e Vera Rosane T. Rodrigues**, por terem me gerado, cuidado de mim, por serem meus exemplos de força e coragem e, por me apresentarem a leitura e o estudo como algo prazeroso e indestrutível. Muito obrigada!*

*Ao meu companheiro **Daniel Blotta Bacelo**, pela parceria infinita, força e incentivo constante em fazer desse sonho uma realidade. Não me deixando desistir frente às flutuações do caminho. Obrigada por multiplicar nosso amor, construindo essa linda família ao meu lado. Te amo!*

*A minha querida orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> **Hedi Crecencia Heckler de Siqueira**, pelo acolhimento fraternal, compreensão, carinho e incentivo. Por me ensinar o sentido da perseverança. Pela paciência com minhas fragilidades e pela maneira que faz da docência um exercício de amor ao próximo. Muito Obrigada!*

*Aos meus queridos amigos **Juliane, Saul e Vanessa** pelas risadas, cumplicidade, parceria, incentivo e por toda disponibilidade e ajuda ao longo da coleta de dados. Você foi fundamental. Tenham a certeza da minha gratidão, nossa amizade é uma das mais valiosas conquistas deste mestrado.*

*Aos meus **colegas de mestrado** pela troca constante de experiências que enriqueceram as aulas e minha trajetória.*

*Aos docentes do **PPGEnf/FURG** pelo conhecimento, compartilhado e acolhimento sincero.*

*Aos integrantes **GEES** pela convivência, troca de saberes e solidariedade durante esta caminhada, meu agradecimento.*

*À **banca examinadora**, docentes que eu admiro. Obrigada pela confiança, carinho e contribuições na construção deste trabalho.*

*Aos **gestores e/ou responsáveis** pelos serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay e demais pessoas atuantes nas **instituições de saúde** que participaram desta pesquisa, pelas contribuições e possibilidades.*

*A todos que de alguma forma tornaram esse sonho realidade.*

*Muito obrigada!*

***“Não chore por ter acabado,  
sorria por ter acontecido!”***

Daniele Rocha Bacelo – Lala

RODRIGUES, Sidiane Teixeira. **Serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva Ecológica.** Dissertação. 2019. 175 fls. Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil, 2019. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

## RESUMO

Os sistemas de saúde operacionalizam-se por meio de instituições de saúde que efetivam serviços/ações, de forma direta ou indireta, junto à população, com o intuito de “produzir saúde”. Nessa sapiência, destaca-se a estruturação física e organizacional das instituições e respectivos serviços públicos de saúde em cidades contíguas. Essas regiões geográficas caracterizam-se por sua complexidade e discrepância com as outras localidades, municípios e Estado/País a que pertencem político-administrativo e juridicamente, delineando “identidades” singulares. Com base nesse contexto, formulou-se a **questão norteadora**: Que serviços públicos de saúde são oferecidos à população de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* e qual a sua estrutura física e organizacional, na perspectiva ecológica? Com o intuito de encontrar respostas para a questão de pesquisa foi elaborado o **objetivo geral**: Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*: sua estrutura física e organizacional na perspectiva ecológica. A **revisão de literatura** cinge os subcapítulos: Busca da produção científica acerca da temática; Sistemas de saúde na perspectiva ecológica, Sistema de saúde no Brasil, Sistema de saúde no Uruguai; Relações ecológicas regionais e internacionais fronteiriças do Brasil e Uruguai. A **metodologia** desta pesquisa caracteriza-se como descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, permitindo uma maior aproximação à proposta de estudo. O cenário de estudo compreendeu duas instituições de saúde na cidade Chuí/Brasil e duas na cidade *Chuy/Uruguay*, tendo como participantes da pesquisa 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde das cidades envolvidas. A coleta de dados foi realizada por meio da observação não participante e entrevista semiestruturada. A análise e interpretação dos dados foram realizadas à luz do método de pesquisa de Análise de Conteúdo segundo Bardin. Foram observadas todas as exigências éticas previstas para pesquisas com seres humanos conforme Resolução nº. 466/12. Os resultados são apresentados em seis categorias: Avaliação e descrição dos elementos abióticos da estrutura física das instituições públicas de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Perfil sociodemográfico e funcional dos participantes do estudo; Oferta gratuita de assistência em saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Integração e interação regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Dificuldades e benefícios das relações bilaterais dos serviços públicos de saúde entre as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Conhecimento acerca dos acordos bilaterais e reuniões entre os gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. Os resultados demonstraram que os processos de oferta de saúde, nas mais diversificadas modalidades, se potencializam, com o apoio dos princípios ecológicos, acarretando efeitos benéficos à saúde. **Considerações finais**: o estudo por um lado indica efeitos benéficos das relações bilaterais entre os países Brasil e *Uruguay* por meio do estabelecimento de acordos de cooperação em saúde, bem como, possibilidades de fortalecimento dos serviços envolvidos. Por outro lado, os resultados apontam o desconhecimento por parte dos gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí e *Chuy* acerca dos acordos bilaterais, prejudicando o exercício de integração cooperativa e eficaz na qualidade dos serviços realizados nesse espaço ecológico. Destaca-se que novas pesquisas se tornam indispensáveis para ampliar o conhecimento nessa área.

**Descritores:** Saúde; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde; Saúde na Fronteira; Ecossistema.

RODRIGUES, Sidiâne Teixeira. **Public health services in the cities of Chuí/Brazil and Chuy/Uruguay: physical and organizational structure from an Ecosystem perspective.** Dissertation. 2019. 175 fls. Master of Nursing - Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande. Rio Grande, RS, Brazil, 2019. Research Line: The Work of Nursing / Health. Advisor: Prof. Dr. Hedi Grecencia Heckler de Siqueira.

### ABSTRACT

Health systems are operationalized through health institutions that effect services/actions, directly or indirectly, with the population, in order to "produce health". In this wisdom, we highlight the physical and organizational structuring of institutions and their public health services in contiguous cities. These geographical regions are characterized by their complexity and discrepancy with the other localities, municipalities and State/Country to which they belong politically-administratively and legally, outlining singular "identities". Based on this context, the **guiding question** was formulated: What public health services are offered to the population of Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay and what is its physical and organizational structure, from the ecosystem perspective? In order to find answers to the research question, the **general objective** was elaborated: To analyze public health services, offered to the population in the cities of Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay: its physical and organizational structure from the ecosystem perspective. The **literature review** girdes the subchapters: Search for scientific production on the theme; Health systems from the ecosystem perspective, Health system in Brazil, Health system in Uruguay; Regional and international ecosystem relations border ing brazil and uruguay. The **methodology** of this research is characterized as descriptive-exploratory with a qualitative approach, allowing a greater approximation to the study proposal. The study scenario comprised two health institutions in chuí/brasil and two in the city Chuy/Uruguay, having as participants of the research 12 managers and/ or responsible for the public health services of the cities involved. Data collection was performed through non-participant observation and semi-structured interviews. Data analysis and interpretation were performed in the light of bardin's content analysis research method. All the ethical requirements foreseen for research with human beings were observed according to Resolution N°. 466/12. The **results** are presented in six categories: Evaluation and description of the abiotic elements of the physical structure of public health institutions in the cities Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay; Sociodemographic and functional profile of study participants; Free offer of health care in the cities Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay; Organizational structure of public health services in chuí/brasil and chuy/uruguay cities; Integration and regional interaction of public health services between the cities of Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay; Difficulties and benefits of bilateral relations of public health services between the cities of Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay; Knowledge about bilateral agreements and meetings between managers and/or public health service officers in the cities of Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay. The results showed that the processes of health supply, in the most diverse modalities, are enhanced, with the support of ecosystem principles, causing beneficial health effects. **Final considerations:** the study on the one hand indicates beneficial effects of bilateral relations between brazil and uruguay countries through the establishment of health cooperation agreements, as well as possibilities for strengthening the services involved. On the other hand, the results point to the lack of knowledge on the part of managers and/or those responsible for public health services in the cities Chuí and Chuy about bilateral agreements, impairing the exercise of cooperative integration and effective in the quality of services carried out in this ecosystem space. It is noteworthy that new research becomes indispensable to expand knowledge in this area.

**Keywords:** Health; Health Management; Health services; Border Health; Ecosystem

RODRIGUES, Sidiane Teixeira. **Servicios de salud pública en las ciudades de Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay: estructura física y organizativa desde la perspectiva del ecosistema**. Disertación 2019. 175 fls. Master of Nursing - Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil, 2019. Línea de investigación: El trabajo de enfermería / salud. Asesor: Prof. Dr. Hedi Grecencia Heckler de Siqueira.

## RESUMEN

Los sistemas de salud se operativon a través de instituciones de salud que afectan a los servicios/acciones, directa o indirectamente, con la población, con el fin de "producir salud". En esta sabiduría, destacamos la estructuración física y organizativa de las instituciones y sus servicios de salud pública en ciudades contiguas. Estas regiones geográficas se caracterizan por su complejidad y discrepancia con las demás localidades, municipios y Estado/País al que pertenecen políticamente administrativa y jurídicamente, esbozando singulares "identidades". Sobre la base de este contexto, se formuló la **pregunta orientadora**: ¿Qué servicios de salud pública se ofrecen a la población de Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay y cuál es su estructura física y organizativa, desde la perspectiva del ecosistema? Para encontrar respuestas a la pregunta de investigación, se elaboró el **objetivo general**: Analizar los servicios de salud pública, ofrecidos a la población de las ciudades de Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay: su estructura física y organizativa desde la perspectiva del ecosistema. La **revisión de la literatura** hace una viga de los subcapítulos: Búsqueda de producción científica sobre el tema; Sistemas de salud desde la perspectiva del ecosistema, Sistema de salud en Brasil, Sistema de salud en Uruguay; Relaciones regionales e internacionales de ecosistemas fronterizas con Brasil y Uruguay. La **metodología** de esta investigación se caracteriza por ser descriptiva-exploratoria con un enfoque cualitativo, permitiendo una mayor aproximación a la propuesta de estudio. El escenario de estudio comprendía dos instituciones de salud en chuí/brasil y dos en la ciudad de Chuy/Uruguay, teniendo como participantes de la investigación a 12 gerentes y/o responsables de los servicios de salud pública de las ciudades involucradas. La recopilación de datos se realizó mediante la observación de no participantes y entrevistas semiestructuradas. El análisis e interpretación de datos se realizaron a la luz del método de investigación de análisis de contenido de Bardin. Todos los requisitos éticos previstos para la investigación con seres humanos se observaron de acuerdo con la Resolución No. 466/12. Los **resultados** se presentan en seis categorías: Evaluación y descripción de los elementos abióticos de la estructura física de las instituciones de salud pública en las ciudades Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay; Perfil sociodemográfico y funcional de los participantes en el estudio; Oferta gratuita de atención médica en las ciudades Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay; Estructura organizativa de los servicios de salud pública en las ciudades chuí/brasil y chuy/uruguay; Integración e interacción regional de los servicios de salud pública entre las ciudades de Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay; Dificultades y beneficios de las relaciones bilaterales de los servicios de salud pública entre las ciudades de Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay; Conocimientos sobre acuerdos bilaterales y reuniones entre gerentes y/o funcionarios de servicios de salud pública en las ciudades de Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay. Los resultados mostraron que los procesos de suministro de salud, en las más diversas modalidades, se mejoran, con el apoyo de los principios del ecosistema, causando efectos beneficiosos para la salud. **Consideraciones finales**: el estudio, por un lado, indica los efectos beneficiosos de las relaciones bilaterales entre Brasil y los países uruguayos mediante el establecimiento de acuerdos de cooperación sanitaria, así como las posibilidades de fortalecimiento de los servicios involucrados. Por otro lado, los resultados apuntan a la falta de conocimiento por parte de los gestores y/o responsables de los servicios de salud pública en las ciudades Chuí y Chuy sobre acuerdos bilaterales, perjudicando el ejercicio de la integración cooperativa y eficaz en la calidad de los servicios realizados en este espacio ecosistémico. Cabe destacar que las nuevas investigaciones se convierten en indispensables para ampliar el conocimiento en este ámbito.

**Palabras llave**: salud; Gestión de la salud; Servicios de salud; Salud fronteriza; Ecosistema

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b> – Diagrama processo de exclusão dos artigos .....	25
<b>Figura 02</b> – Princípios ecossistêmicos relacionados com o espaço em estudo .....	26
<b>Figura 03</b> – Sistema Nacional Integrado de Saúde – <i>Uruguay</i> .....	37
<b>Figura 04</b> – Mapa geopolítico dos países envolvidos no estudo: Brasil e <i>Uruguay</i> .....	46
<b>Figura 05</b> – Espaço limítrofe dos municípios integrantes do estudo: Brasil e <i>Uruguay</i> .....	46
<b>Figura 06</b> – Obelisco da Avenida Internacional Brasil/ <i>Uruguay</i> .....	47
<b>Figura 07</b> – Identificação dos participantes do estudo .....	49
<b>Figura 08</b> – Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família – Chuí/Brasil .....	59
<b>Figura 09</b> – Unidade de Saúde com Serviço de Urgência Posto Central – Chuí/Brasil .....	62
<b>Figura 10</b> – Unidade de Saúde <i>Policlinica Samuel Pirilac</i> – <i>Chuy/Uruguay</i> .....	68
<b>Figura 11</b> – Hospital <i>Chuy</i> – <i>Chuy/Uruguay</i> .....	71
<b>Figura 12</b> – Unidade com Serviços de Atenção Primária à Saúde <i>Hospital do Chuy/Uruguay</i> .....	72
<b>Figura 13</b> – Unidade Hospitalar com Serviço de Urgência e Emergência do <i>Hospital do Chuy</i> – <i>Chuy/Uruguay</i> .....	77
<b>Figura 14</b> – Instituições públicas prestadoras de serviços de saúde nas cidades Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> , na perspectiva ecossistêmica .....	139

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> – Resultado da busca da produção científica .....	24
<b>Quadro 02</b> – Elementos abióticos da UBS com ESF – Chuí/Brasil .....	61
<b>Quadro 03</b> – Elementos abióticos da UBS com Serviço de Urgência Posto Central – Chuí/ Brasil .....	67
<b>Quadro 04</b> – Elementos abióticos da <i>Policlínica Samuel Pirilac</i> – <i>Chuy/Uruguay</i> .....	69
<b>Quadro 05</b> – Elementos abióticos da USAPS do <i>Hospital do Chuy</i> – <i>Chuy/Uruguay</i> .....	75
<b>Quadro 06</b> – Elementos abióticos do UH – SUE do <i>Hospital do Chuy</i> – <i>Chuy/Uruguay</i> .....	80
<b>Quadro 07</b> – Perfil sociodemográfico e funcional dos participantes de estudo .....	83
<b>Quadro 08</b> – Oferta gratuita de assistência em saúde nas cidades Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> .....	84
<b>Quadro 09</b> – Estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> .....	87
<b>Quadro 10</b> – Integração e interação internacional regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> .....	92
<b>Quadro 11</b> – Dificuldades e benefícios das relações bilaterais dos serviços públicos de saúde as cidades Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> .....	94
<b>Quadro 12</b> – Conhecimento acerca dos acordos bilaterais e reuniões entre os gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> .....	97
<b>Quadro 13</b> – Apresentação dos títulos e objetivos específicos da dissertação .....	100

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

AC – Análise de Conteúdo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASSE – *Administración de los Servicios de Salud del Estado*

BDENF – Banco de dados da Enfermagem

BPS – Banco de Previsão Social

BVS/MS – Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CDIFF – Comissão Permanente para Integração e Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

CEP/CONEP – Comitês de Ética em Pesquisa da Comissão Nacional de Ética em  
Pesquisa

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFB – Constituição Federal do Brasileira

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

Coleciona SUS – Banco e dados do Sistema Único de Saúde

COMERO – *Colectico Médico Rochense*

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DECS – Descritor da Ciência da Saúde

ENAFRON – Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras

ESF – Estratégia Saúde da Família

FCCR – Foro Consultivo de Municípios, Estados-membros, Províncias e Departamentos

FNR – Fundo Nacional de Recursos

FONASA – *Fondo Nacional de Salud*

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

GEES – Grupo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IAMC – *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva*

IMAE – *Instituto de Medicina Altamente Especializada*

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto de Previdência Social

JUDESAS – *Juntas Departamentales de Salud*

LILACS – Banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System*

MIN – Ministério da Integração Nacional

MS – Ministério da Saúde

MSP – Ministério de Saúde Pública

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIAS – *Plan Integral de Atención a la Salud*

PROPESP – Pró - Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

PSF – Programa Saúde da Família

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SGT – Subgrupo de Trabalho da Saúde

SIS – FRONTEIRA - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SIS – MERCOSUL - Sistema Integrado de Saúde do Mercado Comum do Sul

SNIS – *Sistema Nacional Integrado de Saúde*

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde SUS Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNIMED – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

USAPS – Unidade com Serviço de Atenção Primária à Saúde

USUE – Unidade com Serviços de Urgência e Emergência

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
Objetivo geral .....	22
Objetivos específicos .....	22
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
<b>2.1 Busca da produção científica acerca da temática</b> .....	23
<b>2.2 Sistemas de saúde na perspectiva Ecosistêmica</b> .....	25
2.2.1 <i>Sistema de saúde no Brasil</i> .....	29
2.2.2 <i>Sistema de saúde no Uruguai</i> .....	37
<b>2.3 Relações ecossistêmicas regionais e internacionais fronteiriças do Brasil e Uruguai</b> ...	39
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	45
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	45
<b>3.2 Cenário de pesquisa</b> .....	46
3.2.1 <i>Cidade Chuí/Brasil</i> .....	47
3.2.2 <i>Cidade Chuy/Uruguay</i> .....	48
<b>3.3 Participantes da pesquisa</b> .....	48
<b>3.4 Método(s) e técnica(s) para coleta de dados</b> .....	49
<b>3.5 Análise e interpretação dos dados</b> .....	51
<b>3.6 Aspectos éticos</b> .....	53
3.6.1 <i>Análise crítica de riscos e benefícios</i> .....	54
3.6.2 <i>Explicitação das responsabilidades das pesquisadoras</i> .....	55
3.6.3 <i>Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa</i> .....	55
3.6.4 <i>Declaração que os resultados serão tornados públicos</i> .....	55
3.6.5 <i>Segurança sobre o uso e destinação dos dados e materiais coletados</i> .....	56
3.6.5 <i>Garantia da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa</i> .....	56
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA SEMIESTRUTURA</b> .....	57
<b>4.1 Avaliação e descrição dos elementos abióticos da estrutura física das instituições públicas de saúde nas cidades Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay</b> .....	58
<b>4.1.1 Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família – Chuí/Brasil</b> .....	59

4.1.2 Unidade Básica de Saúde com Serviço de Urgência Posto Central – Chuí/Brasil .....	61
4.1.3 Unidade de Saúde <i>Policlínica Samuel Pirilac</i> – Chuy/Uruguay .....	68
4.1.4 Hospital do <i>Chuy/Uruguay</i> .....	70
4.1.4.1 Unidade com Serviço de Atenção Primária à Saúde <i>Chuy</i> – Chuy/Uruguay .....	72
4.1.4.2 Unidade Hospitalar com Serviços de Urgência e Emergência do <i>Hospital do Chuy</i> – Chuy/Uruguay .....	76
4.2 Dados e resultados das entrevistas semiestruturadas .....	81
5 DISCUSSÃO DOS DADOS .....	100
5.1 Artigo I .....	101
5.2 Artigo II .....	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	138
REFERÊNCIAS .....	142
APÊNDICES	
APÊNDICE A .....	154
APÊNDICE B .....	155
APÊNDICE C .....	156
APÊNDICE D .....	158
APÊNDICE E .....	160
APÊNDICE F .....	161
APÊNDICE G .....	162
APÊNDICE H .....	168
APÊNDICE I .....	169
ANEXOS	
ANEXO A .....	171
ANEXO B .....	172
ANEXO C .....	173
ANEXO D .....	174
ANEXO E .....	175

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário político-econômico mundial, influenciado pela globalização e por elementos históricos e socioculturais, converge para diversas transformações, conduzindo para novas vertentes de entendimento e reflexões acerca dos sistemas e outros aspectos locais, regionais, nacionais e mundiais. Nesse contexto, o modelo de sistema de saúde adotado por cada nação, como também, o reflexo de suas inter-relações, interconexões, interesses, valores sociais e econômicos, são expressos nos limites jurídicos, políticos e institucionais de seu país (OPAS, 2017).

O sistema de saúde em conceituação ampla, pode ser definido como um conjunto de instituições responsáveis por intervenções na sociedade, tendo a saúde como finalidade primordial (OMS, 2016). A sua operacionalização ocorre por meio da oferta e execução de serviços de saúde, orientados por políticas públicas formuladas para atender as necessidades e vulnerabilidades populacionais.

Os serviços de saúde, vistos nesse sentido, são ações/atendimentos/procedimentos vinculados às instituições públicas ou privadas de saúde que objetivam promover, prevenir, minimizar danos e reabilitar as múltiplas dimensões do ser humano e população. Eles constituem uma atividade/ação ou um benefício que uma pessoa oferece a outra, sendo essencialmente intangível, não resultando na propriedade de qualquer coisa, estando sua produção conectada ou não a atuação física propriamente dita (SIQUEIRA, 2001).

As ações de saúde, são organizadas em três níveis de atenção: assistência básica, média e alta complexidade, compreendendo desde a assistência ambulatorial até o transplante de órgãos, compondo redes de atenção (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2019a). Observa-se que a estrutura física e organizacional das instituições de saúde, no que tange a prestação de serviços/ações de forma sistêmica, contínua e abrangente, devem ser centradas nas necessidades e especificidades de cada *locus* populacional, constituindo-se em um grande desafio para a maioria dos países das Américas (OPAS, 2010). Corrobora com essa conceituação, estudo realizado na região oeste de Santa Catarina com 21 gestores municipais, ao identificar que os gestores reconhecem a importância da organização dos serviços de saúde para obtenção de uma assistência resolutiva para a população (FERREIRA et al., 2018).

A estrutura física das instituições de saúde deve incluir condições de edificações, instalações elétricas, hidráulica, climatização, equipamentos e insumos que possibilitem

operacionalização de serviços de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe o cuidado (BRASIL, 2008). Já a dimensão organizacional compreende o formato interno das instituições, representação das relações dos seus níveis hierárquicos, interdependências dos seus setores, departamentos, áreas e funções, bem como a atribuição dos cargos de chefia, as relações de subordinação e os fluxos de informação que ocorrem internamente (SCHULTZ, 2016).

A estrutura organizacional é, na verdade, uma abstração da realidade interna das organizações, sendo possível identificá-la por meio da observação de certos padrões e regularidades nas relações entre seus elementos, das formas de comunicação predominantes, dos tipos de comportamentos dos indivíduos e dos instrumentos protocolares de influência (SCHULTZ, 2016).

Nesse íterim, entende-se que a Perspectiva Ecológica, como fundamentação teórico-filosófica, ao considerar a totalidade dos elementos que compõem as instituições promotoras de ações de saúde, possibilita compreender os fatores estruturais e organizacionais que interferem na oferta de ações e o acesso a saúde em um determinado ecossistema.

O ecossistema é compreendido como um espaço/território/ambiente formado de elementos, bióticos (usuários, família, profissionais de saúde, gestores de saúde, profissionais administrativos e demais recursos humanos, necessários para atender a população) e, elementos abióticos (estrutura física e organizacional), cujos componentes se relacionam, são interdependentes, interagem entre si e influenciam-se mutuamente (BERTALANFY, 2013; CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al., 2018).

Nesse estudo, o ecossistema compreende as instituições públicas de saúde das cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, composto por estruturas físicas e organizacionais que oferecem serviços para o ser humano e à população de forma inter-relacionada, interconectada, com influência e cooperação mútua, constitui-se em um todo organizado, formando um ecossistema. Os serviços, assim como, os demais elementos constituintes do ecossistema, permitem por meio das relações, inter-relações, interações e interconexões a concepção de uma ambiência dinâmica e interligada.

As áreas de fronteira distinguem-se pela interação da diversidade sociocultural, política e econômica, apresentando potencialidades de cooperação e integração econômica e sociocultural com o país vizinho (BRASIL, 2014a). Esses ambientes caracterizam-se por sua complexidade e discrepâncias com as outras localidades, municípios e estado/país a que

pertencem política-administrativa e juridicamente, delineando “identidades” singulares à essas regiões (KLEINSCHMITT, 2012; MOCHIZUKE, 2017). Assim sendo, para sua compreensão se faz necessário conhecer e entender os aspectos inerentes a sua ocupação e, especialmente, a sua integração política e social.

Os processos de integração estabelecidos nessas regiões podem ser vistos como um acontecimento natural oriundo das necessidades de uma totalidade global de auxílio recíproco, capaz de propiciar a interação e o fortalecimento das nações frente ao contexto mundial (MENDES et al., 2016). No âmbito da saúde, tema dessa pesquisa, pode ser estabelecido em diversos seguimentos, possibilitando um sistema de cooperação entre as instituições e os serviços de saúde dos países vizinhos, alterando ou criando estruturas físicas e organizacionais peculiares.

Em vista da grande extensão territorial brasileira em área contígua a outros países, a preocupação com a integração regional dos serviços de saúde, estruturação e organização, tem se tornado mais evidente nas discussões entre pesquisadores, estudiosos e gestores das cidades e/ou regiões de fronteira (PECEQUILO; CARMO, 2013). Neste sentido, a visão ecossistêmica, por meio dos seus princípios vislumbra conhecer e analisar os processos de comunicação e o entendimento estabelecido entre as instituições, setores, ações, gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades de *Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay*.

Permitindo a elaboração de estratégias e políticas públicas de integração que, além de minimizar obstáculos tributários legais e institucionais, possibilitem uma estrutura física organizacional dos serviços públicos de saúde que atendam às necessidades desses *locus* regionais, oportunizando o acesso às instituições comuns, gerenciamento e consumo de ações/serviços de saúde, capazes de favorecer essas cidades e/ou regiões (BRITO, 2014).

Entende-se a importância na realização de pesquisas que abordem a temática, pois ao conhecer os contextos regionais é possível compreender a rede de interações e inter-relações de seus elementos constituintes, e a influência desses, na maneira como as instituições públicas se estruturam, organizam e operacionalizam seus ações.

Nessa sapiência, a trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora corrobora com interesse no estudo da temática. Egressa, 2011, do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Anhanguera Educacional S.A. e Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em 2012. Ingressa do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio

Grande (FURG) em 2018. Desde a graduação, a saúde pública tornou-se uma grande paixão, sendo considerada seu principal foco de atuação.

A experiência profissional como enfermeira assistencial dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tiveram início em abril de 2011, perpassando por unidades rurais, urbanas e litorânea/balneário, com afastamento voluntário em fevereiro de 2018, devido ingresso no Mestrado.

Destaca-se o último cenário de trabalho localizado na região de fronteira Brasil/*Uruguay*. Onde foram observados que aproximadamente 38,2% da comunidade assistida era de nacionalidade uruguaia e vivia irregularmente no Brasil, o que não permitia que seu cadastro e acompanhamento fossem repassados para os serviços de informação, prejudicando assim, o planejamento e o financiamento do serviço. Não obstante, os relatos dos usuários interligados a demanda recorrente e significativa de usuários uruguaios e brasileiros que buscavam atendimento nas cidades contíguas, instigaram o **interesse** dessa pesquisa, gerando o desejo do aprofundamento de conhecimento acerca da temática.

A inquietude desses questionamentos referentes aos serviços públicos de saúde ofertados à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* e a sua estrutura física e organizacional, na perspectiva ecossistêmica, estimulou o interesse da discussão a respeito da temática em diferentes contextos sociais, visando a construção, a compreensão do conhecimento e sua futura disseminação.

A **relevância** da proposta ancora-se na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) com a constatação dos diversos aspectos do tema nas subagendas 14, 16 e 22. Subagenda “14 – Avaliação de tecnologias e economia da saúde”, “16 – Demografia e saúde”, “Subagenda “22 – Sistemas e políticas de saúde” (BRASIL, 2015). Em consonância com as mesmas, evidencia-se a importância de estudos e pesquisas alinhadas aos objetivos para o desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 (ONU, 2015).

Assim, os serviços e ações públicos de saúde e a sua estrutura física e organizacional em regiões de fronteira, como as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* configuram-se como sendo uma prioridade de pesquisa no contexto nacional e internacional, delineando uma vertente eminente de estudo e discussão sobre políticas públicas para estruturação, organização e acesso à saúde da população fronteiriça. Nesse sentido buscou-se conhecer os arcabouços estruturais e organizacionais dos serviços oferecidos à população nestas cidades limítrofes.

Com base nesse contexto formulou-se a **questão norteadora**: Que serviços públicos de saúde são oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* e qual a sua estrutura física e organizacional, na perspectiva ecossistêmica?

Com o intuito de encontrar resposta para a questão de pesquisa foram elaborados os objetivos:

**Objetivo geral:** Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*: sua estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica.

**Objetivos específicos:**

- ❖ Analisar a oferta gratuita de ações/serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* na perspectiva ecossistêmica;
- ❖ Avaliar a estrutura física e organizacional das instituições prestadoras de serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*;
- ❖ Averiguar a integração internacional regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, na perspectiva ecossistêmica;
- ❖ Investigar as relações e o conhecimento acerca dos acordos bilaterais entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*;
- ❖ Pesquisar as dificuldades e benefícios resultantes das relações bilaterais dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

*“Os leitores extraem dos livros, consoante o seu caráter, a exemplo da abelha ou da aranha que, do suco das flores retiram, uma o mel, a outra o seu veneno”.*  
(Friedrich Nietzsche)

A revisão de literatura foi elaborada com objetivo de conhecer a temática, a fim de auxiliar na análise, compreensão e sustentação dos dados e aprofundada ao longo do processo da pesquisa. A revisão de literatura encontra-se estruturada nos subcapítulos: Busca da produção científica acerca da temática; Sistemas de saúde na perspectiva Ecológica, Sistema de saúde no Brasil, Sistema de saúde no Uruguai; Relações ecológicas regionais e internacionais fronteiriças do Brasil e Uruguai.

No presente capítulo apresenta-se o resultado desta revisão de literatura elaborada com a finalidade de auxiliar na compreensão das inter-relações entre os elementos da temática. Destarte, será possível aprofundar o conhecimento, bem como, entender as diferentes perspectivas a partir das bases teóricas e filosóficas que fundamentam a temática em estudo.

### 2.1 Busca da produção científica acerca da temática

A construção do embasamento teórico, foi realizada por meio da busca da produção científica via *online* junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, Banco de dados da Enfermagem (BDENF) e Coleção SUS. Optou-se por utilizar publicações deste acervo por conter literatura publicada nos países pertencentes ao bloco MERCOSUL, como também referências técnico-científicas brasileiras em enfermagem.

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2019, com a utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Saúde”, “Gestão em Saúde”, “Serviços de Saúde” e “Saúde na Fronteira”, empregando o operador booleano AND.

Na busca foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos completos com disponibilidade gratuita *online*, nos idiomas português, inglês e espanhol, recorte temporal abrangendo os estudos desde a criação do MERCOSUL, 1991 a 2018.

Inicialmente, ao utilizar o Descritor da Ciência da Saúde (DeCS) “Saúde”, alcançou-se um número de 1.115.916 artigos na base de dados da MEDLINE, 90.122 na LILACS, 15.989 no BDEF, 931 na Coleção SUS. Ao agregar o descritor “Gestão em Saúde”, obteve-se 64.767 estudos na MEDLINE, 6.020 estudos na LILACS, 1.044 estudos na BDEF e 106 na base Coleção SUS. Ao refiná-los com o “Serviços de Saúde”, identificou-se 30.825 artigos na MEDLINE, 2.800 na LILACS, 458 na BDEF, 60 na Coleção SUS. Continuando a aproximação da temática com o descritor “Saúde na Fronteira”, foram encontrados (dez) artigos, (um) na MEDLINE, (sete) na LILACS, (um) na BDEF e (um) na Coleção SUS. A fim de aproximar a temática com o referencial filosófico foi agregado o descritor “Ecossistema”, onde não foram localizados artigos (Quadro 01).

**Quadro 01** – Resultados da busca da produção científica. Rio Grande, RS, 2019.

Bases de dados consultados/ Cruzamento/DESC	Saúde	Gestão em Saúde	Serviços de Saúde	Saúde na Fronteira	Ecossistema
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
<b>MEDLINE</b>	1.115.916	64.767	30.825	01	0
<b>LILACS</b>	90.122	6.020	2.800	07	0
<b>BDEF</b>	15.989	1.044	458	01	0
<b>Coleção SUS</b>	931	106	60	01	0
<b>TOTAL</b>	1.222.958	71.937	34.143	10	0

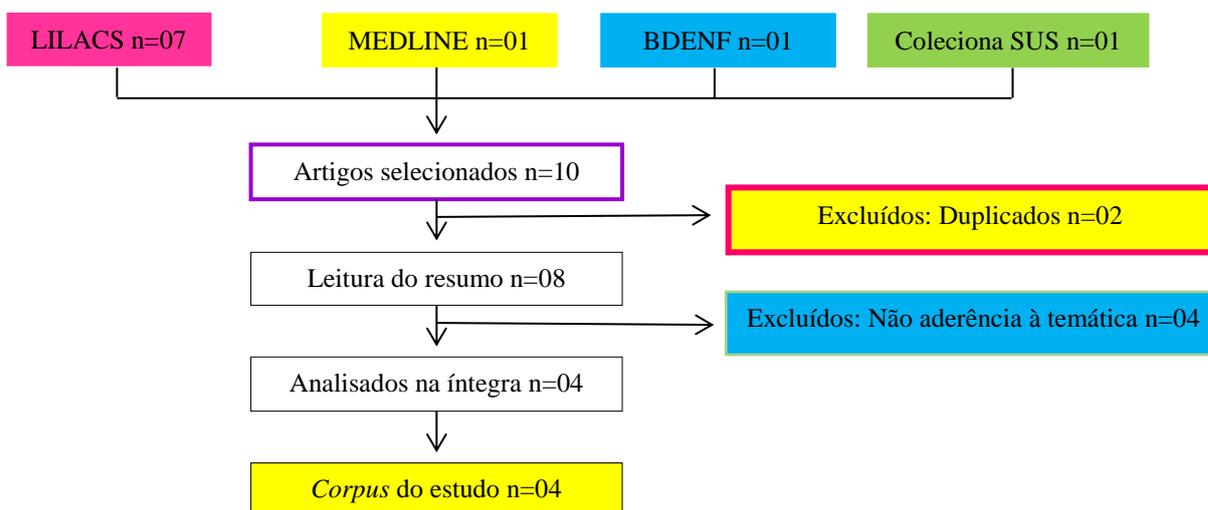
Fonte: Elaborado por Rodrigues e Siqueira, 2019.

Retornando a busca para a etapa anterior obteve-se um total de (dez) artigos, destes (dois) foram excluídos por duplicidade. A seguir, procedeu-se a leitura dos resumos das (oito) publicações, excluindo-se (quatro) artigos por não apresentarem aderência total à temática. As (quatro) publicações que se enquadraram em todos os critérios de seleção, foram lidas na íntegra e incluídas nesta proposta (Figura 01).

Os artigos abordaram: os subsídios propiciados pela produção científica à gestão hospitalar de saúde em áreas de fronteira; os limites e possibilidades de uma integração dos sistemas locais de saúde no contexto da tríplex fronteira amazônica; modo de trabalho nas estruturas do MERCOSUL e suas contribuições na construção de uma agenda regional, na

perspectiva de que a integração possa contribuir para a redução de desigualdades de acesso à saúde na região; as características dos atendimentos realizados no SUS a brasileiros residentes no exterior em municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul com o Paraguai.

**Figura 01** – Diagrama processo de exclusão dos artigos. Rio Grande, RS, 2019 (n= 04).



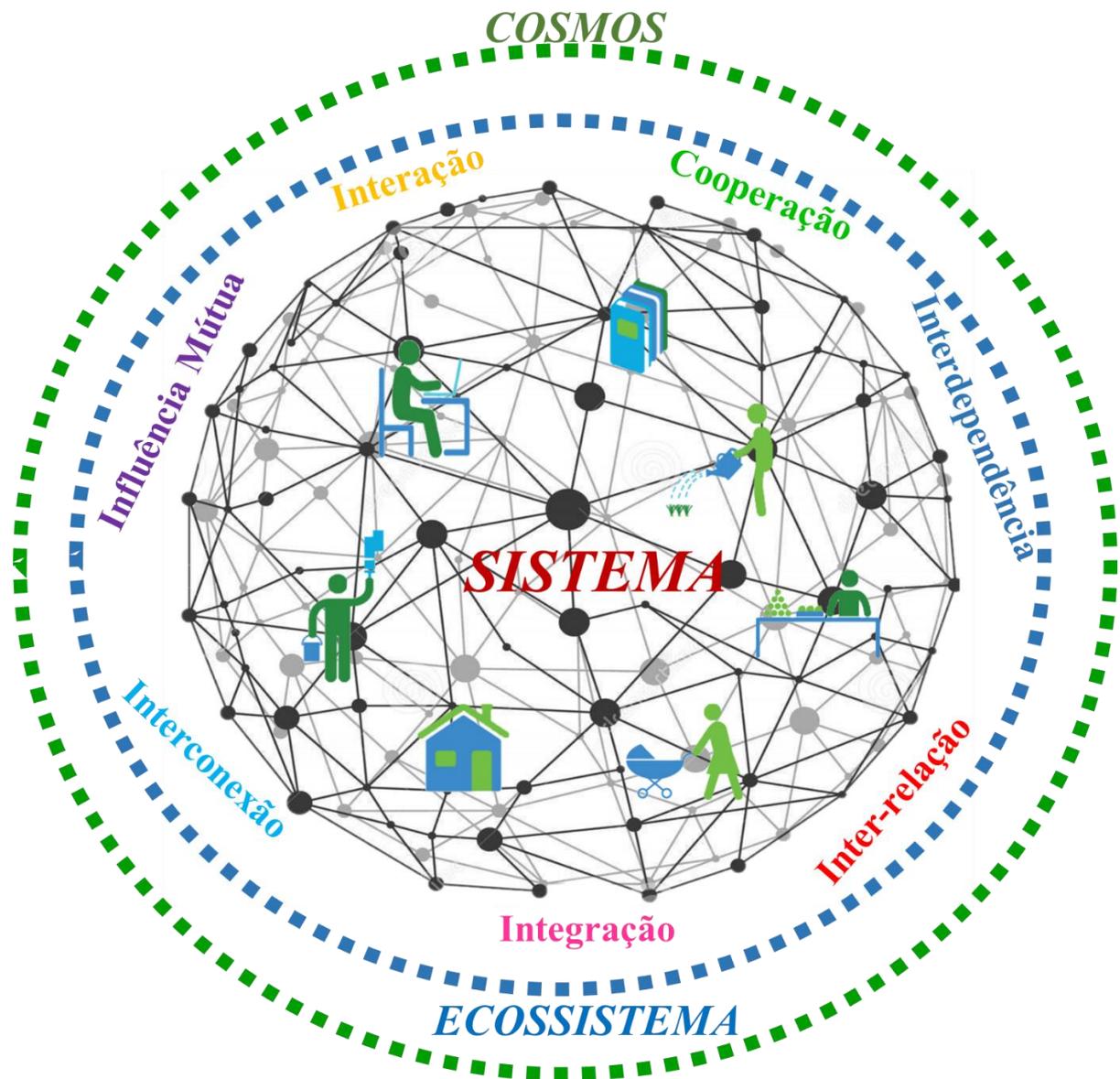
**Fonte:** Elaborado por Rodrigues e Siqueira, 2019.

## 2.2 Sistemas de saúde na perspectiva Ecológica

A palavra “sistema” derivada do latim “*systema*” pode ser entendida como um compilado de fragmentos, recebendo significações variadas de acordo com a óptica do prosseguimento científico e referencial teórico-reflexivo adotado. Entretanto, o sistema compreende um conjunto de elementos bióticos e abióticos que se inter-relacionam, são interdependentes e cooperam mutuamente entre si (SIQUEIRA, 2001; BERTALANFFY, 2013; CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al., 2018).

O pensamento sistêmico em sua vertente ecológica entende como sistema um conjunto ordenado de elementos bióticos (vivos/sociais) e abióticos (não vivos/físicos) interligados e interdependentes, que interagem entre si, influenciando-se mutuamente e operam sob um objetivo constante acerca do todo, produzindo mudanças e transformações em um determinado espaço/tempo, compondo, assim, um ecossistema (Figura 02) (SIQUEIRA et al., 2018).

**Figura 02** – Princípios ecossistêmicos relacionados com o espaço/tempo em estudo. Rio Grande, RS, 2019.



**Fonte:** Com base em BERTALANFFY (2013); CAPRA; LUISI (2014); SIQUEIRA et al., (2018), elaborado por Rodrigues e Siqueira, 2019.

Nessa perspectiva, o ser humano faz parte desse sistema, estabelecendo relações de influência mútua com os demais componentes, constituindo uma unidade/totalidade denominada de ecossistema, termo utilizado pela primeira vez por Tansley em 1935 para significar a unidade funcional da ecologia (SIQUEIRA et al., 2018). Sendo assim, compreende-se o sistema como qualquer arranjo de componentes conectados por alguma configuração de interação ou interdependência, formando um todo organizado, onde cada elemento apresenta e

conserva suas características individuais, em que suas funções se relacionam e são exercidas com algum grau de interdependência.

A visão sistêmica possibilita um olhar ampliado e aprofundado das relações humanas com o mundo circundante, constituindo-se em um novo paradigma para as ciências. Essa nova percepção do ser humano integral contrapõe-se ao sistema cartesiano, fragmentado e reducionista e emergiu em meados de 1920 por meio de estudos e pesquisas do biólogo Ludwing Von Bertalanffy, o qual formulou a Teoria Geral dos Sistemas (TGS) em 1950 (BERTALANFFY, 2013; CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al., 2018).

Bertalanffy (2013), sustenta a importância de não estudar/analisar os movimentos/processos e os elementos do sistema isoladamente, porém é essencial a manutenção da organização e da ordem, as quais podem ser desestabilizadas em virtude da interação dinâmica das partes, acarretando em disparidade comportamental dos elementos quando estudados de forma segregada, distanciando-se do comportamento do todo. O autor alicerça sua teoria em três axiomas: sistemas subsistem no interior de outro sistema, ou seja, cada sistema é composto por subsistemas; os sistemas são abertos, deste modo, cada sistema existe dentro de um meio ambiente que é constituído por outros sistemas, sofrendo influências do meio; as funções de um sistema dependem da sua estrutura, visto que cada sistema tem sua finalidade ou objetivo (PEREIRA; SIQUEIRA, 2008; BERTALANFFY, 2013).

Pereira e Siqueira (2008, p. 49), argumentam que:

A Teoria Geral dos Sistemas tem por objetivo uma análise da natureza dos sistemas e da inter-relação entre eles em diferentes espaços, assim como a interdependência de suas partes. Ao invés de se reduzir o ser humano para o estudo individual e isolado da sua totalidade, da propriedade de suas partes ou elementos com órgãos e células, deve-se focalizar na contextualização do todo, ou seja, nas relações e interações entre as partes que se interconectam e interagem, sendo, portanto, possível a compreensão da realidade através da inserção social do ser humano.

Nessa perspectiva, a TGS pode ser vista como uma vertente de estudo/pesquisa que compreende um sistema como uma organização em constante interação e troca com o meio ambiente/todo. Essa organização nada mais é do que uma comunidade de pessoas que estabelecem relações e interagem, logo, o próprio mundo se apresenta como uma teia dinâmica de fenômenos inter-relacionados, onde cada um dos elementos constituintes é de suma

importância, determinando e influenciando na estrutura de toda a rede inter-relacional (CAPRA, 2012; CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al., 2018).

Destarte, os sistemas de saúde são compreendidos como um sistema constituído por vários outros sistemas inter-relacionados e interconexos, compostos por elementos abióticos (estruturas físicas, protocolos, manuais, legislação regulamentadora, entre outros) e bióticos (profissionais, usuários, família, comunidades, relações sociais, competências, habilidades) que interagem interna e externamente com outros sistemas sociais em um espaço/tempo, sob um movimento de interação constante e dinâmico.

Os sistemas de saúde instrumentalizam-se por meio da oferta, de forma direta ou indireta de ações/serviços de saúde, norteadas pela legislação regulamentadora/políticas mediante o objetivo primordial de “produzir saúde”, uma vez que o serviço oferece uma ação ou um benefício que uma pessoa oferta a outra, essencialmente de maneira imaterial e não deriva na propriedade de qualquer coisa, estando sua produção associada ou não a ação física propriamente dita (SIQUEIRA, 2001).

Essa nova personificação dos sistemas de saúde rompe com o paradigma dos serviços de saúde, marcado pelo modelo biomédico com enfoque curativista, hospitalocêntrico, passando a possibilitar, um padrão com maior ênfase na prevenção e promoção da saúde, maior reflexão e conhecimento, por parte dos profissionais acerca do indivíduo, família e grupos, bem como, suas interações e relações com o ambiente no qual estão inseridos.

Os serviços de saúde podem constituir-se em um ecossistema alicerçado no cuidado integral ao ser humano, cingindo todos os processos relacionais interativos inerentes aos seus componentes, valorizando os princípios da interação, inter-relação, interdependência, da cooperação e influência mútua, a fim de contribuir para o entendimento acerca dos processos sistêmicos e ecossistêmicos que permeiam os sistemas de saúde e sua projeção na vida das pessoas como uma totalidade/unidade, da qual o ser humano faz parte.

A fim de uma melhor compreensão sistêmica das definições dos termos “serviços” e “ações” de saúde buscou-se a representação literal. A palavra “serviço” decorre do latim “*servitium*” e significa o ato/ação de servir, exercício de cargos ou funções obrigatórias, desempenho de qualquer modalidade laboral, emprego ou comissão (FERREIRA, 2014). Por conseguinte, a palavra “serviço” pode ser interpretada como um arranjo de atos/ações desempenhadas no decorrer das etapas do processo laborativo em saúde. Entretanto, de acordo com Siqueira (2001), serviço é uma atividade ou benefício que um ser humano

oferece/proporciona ao outro, sendo fundamentalmente impalpável, ou seja, sua produção pode ou não estar atrelada a um produto material/físico.

Em consonância, Siqueira (2001), Almeida e Pereira (2014), conferem aos serviços as características de intangibilidade e (não podem ser tocados, ouvidos, observados), inseparabilidade (não podem ser separados de quem os presta e da forma como o prestador é percebido), heterogeneidade (podem ser prestados de formas diferentes e a sua qualidade pode variar), perecibilidade (não podem ser armazenados para venda ou utilização posterior), tornando-se de suma importância avaliação constante, bem como o processo de adequação dos serviços às carências da população, indo ao encontro dos objetivos traçados.

Prosseguindo na definição literal, o termo “ações” oriundo da palavra latina “*actio.onis*” quer dizer o ato ou efeito de atuar/agir, atividade exercida por um elemento/agente com a dissipação de energia e/ou força (FERREIRA, 2014). Em analogia, percebe-se as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem como um serviço de saúde, são caracterizadas e exercidas essencialmente pelo cuidado.

As referências encontradas na legislação a respeito de serviços e ações de saúde não apresentam conceitos específicos de forma clara e concisa, podendo facilmente influenciar e induzir o seu uso como sinônimos. Visto que, Brasil (1990a) delinea o sistema de saúde como o conjunto de ações e serviços de saúde prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta.

Ao alicerçar os conceitos no referencial filosófico sistêmico/ecossistêmico, entende-se os sistemas de saúde como um conjunto de instituições, compostas por elementos estruturais e organizacionais, que por sua vez produzem/ofertam um arranjo de ações diretas ou indiretas de saúde destinadas a suprir as necessidades da população de forma integral, desempenhadas em redes (SIQUEIRA et al.,2018).

### **2.2.1 Sistema de saúde no Brasil**

A constituição de um sistema de saúde e formulação de políticas públicas de saúde no Brasil iniciou-se no período colonial com a assistência à saúde realizada por “curandeiros”, “boticários” e alguns médicos no contingente privado, perdurando nessa configuração até meados do século XIX (SILVA, 2013; POLIGNAMO, 2018).

No término do século XIX e começo do século XX o Brasil atravessou importantes processos de transformação sistêmica, entre os quais, destacam-se o êxodo rural para as grandes cidades, a abolição da escravidão, a vinda de imigrantes europeus no país, o desenvolvimento da indústria e do comércio (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Esse aspecto populacional conectado ao déficit estrutural dos municípios corroborou para o declínio das condições sanitárias e o surgimento de surtos epidêmicos e endemias, culminando com o surgimento e desenvolvimento do modelo hegemônico de saúde sanitária campanhista, fortemente presente até o final da década de 1940 (JUNIOR; JUNIOR, 2006; POLIGNAMO, 2018).

O modelo sanitário foi favorecido pela legislação vigente na década de 1920, possibilitando ações de saúde verticalizadas e repressivas como medidas interventivas de combate aos surtos de tuberculose, peste, febre amarela, varíola, entre outras doenças endêmicas que afligiam os grandes centros urbanos e zonas portuárias, uma vez que o foco gerencial do sistema estava em minimizar os ônus gerados pelas endemias (POLIGNAMO, 2018).

Dentre as campanhas sanitárias coercitivas, ressalta-se a campanha de imunização contra a varíola, executada no Rio de Janeiro sob a coordenação do médico sanitário Oswaldo Cruz, a qual influenciou o manifesto popular conhecido como a Revolta da Vacina, marcada por conflitos violentos entre forças do estado e populares, já que a população era forçada a receber a vacina, sem nenhum tipo de orientação prévia (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

A previdência social teve seu início concomitante e inter-relacionado à assistência à saúde por meio de leis como a de 1923 Lei de Eloy Chaves, a qual instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), primeiro seguro de saúde nacional privado. As CAP's eram organizadas por instituições privadas, administradas e financiadas por empregadores e empregados, tendo como objetivo a prestação de assistência médica, produção de fármacos com preços acessíveis, aposentadorias e pensões para os trabalhadores com carteira assinada, em especial do setor do agroexportador, principal fonte econômica, assegurando a grupos específicos de trabalhadores formais assistência à saúde (POLIGNAMO, 2018).

A década de 1930 foi marcada pela criação do Ministério da Educação e Saúde, centrado na assistência médica individual e que perdurou até meados de da década de 1990 sob responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (POLIGNAMO, 2018).

Na década de 1940, a fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) configurou-se em um importante marco das transformações das ações de saúde pública. A SESP executava ações de educação sanitária e campanhas profiláticas, utilizando como estratégias de atuação, responsabilizar auxiliares de saúde a desenvolver tarefas educativas junto à comunidade em geral. Ainda nesse período, foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) culminando com progressos na educação sanitária, influenciadas pelo conceito de saúde e novas discussões no processo saúde doença (SOUZA; JACOBINA, 2012).

Os avanços e transformações oriundos da industrialização exacerbada vivenciada pelo país a partir da década de 1950 comungaram para a ascensão dos serviços de assistência médica providos pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), bem como, a elaboração do modelo médico-assistencial privatista, uma vez que o modelo sanitarista não respondia mais as necessidades da economia (SILVA, 2013; POLIGNAMO, 2018).

A criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, influenciada pelo crescimento e desenvolvimento de ações coletivas de saúde pública, possibilitou reorganizações administrativas. Salienta-se que em 1966 houve a substituição dos IAP'S pelo Instituto de Previdência Social (INPS), padronizando benefícios. No entanto, concomitantemente a ampliação da cobertura, algumas disparidades de acesso, qualidade e oferta de serviços permaneciam (POLIGNAMO, 2018).

Perpassando por algumas flutuações ao longo da década de 1960, contudo, a reorganização política, social, educacional e de saúde brasileira, encontra-se alicerçada na Reforma Sanitária, ocorrida no final da década de 1970, movimento liderado por profissionais da área da saúde em contraposição as sequelas econômicas do país e apresentando propostas de transformação do sistema de saúde vigente, a qual conduziu para um novo modelo de proteção social, sob uma visão holística, equitativa, igualitária e democrática (POLIGNAMO, 2018).

Esse movimento ganhou força e estruturação nos anos 80, culminando para a realização em 1986 da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual se constituiu no principal marco histórico do sistema de saúde brasileiro, devido ao seu caráter democrático mobilizando trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade que defendiam um sistema integral, gratuito, de qualidade e sem discriminação (BRASIL, 1986). Das discussões e debates realizados, destacam-se três pontos importantes do relatório final: a definição de um conceito ampliado de saúde, a saúde como direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado e, ainda, a instituição de um sistema único de saúde (BRASIL, 2011a).

Em 1987 foi implantado um arranjo institucional nomeado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com incorporação de elementos da proposta da reforma sanitária como: universalização, integralidade da atenção, democratização das instâncias gestoras e descentralização pela via da estadualização (BRASIL,1987; BRASIL, 2011a). No entanto, a transformação desse sistema só recebeu notoriedade, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira (CFB) em 1988, fundamentada no relatório da VIII CNS, institui o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma nova forma de reordenamento e organização dos serviços e ações de saúde, universalizando o atendimento à saúde para todos os cidadãos, direito assegurado nos artigos 196 a 200 da CFB (BRASIL, 1988).

Segundo o MS (BRASIL, 2009a, p.8):

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Corroborando, a Carta Magna (BRASIL, 1988) define os princípios doutrinários com a finalidade de reorganizar o sistema de saúde brasileiro, garantindo acesso a todo cidadão no sistema de saúde:

- ❖ Universalidade – todos indivíduos passam a ter acesso a todos serviços de saúde. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal;
- ❖ Equidade – todos os cidadãos serão atendidos de forma igualitária e serão atendidos conforme suas necessidades dentro de todos os níveis do sistema;
- ❖ Integralidade – o atendimento prestado nos serviços de saúde deverá atender o ser humano na sua totalidade, sendo cada pessoa um todo indivisível e integrante de uma comunidade.

O documento constitucional demonstra o entendimento do SUS, e as carências organizacionais para implementação efetiva desse novo modelo de saúde, bem como, o compromisso das esferas governamentais em garantir a saúde como um direito social (BRASIL, 2009a). A saúde consagra-se, portanto, como produto social da interação, interdependência, interconexão, inter-relação e influência mútua dos elementos bióticos e abióticos circundantes à vida humana. “Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção

qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa” (BRASIL, 2009b, p.9).

Sua acepção consta no artigo 4º da Lei Federal 8080 (BRASIL, 1990a) como:

O conjunto de ações e serviços de saúde prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde.

Os reflexos da compreensão do SUS como um macrossistema dinâmico em constante transformação são observados a partir da década de 1990, com a solidificação legislativa do SUS na Constituição Federal de 1988. Posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe acerca das condições essenciais necessárias para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços adequados e dá outras providências.

A complementação do SUS ocorreu pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL,1990a; BRASIL,1990b; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Suas ações e serviços são regionalizados, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que estabelece as competências para as três esferas governamentais, dando suporte para sua organização e seu funcionamento, sendo complementadas por sucessivas leis no decorrer do tempo (AGUIAR, 2015).

No que se refere aos objetivos do SUS, tem-se a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes, a formulação de políticas destinadas a promover a saúde dos cidadãos, no campo econômico e social objetivando a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário aos serviços e ações, como também a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

Conseqüentemente, após sua implantação, o SUS passa a fomentar novas possibilidades aos usuários de participação neste sistema com responsabilidades distintas entre as instâncias federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). A gestão do SUS configura-se em um grande desafio, bem como sua operacionalização estratégica e

organizacional, não apenas para o desenvolvimento dos serviços e ações de saúde, mas também para seu financiamento (BRASIL, 2009c).

Neste ínterim, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b), o qual abarca três componentes:

- ❖ Pacto pela vida – estabelece prioridades e metas a serem alcançadas na atenção em saúde (saúde do idoso, câncer de colo de útero e de mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde, atenção básica à saúde);
- ❖ Pacto em defesa do SUS – consiste em regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, e definir o compromisso das três esferas de gestão do SUS (municípios, estados e governo federal) quanto ao financiamento das ações em saúde;
- ❖ Pacto de gestão – contempla a organização administrativa da saúde, estabelecendo responsabilidades e, inclusive, novos ordenamentos regionais e territoriais com o intuito de descentralizar a gestão e desburocratizar processos, qualificar o controle social e o trabalho em saúde, regulação do acesso aos serviços.

Essa Portaria torna possível a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS representadas pelo MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), ao pactuar responsabilidades no âmbito da gestão da saúde, considerando e respeitando as diversidades regionais, reforçando a organização para qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2011a).

O SUS, mesmo sendo um sistema de saúde de alcance nacional, coexiste com sistemas, subsistemas e microssistemas regionais, estaduais e municipais. Destaca-se que o enfoque dos serviços e ações está nos municípios, e com isso a totalidade das atividades e dos serviços de atenção à saúde, necessita ser desenvolvida, em um grupo de instituições, organizados em rede regionalizada, hierarquizada, e disciplinados conforme o subsistema municipal, direcionados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 2000; SILVA, 2013).

Os municípios são subsistemas do SUS, os quais são responsáveis pela efetivação, execução e implementação das políticas de saúde, organizadas e reguladas pelos sistemas estadual e federal de saúde, em seu território (BRASIL, 2017). A assistência básica de saúde

ocorre nos municípios pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), microssistemas nos modelos tradicional e nos modelos onde ocorre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Os setores de atenção especializada, de diagnóstico e hospitalar predominantemente são realizados por instituições privadas com ou sem fins lucrativos, contratualizados pelo macrossistema SUS (MENDES, 2011).

A implantação do SUS caracterizou-se como o maior movimento de inclusão social já presenciado na história do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma asserção política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus usuários, não identificando um serviço ou uma instituição, e sim, um macrossistema constituído por um arranjo de unidades, elementos, serviços e ações que se inter-relacionam e interagem visando à melhoria da qualidade da assistência prestada à população (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2011b).

Dentre os direcionamentos abarcados pelo SUS, a APS, Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é dos seguimentos desse macrossistema que visa integrar o processo permanente de prevenção, promoção, cura e reabilitação, com a participação de outros setores da sociedade, a fim de promover o enfrentamento dos condicionantes e determinantes de saúde (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017).

Já a ESF é elencada pelo MS com o propósito de reorganização e reorientação da ABS no SUS. Essa iniciou no ano de 1991, marcada pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), posteriormente, em 1994 com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e a formulação das suas primeiras equipes e, em 2011 sua reformulação em ESF por meio da Portaria 2.488 de outubro de 2011, posteriormente reestruturada pela Portaria nº2.436 de setembro de 2017, a qual estabelece normas e diretrizes para sua execução (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017).

Atualmente, a ESF caracteriza-se como componente primordial para a reorientação e reorganização dos serviços e ações do SUS, permitindo que seus princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade, bem como, suas diretrizes sejam facilmente preservadas, tornando-se a política de saúde prioritária do governo federal (BRASIL, 2017).

Entretanto, o processo de transformação e evolução do sistema de saúde brasileiro é dinâmico e adaptativo, sendo reformulado continuamente ao longo dos anos. Esses aspectos do SUS corroboram para o surgimento de novas portarias, criadas e divulgadas para subsidiar o sistema de saúde no atendimento das necessidades da população. Esse conjunto de serviços e ações, segundo previsto, deve ser organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas com

direção única nas três esferas do governo, necessitando de políticas públicas para integrar as ações e serviços de saúde e cumprir os princípios doutrinários do SUS (MENDES, 2011).

As redes de atenção à saúde (RAS) são entendidas como arranjos organizados de ações e serviços de saúde com densidades tecnológicas distintas que interagem dentro de uma logística estrutural e operacional, técnica e de gestão e que buscam atender indivíduos e coletividades com foco na integralidade da assistência (MAFFISSONI; VENDRUSCOLO; TRINDADE; ZOCHE, 2018). Neste contexto, a APS possui a função de ordenar o cuidado (MENDES, 2011).

A estruturação e organização dos sistemas de saúde em RAS, além de facilitar o acesso aos usuários, também é reconhecida como uma alternativa promissora de qualificar as ações e serviços (MAFFISSONI; VENDRUSCOLO; TRINDADE; ZOCHE, 2018). Esse modelo de gestão promove uma dinâmica laborativa permeada pela interação e compartilhamento constante de informações, tanto entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, quanto entre profissionais, indivíduos, famílias e comunidades, possibilitando a concessão de ações e serviços em ambiente e espaço de tempo pertinentes ao êxito do cuidado, responsabilidade econômica e alta resolubilidade (MENDES, 2011).

Dessa maneira, as RAS têm sua importância reconhecida nacional e internacionalmente, sendo adotada por diversos países (MENDES, 2011). Sendo assim, toda a população brasileira é contemplada pelo SUS e se utiliza de seus serviços, mesmo as pessoas que, na assistência, preferem recorrer a instituições e profissionais particulares.

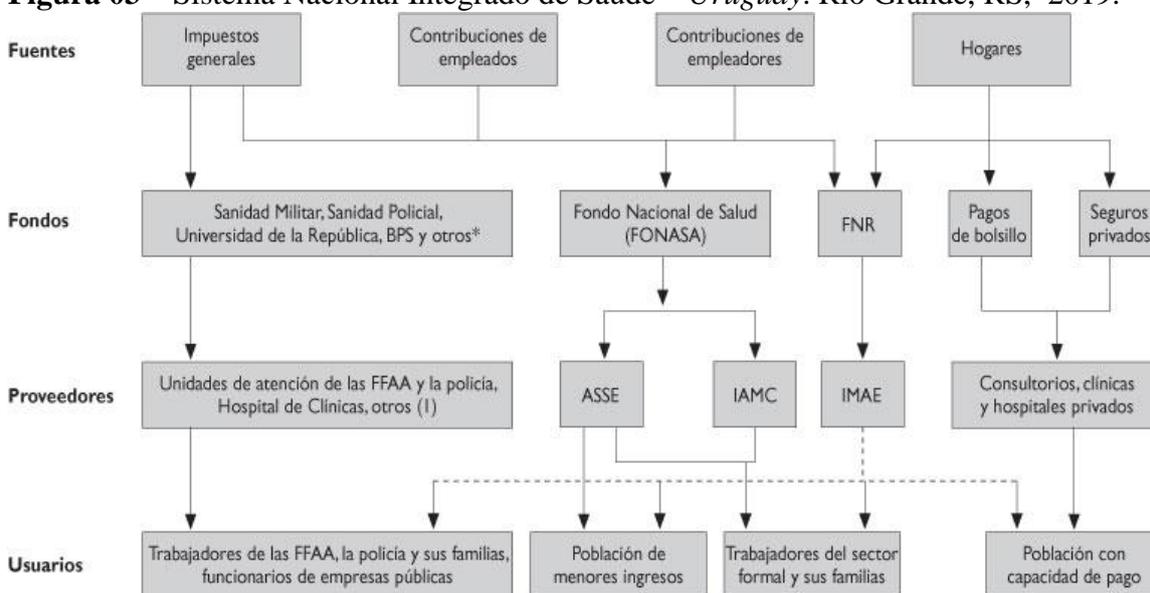
Além do sistema público, o SUS regula o setor privado de saúde complementar, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS). O sistema privado de saúde é constituído pelos chamados planos de saúde e seguros de saúde privados, sendo seu acesso concedido mediante pagamento individual ou coletivo, ou como forma de benefício ofertado pelos empregadores aos seus funcionários. Coexiste, também, o ingresso ao setor privado de acesso mais restrito constituído por prestadores privados independentes, de pagamento mediante a cada consulta ou atendimento do setor contratado (LORENZETTI et al., 2014).

## 2.2.2 Sistema de saúde no Uruguai

O sistema de saúde uruguaio, assim como os demais sistemas mundiais, perpassou ao longo do tempo por transformações e reconfigurações sistêmicas. De acordo com Fuentes (2010), nos últimos anos esse sistema vem permeando uma reforma no modelo de atenção que apresentava custos elevados, grandes disparidades no pagamento de salários aos profissionais e na infraestrutura de atenção pública e privada, além de modelo centrado na hospitalização em detrimento da atenção básica.

Essa reforma foi regulamentada pela Lei 18.211/2007, a qual instituiu a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) (Figura 03), que regulamenta “[...] o direito à proteção da saúde que têm todos os habitantes residentes no país e estabelece as modalidades para seu acesso a serviços integrais em saúde” (URUGUAI, 2007). Essa reforma foi fomentada por um conjunto de elementos atrelados a crise econômica de 2002, recebendo apoio de diversos seguimentos (parlamentares, usuários e trabalhadores da saúde, principalmente por corporações médicas que ora atuam como profissionais, ora como prestadores de serviços) (URUGUAI, 2007).

**Figura 03** – Sistema Nacional Integrado de Saúde – *Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.



\* Fondos de proveedores que serán objeto de los próximos avances del proceso de reforma

BPS: Banco de Previsión Social

FNR: Fondo Nacional de Recursos

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

**Fonte:** ARAN; LACA (2011, p. 266).

O SNIS realiza a articulação entre o Seguro Nacional de Saúde, para a população de mercado formal e seus familiares, com o subsetor público a *Administración de los Servicios de Salud del Estado* (ASSE) que assiste a assegurados e como prestador de serviços à população de baixa renda, com o intuito de assegurar cobertura universal (URUGUAI, 2007; ARAN; LACA, 2011).

Esse novo modelo de atenção à saúde objetivou integrar os subsistemas de saúde existentes que não tinham interconexão, com metas a serem alcançadas como, por exemplo: atenção a hipertensos, diabéticos, tabagistas, gestantes, financiados pelo *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), de maneira que a população contribua de acordo com sua renda, mas que a atenção à saúde abarque suas necessidades, alcançando assim a justiça social (URUGUAI, 2007).

O setor público é composto pelo Ministério de Saúde Pública (MPS), Banco de Previdência Social (BPS), *Universidad de la República* (Hospital de Clínicas), Ministério da Defesa Nacional e do Interior (*Servicio de Sanidade das Forças Armadas e Servicios de Sanidade Policial*), Intendências Municipais, Banco de Seguros do Estado, serviços de saúde de outras entidades públicas (URUGUAI, 2007).

O Ministério de Saúde Pública exerce o papel de regulador dentro do sistema de saúde Uruguai, compartilhado com outros elementos do governo, em especial com o Ministério de Economia e Finanças. A APS é o primeiro nível de atenção descrita pelo SNIS e abrange um conjunto articulado de ações dirigidas às pessoas, famílias, comunidades, a promoção da saúde e prevenção de doenças (URUGUAI, 2007). Já o segundo nível abarca a atenção médica em regime de hospitalização contínua ou parcial, de diversos níveis de complexidade, inclui especialidades clínicas, cirúrgicas e odontológicas (URUGUAI, 2007).

Com implementação do SNIS em 2007 estima-se que a cobertura populacional se aproxima de 100%, sendo esta por meio do Seguro Social do FONASA, ASSE, serviços que assistem trabalhadores da polícia e militares, além de pagamento de subsídios para setores da população que vivem em condições de vulnerabilidade (URUGUAI, 2007; ARAN; LACA; 2011).

O setor privado constitui-se de Norma Operacional da Assistência à Saúde; Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC); Instituições de Assistência Médica Particular, que são empresas sem fins lucrativos; Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que são empresas públicas ou privadas que realizam alguns procedimentos pagos por meio do Fundo

Nacional de Recursos (FNR); os Sanatórios, Clínicas; Consultórios Privados e as Residências para Idosos (OPAS, 2010).

Com a implementação do SNIS passou a ser executado o *Plan Integral de Atención a la Salud* (PIAS), que deve ser seguido por prestadores de saúde públicos e privados. Conforme Giovanella *et. al.* (2012, p. 737), esse é um “[...] aspecto relevante dado que o sistema opta por um espectro de prestadores misto aos quais o usuário assegurado pode escolher sua afiliação”. Entretanto, é o PIAS que define as diretrizes sobre as modalidades de atenção, os procedimentos terapêuticos, de reabilitação e ambulatoriais, imunizações, atendimento a urgências e emergências, cuidados paliativos e internações.

Em 2011, desencadeou-se um processo de implementação de *Juntas Departamentales de Salud* (JUDESAS), as quais são responsáveis por tomar condutas acerca das especificidades territoriais de cada departamento, visando a garantia dos compromissos assumidos nos serviços públicos e privados, por meio de contratos de gestão firmados entre os serviços (URUGUAI, 2007).

Deste modo, o sistema de saúde uruguaio se organiza como um macrosistema constituído de arranjos de elementos bióticos e abióticos articulados tendo em vista a universalidade, desenvolvimento de ações de regulação e controle dos serviços prestados.

### **2.3 Relações ecossistêmicas regionais e internacionais fronteiriças do Brasil e Uruguai**

As fronteiras apresentam função primordial no cenário globalizado, pois constituem-se em *locus* naturais de projetos e programas de cooperação, seja bilateral ou multilateral e de integração, para aproximação de países (LOSADA; SADECK, 2015). Em diversos país apresentam-se como ecossistemas complexos de interação sociocultural, política, econômica e de saúde, repletas de especificidades. Sua compreensão abarca aspectos relativos desde a sua ocupação, as inter-relações sociais, distinguindo-as do restante do território a que pertencem político-administrativa e juridicamente, delineando “identidades” singulares à essas regiões (KLEINSCHMITT, 2012; MOCHIZUKE, 2017).

Sob a óptica sistêmica, a fronteira pode ser entendida como um ecossistema composto por instituições, as quais segundo Capra e Luisi (2014) são comunidades de pessoas que interagem mutuamente construindo relacionamentos em meio às discrepâncias locais, capazes

de transformar os processos de interação, inter-relação e identidade dos povos. Os efeitos produzidos pelos choques socioculturais e econômicos não harmônicos, possibilitam a potencialização integração regional e internacional entre as noções envolvidas (OPAS, 2010).

A integração pode ser vista como um acontecimento natural oriundo das necessidades de uma unidade/totalidade global de auxílio recíproco, propiciando a interação e o fortalecimento das nações frente ao contexto mundial (MENDES et al., 2016). No entanto, para sua consolidação se faz necessária a formalização de acordos internacionais que subsidiem tanto a execução quando o financiamento das ações de cooperação a serem desenvolvidas.

Na América Latina, o processo de regulamentação das relações fronteiriças emergiu com a concepção do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) em 1991 com a pactuação do Tratado de Assunção pelos governos da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela, tendo os demais países sul-americanos na modalidade de Estados Associados, sendo a Venezuela suspensa por descumprimento do acordo de adesão em 2017, o que implicou na sua retirada do bloco (MERCOSUL, 2019).

O MERCOSUL surge como uma variação latino-americana dos processos de globalização, integração e cooperação internacional e/ou regional, servindo como instrumento de modernização e inserção competitiva da região na nova economia mundial, além de garantir e destacar a temática social na agenda deste processo (MERCOSUL, 2019).

A cooperação internacional é um mecanismo que possibilita o fortalecimento das capacidades individuais de cada Estado Parte do bloco, além de potencializar o processo de integração regional. Sob essa asserção, os países do bloco identificam e atualizam áreas prioritárias, tais como: saúde, educação, meio ambiente, gênero, comércio inter-regional, integração produtiva, entre outros, observada a necessidade de avançar na formulação de estratégias e políticas de desenvolvimento no interior do bloco, com o intuito de minimizar as assimetrias entre os sócios e possibilitar a troca horizontal de conhecimento científico e empírico (MERCOSUL, 2019).

Desde sua criação o MERCOSUL transcende as questões econômicas que motivaram sua concepção, aprovando normas, acordos e protocolos de alcance regional que asseguram direitos e benefícios à população residente nas regiões de fronteira. Os Estados Partes alinhados ao princípio de cooperação técnica internacional como propulsora de integração regional, têm desenvolvido algumas estratégias na busca de garantir desenvolvimento econômico, político, científico e tecnológico do MERCOSUL, de maneira equitativa e harmônica alicerçados no

princípio democrático. Corroborando para a criação e incorporação de acordos internacionais em diversos seguimentos, ressalta-se o Acordo sobre Documento de Viagem, Acordo de Residência, Acordo Multilateral de Seguridade Social, Integração Educacional e o Estatuto de Cidadania (MERCOSUL, 2019).

Dentre as dimensões abarcadas pelo MERCOSUL destaca-se a social, a qual contempla não só os aspectos de seguridade social, mas passa a dar notoriedade as questões relativas à saúde como um dos elementos centrais para se alcançar patamares mais igualitários entre e interpaíses (NOGUEIRA, 2018). Estabelecida em 1996, com a criação do Subgrupo de Trabalho (SGT) N°11- Saúde e da Comissão Intergovernamental de Saúde e Desenvolvimento do MERCOSUL, com representantes dos Estados Partes, Estados Associados e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os quais objetivaram conjuntamente a harmonizar as legislações dos Estados envolvidos relativas a questões de saúde e construir estratégias de cooperação e integração regional de erradicação, manejo e melhoria das condições de saúde, bem como, a formulação, concepção e regulamentação do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL (SIS-MERCOSUL) (MERCOSUL, 2019).

Inicialmente, em 1999, as ações possibilitaram a integração e interação entre os sistemas de saúde e seus respectivos programas, com direcionamentos conjuntos no controle de patologias infectocontagiosas, vigilância sanitária e epidemiológica, tendo seu foco no combate à Dengue, Cólera, Sarampo e Carência de Micronutrientes. Fomentando a convergência dos ministros da saúde na busca por um consenso nas relações e mecanismos que permitam o interrelacionamento dos sistemas de saúde no contexto sub-regional. Reconhecer as similitudes e divergências nos sistemas locais de saúde é um primeiro passo para a futura cooperação entre os sistemas locais de saúde em regiões fronteiriças (NOGUEIRA et al., 2015).

Nessa direção, emerge o SIS-MERCOSUL visando de promover o processo de sedimentação da integração regional entre países e intensificando o contexto da globalização e reconhecimento de um mercado singular, construindo morosamente uma agenda social da integração, a qual permeia a regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital, fundamentos econômicos e de um mercado único, possibilitando maior agilidade nos processos de saúde nas áreas fronteiriças dos países do MERCOSUL e Estados Associados (MERCOSUL, 2019).

No contexto brasileiro, destaca-se a construção de mecanismos promotores da regionalização transfronteiriça, permitindo um financiamento individualizado para o

desenvolvimento de serviços e ações sanitários de municípios de fronteira. Em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.120, de 6 de julho de 2005, com nova redação pela Portaria nº 1.188/GM, de 05 de junho de 2006, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-FRONTTEIRAS).

A portaria SIS-FRONTTEIRAS propôs a formalização da integração entre sistemas de saúde de fronteiras, a partir do reconhecimento das dificuldades historicamente vivenciadas por gestores e usuários nestas localidades. Além disso, aponta a carência de fortalecer e ampliar a atuação do MS no âmbito das fronteiras, isto é, a consolidação do SUS nos estados brasileiros e a possibilidade de cooperação entre países vizinhos para a melhoria da gestão (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006c). Essa consolidação do SUS nos estados e municípios brasileiros, centrada na organização de serviços e a criação de um sistema de cooperação em rede entre os municípios com fronteiras internacionais, são ações que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população desses municípios (BRASIL, 2010b).

O SIS-FRONTTEIRA contempla todos os municípios brasileiros localizados na divisa com outros países e previa o repasse financeiro, para o desenvolvimento de três fases: a) a realização de diagnóstico local de saúde e a elaboração do Plano Operacional; b) qualificação da gestão, serviços, ações, implementação da rede de saúde; c) a implantação de serviços e ações, de acordo com o diagnóstico local (BRASIL, 2005a).

O governo brasileiro tem buscado a edificação de políticas específicas à faixa de fronteira, com ênfase no diálogo federativo com os núcleos regionais de fronteira no âmbito da Comissão Permanente para Integração e Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (CDIFF) e para a Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (ENAFRON) (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2010b). É importante considerar que, no âmbito do MERCOSUL: O Foro Consultivo de Municípios, Estados-membros, Províncias e Departamentos (FCCR) se posiciona como um importante espaço para as unidades subnacionais do Mercado Comum do Sul.

A partir da criação do foro, foi possível estimular a articulação de seus membros, aumentando a participação quantitativa e qualitativamente nos temas relacionados ao processo de integração, trazendo as questões locais e as expectativas dos governos subnacionais para a agenda decisória do processo de integração (PRADO, 2014).

Já no Uruguai, vale ressaltar a função dos Comitês de Fronteira Brasil-Uruguai. Destaca-se o Ajuste Complementar ao Acordo para Prestação de Serviços de Saúde nas cidades fronteiriças entre Brasil-Uruguai, de 2008 (BRASIL, 2010c), que proporciona acesso recíproco

de cidadãos de ambos os países a serviços de saúde nos dois lados da fronteira (localidades fronteiriças vinculadas) e evita grandes deslocamentos de pacientes dentro da região (BÜHRING, 2015).

Os governos brasileiro e uruguaio formalizaram o Acordo de Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios por meio do Decreto nº 5.105 de 14 de junho de 2004, o qual permite o ingresso, residência, estudo, trabalho, previdência social e concessão de documento especial de fronteiriço a estrangeiros residentes em 18 localidades fronteiriças, o qual passou por um processo de expansão com um ajuste complementar ao Acordo para Prestação de Serviços de Saúde, firmado e aprovado em Decreto nº 933 de 21 de outubro de 2009 e promulgado pelo Decreto nº 7239 de 26 de julho de 2010 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009d; BRASIL, 2010c).

Posteriormente, redigido na Portaria nº 622 de 23 de abril de 2014, o qual dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no SIS-MERCOSUL e sobre o repasse de incentivo financeiro (BRASIL, 2014b). A preocupação com a integração regional e internacional da saúde entre países vizinhos, tem se tornado cada vez mais presente nas discussões entre pesquisadores, estudiosos e gestores de regiões fronteiriças, cujas manifestações sobre as situações de saúde transfronteiriças expressam-se nas duas polaridades: positiva e negativa (PECEQUILO; CARMO, 2013).

A localização geográfica das regiões de fronteira, geralmente dispersas dos grandes aglomerados urbanos de seus respectivos países, pode ser considerada polaridade negativa, tanto nas condições de saúde da população adstrita, como na própria busca pelos serviços (SANTOS-MELO et al., 2018). Já a polaridade positiva, caracteriza-se pela interação sociocultural e a criação de acordos de integração regional e internacional que possibilitem benefícios e direitos a população destas regiões (NETO; PENHA, 2016). Sendo assim, Sausi e Oddone (2019) afirmam que a integração regional não coloca fim às fronteiras nem às interações nelas ocorridas, mas as redimensiona, trazendo-lhes maior visibilidade.

Com a finalidade de alcançar a visibilidade da integração regional e internacional torna-se essencial a elaboração de estratégias e políticas públicas de integração que visem minimizar obstáculos tributários legais e institucionais, possibilitando o acesso às instituições comuns e o gerenciamento do consumo de serviços e ações entre os países (BRITO, 2014). Afirma, também, a importância de pesquisas objetivando explorar essas áreas peculiares e

diversificadas, a fim de compreender a rede de interdependência, influência mútua, cooperação e integração com fluxo contínuo entre as populações fronteiriças entre os países.

O fluxo de pessoas entre os dois países ao receber reconhecimento legal, infere no direito ao acesso aos sistemas de saúde nos dois “lados” da fronteira, tornando a região de abrangência deste estudo uma cidadania binacional regionalizada, rompendo com a linha divisória entre os dois países.

### 3 METODOLOGIA

*“O método é a alma da teoria”.*  
(Lênin 1965 p.148)

A metodologia compreende a trajetória percorrida na pesquisa. Segundo Minayo (2010), a pesquisa é o fenômeno de aproximações sucessivas da realidade, e ao fazer uma combinação da teoria e dados da prática, torna-se uma atividade científica pela qual é possível conhecer a realidade. Serão abordados os seguintes aspectos: tipo de estudo, cenário ecossistêmico do estudo, participantes do estudo, métodos e técnicas para coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

#### 3.1 Tipo de estudo

A pesquisa caracteriza-se como descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, permitindo uma maior aproximação à proposta de estudo. O caráter descritivo possibilita descrição sistemática do conteúdo, ou seja, uma forma de tratamento das informações contidas nas mensagens (BARDIN, 2011). Este estudo procurou descrever sistematicamente os dados obtidos, por meio da observação não participante e do conteúdo intrínseco nas mensagens das entrevistas, de modo a promover a compreensão e análise dos dados.

A pesquisa exploratória possibilita investigar e “descobrir conteúdos e estruturas que confirmam o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações suscetíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a *priori* não possuíamos a compreensão” (BARDIN, 2011 p. 35).

A escolha pela abordagem qualitativa objetivou uma maior apropriação e aprofundamento da realidade a ser estudada. A pesquisa qualitativa se caracteriza pelo estudo planejado de um determinado fenômeno, que buscará conhecer e interpretar comportamentos, atitudes, sentimentos, emoções que não podem ser mensuráveis estatisticamente, desvelando o significado das mensagens, por meio da presença ou não de determinada(s) característica(s) (BARDIN, 2011).

### 3.2 Cenário ecossistêmico do estudo

O cenário ecossistêmico de estudo compreendeu as instituições prestadoras de serviços públicos de saúde na primeira fronteira seca ao sul do Brasil e ao leste do Uruguai, constituída pelas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* (Figura 04) delimitadas fisicamente por uma linha imaginária ao longo de uma avenida com canteiro central (Figura 05).

**Figura 04** – Mapa geopolítico dos países envolvidos no estudo: Brasil e *Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.



Fonte: Mapa do Brasil disponível em <https://wikitravel.org/pt/Brasil>; Mapa do Uruguai disponível em: <https://wikitravel.org/pt/Uruguai>.

**Figura 05** – Espaço limítrofe dos municípios integrantes da pesquisa. Rio Grande, RS, 2019.



Fonte: Mapa da região da Fronteira Brasil//Uruguai disponível em <http://mapamundial.co/m/mapadeuruguay>

No lado brasileiro, a avenida recebe o nome de Avenida Uruguai, e, no lado uruguaio, a mesma avenida é denominada de Avenida Brasil (Figura 06).

**Figura 06** – Obelisco da Avenida Internacional Brasil/*Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.



**Fonte:** Acervo das pesquisadoras, 2019.

Na cidade brasileira Chuí o local da pesquisa abarcou as duas UBS do município. Do lado uruguaio no *Chuy* compreendeu dois serviços públicos de saúde equivalentes à UBS no Brasil e uma unidade hospitalar.

### **3.2.1 Cidade Chuí/Brasil**

O Chuí/Brasil, município mais austral do estado do Rio Grande do Sul, conta com 6.320 habitantes, sendo a cidade brasileira com a maior concentração de estrangeiros (IBGE, 2010), distribuídos em uma área territorial de 200,74 Km<sup>2</sup>, apesar de possuir grandes extensões territoriais destinadas a orizicultura e pecuária, apenas 4,5% de sua população reside na zona rural (IBGE, 2010). É um município jovem, emancipado de Santa Vitória do Palmar em 1995 e prestigiado turisticamente por forte tendência comercial.

De acordo com dados obtidos junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2019b), o município brasileiro dispõe de

Secretaria Municipal de Saúde, uma UBS 24 horas com nove enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares em enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, um farmacêutico, um psicólogo, e mantém convênio com uma cooperativa que disponibiliza um fisioterapeuta, dois cirurgiões dentistas e clínicos, sete médicos clínicos, quatro médicos pediatras, dois médicos ginecologistas e obstetras, sendo que os médicos em sua maioria possuem carga horária semanal de quatro horas. Dispõe ainda, de uma UBS com ESF com um enfermeiro, um médico do Programa Mais Médico, um recepcionista de consultório médico ou dentário, um técnico de enfermagem, um psicólogo clínico, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar administrativo. Devido ao município não possuir unidade hospitalar, sua referência para esse serviço é a Santa Casa de Misericórdia de Santa Vitória do Palmar.

### **3.2.2 Cidade Chuy/Uruguay**

O *Chuy/Uruguay*, cidade situada no lado oposto, contíguo com a cidade do Chuí/Brasil, conta com uma população de 10.045 habitantes, sendo a única cidade-gêmea que possui um limite marítimo, atraindo veranistas brasileiros e uruguaios para a região, bem como, acesso ao Forte de São Miguel (1737) e a Fortaleza de Santa Tereza (1762), construções erguidas durante a disputa pelo território entre portugueses e espanhóis. Além disso, há um amplo e diversificado comércio, *freeshops*, dispostos majoritariamente na avenida da fronteira seca, constituindo-se em uma das principais entradas ao país vizinho.

Na tangência dos serviços públicos de saúde, apresenta *Centros Asistenciales: Policlínica de la Intendencia Municipal de Rocha- Samuel Prilliac (Chuy) e Hospital do Chuy*, gerenciados pela ASSE com aproximadamente 47 médicos de diversas especialidades: ginecologia, pediatria, neurologia, ortopedia, entre outras; sendo algumas especialidades supridas via de convênio com cooperativas privadas.

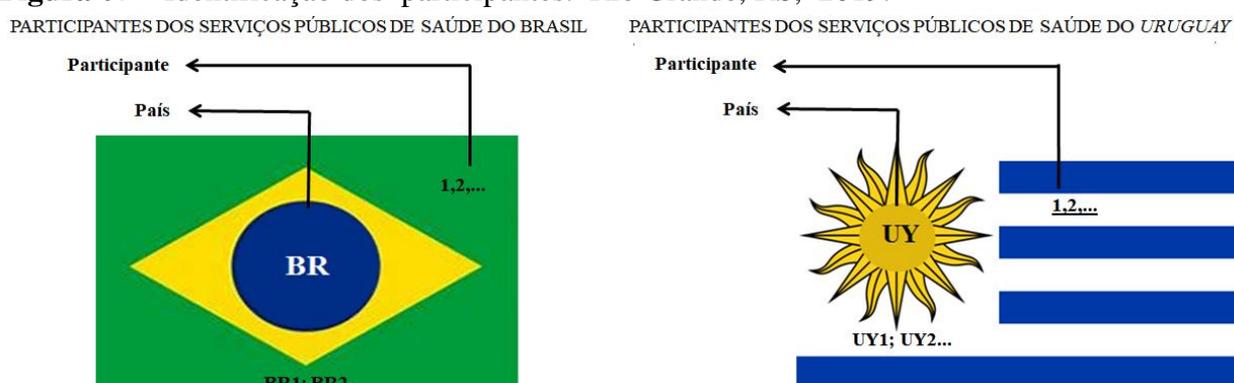
### **3.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. Foram

observados os seguintes critérios de **inclusão**: atuar no cargo há no mínimo três meses. E, no critério de **exclusão**: participantes que gozavam de férias, licença, ou afastamento no período da coleta de dados.

A fim de preservar o anonimato dos participantes, a identificação dos mesmos deu-se por meio da atribuição da sigla do país (BR – Brasil e UY – *Uruguay*) seguidas de um número arábico, iniciando com 1 e, assim, sucessivamente conforme a sequência das entrevistas (BR1, BR2, UY1, UY2...) conforme figura 07.

**Figura 07** – Identificação dos participantes. Rio Grande, RS, 2019.



Fonte: Elaborado por Rodrigues e Siqueira, 2019.

### 3.4 Método(s) e técnica(s) para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2019 e teve início após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FURG, sendo estruturada em duas etapas: observação não participante e entrevista com roteiro semiestruturado.

A observação não participante transcorreu de maneira sistemática nos *lôcus* das instituições de saúde, onde se estruturam e organizam, possibilitando conhecer e entender a estrutura física onde são desenvolvidas as ações/serviços públicos de saúde, bem como, os acontecimentos não expressos pelos participantes. Para tanto, foram construídos roteiros específicos destinados a registrar os elementos abióticos das instituições compatíveis com UBS (APÊNDICE A) e da Unidade hospitalar uruguaia (APÊNDICE B).

Os instrumentos constituem-se de uma descrição por parte do observador dos elementos da estrutura física associado à uma escala do tipo Likert de 1 a 6 pontos, onde (1) significou

muito bom; (2) Bom; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssimo; (6) Ausência do aspecto avaliado, sendo levados em consideração os seguintes aspectos: dimensionamento das áreas; iluminação; ventilação; água; conservação piso e parede; pintura; mobiliário; equipamentos; materiais; limpeza, conforme o preconizado no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do MS (BRASIL, 2008). Permitindo conhecer os elementos da estrutura física das instituições onde são ofertados serviços públicos de saúde à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

A coleta de dados por meio da observação não participante foi realizada durante 10 dias, perfazendo 40 horas. Na observação não participante o pesquisador está em contato com o grupo pesquisado e apto a perceber situações, entretanto, não exerce interferência sobre as mesmas (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A entrevista foi norteada por um instrumento de pesquisa elaborado especificamente para tal, composto por nove questões fechadas e onze questões abertas (APÊNDICE C).

As questões fechadas abordaram questões referentes ao perfil sociodemográfico: sexo, idade, situação conjugal, cor ou raça, escolaridade, curso de graduação, cargo que ocupa, tempo que ocupa esse cargo, cargos anteriores. Já as questões abertas foram direcionadas para a compreensão dos processos de interação e relações do serviços públicos de saúde, cingindo os benefícios e as dificuldades resultantes dessas relações, conhecimento acerca do arcabouço jurídico e legal que alicerça a integração cooperativa entre os dois países em estudo no contexto fronteiriço, alinhando-se assim, à temática, questão de pesquisa e objetivos, a fim de auxiliar na posterior validação do mesmo.

Para a confiabilidade dos dados foi realizado um teste piloto com o instrumento de pesquisa. As entrevistas foram gravadas em um gravador de áudio e, posteriormente, digitadas (transcritas) e serão guardadas em *compactdisc* (CD) por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora principal.

Para concretização das entrevistas foi realizada uma busca, inicialmente, junto às instituições de saúde dos municípios em estudo, onde foram identificados os gestores e/ou responsáveis pelos serviços saúde. Posteriormente, a pesquisadora contatou os participantes pessoalmente em seus respectivos locais de trabalho, utilizando uma carta convite (APÊNDICE D), sendo realizada a apresentação da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e sua relevância, bem como, a importância da sua participação para o alcance do objetivo proposto e, após, verificado seu enquadramento no critério de inclusão.

Aos que aceitaram participar, foi agendado dia e horário para a realização das entrevistas. As entrevistas ocorreram nos respectivos locais de trabalho em uma sala reservada, garantindo o sigilo das informações. O tempo médio das entrevistas foi no mínimo de 20 minutos e máximo de 60 minutos.

A entrevista, no entender de Bardin (2011), permite a obtenção de um material verbal para análise, considerado valioso e complexo. Sendo capaz de favorecer a apreensão de um conjunto de dados objetivos e subjetivos que poderão auxiliar na compreensão e interpretação dos serviços e ações públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* e sua respectiva estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica.

Por se tratar de uma fala relativamente espontânea, Bardin (2011) ressalta que a subjetividade do entrevistado está intrínseca e que essa, mesmo considerada delicada, fornece riqueza de conteúdo. Partindo da livre expressão do entrevistado, o entrevistador pode vir a desvendar aspectos relevantes que venham a dar subsídios à pesquisa.

### **3.5 Análise e interpretação dos dados**

A análise e interpretação dos dados foram realizadas utilizando o método de pesquisa de Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011).

O método de AC de Bardin (2011) pode ser compreendido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aplica métodos ordenados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Deste modo, a AC pode ser delineada como uma operação ou um combinado de operações que se adaptam para interpretar o conteúdo de uma mensagem, beneficiando o pesquisador a codificar aquilo que está imerso nas palavras, podendo ser empregada como um instrumento para a exploração de documentos e mensagens. Tal método abarca as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados: inferência e a interpretação.

Ressalta-se importância da sistematização minuciosa de cada uma das etapas, com a ponderação de aspectos que possam cooperar para o desvendar os conteúdos das mensagens, compiladas das entrevistas e dos documentos, no presente caso, da observação não participante (BARDIN, 2011).

A **pré-análise** objetiva organizar, sistematizar e operacionalizar o processo de investigação, neste tópico constam: o mapeamento das ideias iniciais para conduzir o plano de análise realizada por meio da leitura flutuante, observação não participante e entrevistas procurando a elaboração de um “*corpus*” que atenda os objetivos elencados pela pesquisa.

A etapa da **pré-análise** possui três funções: 1) a escolha dos documentos a serem submetidos à análise; 2) formulação de pressupostos e dos objetivos; 3) elaboração de indicadores que irão embasar a interpretação final. Nesta etapa realiza-se a estruturação das **unidades de registro**, que é “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização. A unidade de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis” Bardin (2011, p. 134). A unidade de registro pode ser representada por itens isolados (palavra, frase, documento, material, personagens físicos) e de unidades semânticas (temas, acontecimentos, indivíduos).

A **exploração do material**, segunda etapa deste processo, permite codificar, dissociar ou enumerar em função de critérios, previamente elaborados, os dados coletados. Carecendo nessa etapa a realização da análise propriamente dita, ou seja, o emprego das condutas tomadas na etapa anterior, que podem ser por operações manuais ou por computador (BARDIN, 2011). No presente caso serão utilizadas ambas as operações.

A terceira etapa compreende o **tratamento dos resultados**, onde transcorre a transformação dos dados brutos de modo a torná-los expressivos e apropriados. A **codificação** é efetuada pela transformação sistemática dos dados brutos compilados em unidades, que irão possibilitar uma representação do conteúdo, por recorte, associação ou enumeração.

Posteriormente, segue a **categorização**, que é a “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero, com critérios previamente definidos” sendo necessário fundamentar-se na questão norteadora de pesquisa e nos objetivos (BARDIN, 2011, p.147). Nesta etapa o pesquisador pode propor inferências e adiantar interpretações de acordo com os objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas.

A categorização, segundo Bardin (2011, p.148), “é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o **inventário** – que consiste em isolar os elementos; a **classificação** – repartir os elementos, e, portanto, procurar ou impor certa organização às mensagens”. A categorização possibilita a transformação dos dados brutos/primários em dados organizados.

A constituição de categorias apropriadas carece dos seguintes atributos: exclusão mutua,

onde um componente não deve estar em mais de uma classe; homogeneidade, onde o critério de categorização deve ser ressaltado em toda a organização do material; pertinência, onde o material categorizado seja pertinente ao estabelecido no trabalho; objetividade e fidelidade, onde os elementos do mesmo material devem ser codificados de maneira uniforme; produtividade, onde deve fornecer resultados expressivos e fecundos (BARDIN, 2011). Deste modo, as categorias instituídas precisam ser expressivas em adjacência do estudo proposto, sua problemática, seus objetivos e sua fundamentação teórica.

Os resultados podem ser apresentados por meio de análise dos dados, descrição de relatórios, elaboração de quadros, diagramas, figuras e exemplos, os quais possibilitam sintetizar os achados e resultados e evidenciar informações providas pela análise.

No presente trabalho, na apresentação dos dados e resultados foram utilizadas diversas formas durante todo o processo de pesquisa: análise e interpretação dos dados, descrição dos achados, elaboração de quadros, figuras, imagens exemplos, conforme especificações realizadas no capítulo 4.

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto, após a qualificação cadastrado no *site* do Sistema de Informação e Gestão de Projetos (SIGPROJ) da FURG e, posteriormente, no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEP). A seguir o projeto foi registrado na Plataforma Brasil para fins de encaminhamento, apreciação e avaliação pelo CEP/FURG, onde recebeu o parecer de aprovação sob o nº CAAE 14898419.3.0000.5324, sob o parecer nº 169/2019, processo nº 23116.004426/2019-59 (ANEXO A).

Após a aprovação pelo CEP/FURG, foi apresentado um ofício, contendo os objetivos do projeto de pesquisa e demais elementos informativos, à Secretaria Municipal de Saúde do Município do Chuí/Brasil (APÊNDICE E) e *Intendencia de Salud do Chuy/Uruguay* (APÊNDICE F), onde se obteve as devidas autorizações para realização da pesquisa (ANEXOS B, C e D).

As entrevistas transcorreram após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G) juntamente com o participante e sua anuência com a assinatura do mesmo, tendo em vista ressaltar os objetivos, metodologia, participação

voluntária, seu anonimato e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo pessoal e/ou profissional. Os depoimentos foram organizados de forma a proteger a fidedignidade dos dados e a preservação das identidades e o anonimato dos participantes.

O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que todas as vias continham o endereço, o contato dos pesquisadores e do CEP, ficando uma via com o entrevistado e a outra arquivada pelo pesquisador principal, juntamente com os demais dados, os quais serão guardados pelo período de cinco anos no acervo do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES), sob os cuidados da orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira e, após esse prazo, serão destruídos. Salienta-se que, além desses aspectos, durante todo o processo de pesquisa, foram assegurados os princípios bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, a saber: da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Nesta pesquisa foram observado e respeitados os preceitos éticos da Resolução 446/12 do Ministério da Saúde em relação aos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), assim como, os requisitos dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução 564/2017, o qual discorre sobre o exercício profissional da enfermagem, bem como, sobre os princípios fundamentais, direitos, deveres, obrigações, infrações e penalidades e suas aplicações (COFEN, 2017).

Ressalta-se, que as pesquisadoras assumiram o compromisso de cumprir, integralmente os princípios da Resolução 466/12 do CONEP/MS (2013), assegurando o respeito a autonomia dos participantes e a liberdade de decidir quanto à sua contribuição/participação ou não na pesquisa. Foi garantido aos participantes do estudo sanar dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, bem como não houve recompensa financeira aos participantes. Foi garantida a privacidade, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, asseverando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização do estudo e trabalhos científicos. Também, foi garantido o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas da pesquisa, assegurando-lhes condições de acompanhar esses processos.

### ***3.6.1 Análise crítica de riscos e benefícios***

Não foi observada a existência de riscos e/ou danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual prejudiciais à integridade dos participantes dessa

pesquisa. Foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, tanto individuais quanto coletivos e sendo cumprido o rigor científico que a pesquisa exige. Não havendo a necessidade de interrupção parcial ou total da coleta de dados, bem como não houve a necessidade de acompanhamento psicológico, conforme solicitação previa (APÊNDICE H), disponibilizado de forma gratuita pela pesquisadora (ANEXO D), por nenhum dos participantes deste estudo.

Entre os benefícios dessa pesquisa, os participantes colaboraram na construção de subsídios científicos na área do ensino e pesquisa, que poderá contribuir para a reformulação das políticas públicas de saúde, e integração internacional regional interpaíses, beneficiando a população como um todo.

### ***3.6.2. Explicação das responsabilidades das pesquisadoras***

As pesquisadoras responsabilizaram-se por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa, tendo o compromisso com a confidencialidade dos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013).

### ***3.6.3. Explicação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa***

A pesquisadora responsável não recebeu e/ou identificou qualquer risco ou dano significativo em algum participante da pesquisa, previstos ou não no TCLE. Sendo assim, não houve a necessidade suspender e/ou encerrar o estudo, pois todos participaram voluntariamente até o final da proposta do estudo.

### ***3.6.4. Declaração que os resultados serão tornados públicos***

Os resultados da pesquisa serão divulgados, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da FURG para consultas e elaborações de trabalhos de conclusão de curso de

graduação, monografias e artigos de cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos.

As pesquisadoras assumem o compromisso de utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins de publicações científicas e divulgação dos resultados, sejam eles favoráveis ou não. Declara-se, ainda, que não houve conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Foram aceitas as responsabilidades pela condução científica do estudo em questão.

### ***3.6.5. Segurança sobre o uso e destinação dos dados e materiais coletados***

Os dados obtidos no decorrer desta pesquisa ficarão sob a tutela da pesquisadora principal para poder realizar a análise e interpretação dos resultados. Assegura-se o sigilo dos documentos por meio do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE I). O sigilo dos documentos será assegurado e após o término da Dissertação os mesmos serão arquivados em caixa lacrada, onde permanecerão por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo, sendo guardados no Banco de dados do GEES, sob a supervisão da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora da Dissertação e líder do referido grupo de estudo e pesquisa, sendo destruídos após cinco anos.

### ***3.6.6. Garantia da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa***

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES se responsabilizaram pela infraestrutura necessária para a produção da pesquisa. Salienta-se que os custos financeiros oriundos da pesquisa ficaram a cargo das pesquisadoras.

#### **4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Este capítulo contempla a exposição e descrição dos dados obtidos por meio da observação não participante da estrutura física das quatro instituições públicas de saúde que compõem o ecossistema em estudo e as mensagens obtidas por meio de entrevista semiestruturada, realizada com 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde: (seis) da cidade Chuí/Brasil e (seis) da cidade *Chuy/Uruguay*.

A observação não participante foi realizada nos meses de julho e agosto de 2019, durante 10 dias, perfazendo 40 horas. Para tanto, foram utilizados roteiros específicos para o registro dos elementos abióticos dos respectivos setores das instituições em estudo. Os instrumentos elaborados pelas pesquisadoras foram compostos por elementos possíveis de descrição por parte do observador e relacionados a uma escala do tipo Likert de 1 a 6, pontos onde (1) significou muito bom; (2) Bom; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssimo; (6) Ausência do aspecto avaliado. No instrumento foram levados em consideração os seguintes aspectos: dimensionamento das áreas expressos em (m<sup>2</sup>); iluminação; ventilação; água; conservação piso e parede; pintura; mobiliário; equipamentos; materiais; limpeza. Ressalta-se que a avaliação dos aspectos em estudo foi realizada em consonância com o preconizado pelo MS (BRASIL, 2008).

O uso desse instrumento possibilitou o levantamento, a descrição e análise das condições das estruturas físicas e organizacionais de todas as instituições públicas de saúde existentes nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* e, seus respectivos serviços. Na cidade brasileira Chuí foram contempladas uma UBS com ESF e uma UBS com Serviço de Urgência e Emergência, denominada de Posto Central. Enquanto no município uruguaio abarcou uma Policlínica, compatível com a UBS no Brasil, denominada *Samuel Pirilac* e um hospital chamado de Hospital do *Chuy*.

A análise das questões abertas, contidas nas entrevistas, permitiram: conhecer a estrutura organizacional, ações/serviços ofertados, profissionais atuantes nas instituições, bem seu funcionamento e os processos relacionais estabelecidos. Obteve-se detalhes acerca da ocorrência das relações e inter-relações que ocorrem entre os serviços das cidades fronteiriças em estudo, conhecimento acerca dos acordos bilaterais, benefícios das relações bilaterais e dificuldades laborais enfrentadas no ecossistema fronteiriço.

Para tanto, ressalta-se que a análise dos serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, sua estrutura física e organizacional, na perspectiva ecossistêmica, requer a compreensão dessa região como um todo organizado e inter-relacionado, influenciando-se mutuamente e buscando melhorias frente às dificuldades/fragilidades presentes neste ambiente. Visualiza-se, por analogia, a configuração de uma rede ecossistêmica, onde os nós representam os serviços de saúde e suas relações, já a comunicação e informações formam os filamentos a partir dos nós, e, assim tecem, em conjunto uma rede, formando uma totalidade/unidade ecossistêmica a oferecer ações/serviços de saúde nas cidades fronteiriças Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

#### **4.1 Avaliação e descrição dos elementos abióticos da estrutura física das instituições públicas de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay***

Os elementos abióticos são elucidados pela descrição da estrutura física observada, seguida da avaliação das variáveis/aspectos comuns à todas as instituições públicas e seus respectivos setores de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

Os dados foram classificados com base no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do MS (BRASIL, 2008), e encontram-se dispostos nos **quadros 02; 03; 04; 05; 06**. Conforme legenda:

Escala Likert

(1) **Muito Bom;** (2) **Bom;** (3) **Regular;** (4) **Ruim;** (5) **Péssimo;** (6) **Ausente**

Aspectos/variáveis

M<sup>2</sup> – Dimensão (m<sup>2</sup>)

A – Água

Mo – Mobiliário

PJ – Portas/Janelas

I – Iluminação

PP – Piso/Parede

E – Equipamentos

S – Sinalização

V – Ventilação

P – Pintura

Ma – Materiais

L – Limpeza

#### 4.1.1 Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família – Chuí/Brasil

A UBS com ESF encontra-se em edifício com configuração estrutural residencial. Observa-se a inexistência de um projeto arquitetônico específico disponível (Figura 08).

**Figura 08** – Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família – Chuí/Brasil. Rio Grande, RS, 2019.



**Fonte:** Acervo das pesquisadoras, 2019.

A sala de recepção e espera dividem o mesmo espaço físico de 15m<sup>2</sup>, local onde os usuários realizam o preenchimento do formulário de atendimento e aguardam para serem atendidos. A área da recepção conta com uma mesa escrivaninha, uma cadeira, um computador e um arquivo em aço com cinco gavetas. O espaço destinado à espera dos usuários ou família possui cinco cadeiras. Todo o mobiliário apresenta bom estado de conservação. Contíguo a esse espaço existe um corredor com acesso às demais salas e ao único banheiro da UBS.

O consultório médico ocupa uma área de 12m<sup>2</sup>, conta com duas cadeiras, uma maca ginecológica, uma maca adulta, uma escada de dois degraus em ferro, uma bacia em louça com torneira manual, um armário em metal e vidro onde são condicionados os materiais e equipamentos, indispensáveis para uso na consulta.

O banheiro possui uma área 8m<sup>2</sup>, onde encontram-se dispostos uma bacia com torneira manual, um sanitário, um porta papel toalha, uma lixeira plástica sem pedal, chuveiro elétrico com box em vidro, registra-se a ausência de barras de acessibilidade.

Consultório de enfermagem, 9m<sup>2</sup>, composto por duas cadeiras, uma mesa escrivaninha, uma maca adulta, uma escada dois degraus em ferro, um armário em madeira duas portas, duas caixas térmicas, ausência de fornecimento de água no local.

Sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possui 9m<sup>2</sup> com duas mesas escritaninhas, duas cadeiras, um arquivo em metal com cinco gavetas, materiais de trabalho como fichas de cadastro, prontuários e mapa da área adstrita.

A sala de procedimentos abarca 20m<sup>2</sup> e é utilizada para diversas atividades: local destinado às reuniões da equipe; condicionamento de materiais/almojarifado. Além dessas utilidades, no mesmo espaço são realizados procedimentos de enfermagem, tais como: aferição dos sinais vitais, administração de medicações, realização de curativos, entre outros. Este local conta com duas cadeiras, uma maca adulta, uma mesa escrivaninha, uma balança adulta, uma balança pediátrica digital, um armário de pia com tampo em inox, um armário em madeira com duas portas onde são condicionados os materiais.

Contíguo a este espaço está o expurgo com 2m<sup>2</sup> composto por um tanque plástico e tonel plástico onde são condicionados resíduos/lixo contaminado. Ressalta-se que a UBS não possui serviço de esterilização interno, os materiais são lavados na sala de procedimentos, embalados e encaminhados para esterilização no Posto Central do município, UBS com serviço de urgência e emergência que será descrito na sequência.

A análise dos aspectos/variáveis mensurados pelas pesquisadoras está disposta no quadro 02. Observa-se que quatro setores (3;4;5;7) dos oito setores da UBS apresentam boa iluminação. O aspecto ventilação é identificado como bom em seis setores (1;2;4;5;6;7). Já o acesso a água encanada só foi percebido em quatro setores(4;5;6;7), ressalta-se a inexistência de acesso a água no setor 3, contrapondo-se ao preconizado pelo MS (BRASIL, 2008).

Os elementos piso/parede e pintura são entendidos como regulares nos oito setores da UBS. A mobília e os equipamentos apresentam-se bons em cinco (2;3;4;5;7) setores, no entanto, os materiais são considerados bons em sete setores (1;2;3;4;5;6;7), justificando-se a ausência de materiais, mobília e equipamentos no setor 8 destinado a circulação de pessoas, conforme preconizado pelo MS. As portas e janelas são em madeira em condição regular de conservação

e dimensões regulares, sendo que as portas não possuem maçaneta em alavanca conforme recomendado pelo MS (BRASIL, 2008).

**Quadro 02** – Elementos abióticos da UBS com ESF – Chuí/Brasil. Rio Grande, RS, 2019.

SETORES	ASPECTOS											
	M <sup>2</sup>	I	V	A	P P	P	M o	E	M a	P J	S	L
1. Recepção/Sala de espera	15m <sup>2</sup>	3	2	6	3	3	3	3	2	3	5	3
2. Sala ACS	9m <sup>2</sup>	3	2	6	3	3	2	2	2	3	5	3
3. Consultório de enfermagem	9m <sup>2</sup>	2	3	6	3	3	2	2	2	3	3	3
4. Consultório médico	12m <sup>2</sup>	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3
5. Sala de procedimento/ Cozinha/Sala de reuniões/ Almoxarifado	20m <sup>2</sup>	2	2	2	3	3	2	2	2	3	5	2
6. Expurgo	2m <sup>2</sup>	4	2	2	3	3	3	3	2	3	5	2
7. Banheiros	8m <sup>2</sup>	2	2	2	3	3	2	2	2	3	5	3
8. Corredores	6m <sup>2</sup>	4	4	6	3	3	6	6	6	6	5	3

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

A sinalização e/ou identificação externa apresenta-se ausente, conforme figura 09, já a sinalização interna só foi encontrada na condição regular em dois (3;4) dos oito setores. De acordo com o MS as sinalizações são as formas de comunicação realizadas por meio de textos ou figuras (visual), caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil) e recursos auditivos (sonora) NBR 9050 (BRASIL, 2008). O aspecto limpeza aparece com destaque em dois (5;6) dos setores da UBS com a avaliação o bom, nos demais ambientes apresenta-se regular.

Frente aos dados analisados, apesar da Unidade estar alocada em uma edificação residencial, sem sinalização externa, sua estrutura física apresenta condições regulares de conservação.

#### 4.1.2 Unidade Básica de Saúde com Serviço de Urgência Posto Central – Chuí/Brasil

A UBS com serviço de urgência, denominada pela gestão local como Posto Central (Figura 09), encontra-se situado em um espaço campestre arborizado com acesso direto a via de entrada norte do município, com orientação leste e estrutura arquitetônica projetada para a dispensação de serviços e ações de saúde. Possui identificação externa, bem como sinalização

e identificação em seus setores interno, facilitando o acesso e a utilização dos serviços e ações pela população de forma integral.

**Figura 09** – Unidade Básica de Saúde com Serviço de Urgência Posto Central – Chuí/Brasil. Rio Grande, RS, 2019.



**Fonte:** Acervo das pesquisadoras, 2019.

Em sua entrada apresenta rampa, corrimão lateral e porta com abertura em duas folhas, viabilizando o acesso de forma equitativa.

O primeiro contato do usuário e/ou familiar ocorre na recepção, espaço de 10m<sup>2</sup> destinado à informação, primeiro acolhimento, registro, agendamento e encaminhamento. Em seu interior conta com um balcão com óculo parcial de vidro, duas cadeiras, uma mesa de escritório paralela ao balcão, um computador, um telefone fixo e dois arquivos de metal, onde são armazenados os prontuários. De acordo com o MS, o ambiente destinado ao serviço de recepção deve prever balcão, sem grades ou vidros que separem profissionais e usuários, bem como o arquivamento de prontuário deve ser efetuado em local seguro e de fácil acesso da própria recepção, podendo compartilhar o mesmo espaço físico desta (BRASIL, 2008).

No lado oposto a recepção encontra-se o serviço de farmácia municipal, destaca-se a existência de um hall de 5 m<sup>2</sup> entre eles, considerado no presente estudo como corredor. A estrutura física da farmácia compreende um setor fechado, sem acesso interno a área de armazenamento, sendo constituída de dois ambientes: dispensação de medicação e armazenamento.

A dispensação de fármacos, atendimento e orientações aos usuários é efetuada por meio de um balcão com óculo parcial de vidro, no seu interior o ambiente conta com uma mesa de escritório, duas cadeiras, um arquivo em metal, um refrigerador, um computador, uma impressora e materiais burocráticos distribuídos em uma área de 10 m<sup>2</sup>. O armazenamento dos

fármacos é realizado em sala contígua a dispensação, a área física apresenta 10 m<sup>2</sup> com prateleiras destinadas ao acondicionamento dos insumos farmacêuticos. Salienta-se que a estrutura física da farmácia da UBS observada está em conformidade com as indicações do MS (BRASIL, 2008).

Ao ser atendido na recepção, o usuário é encaminhado à sala de espera, local destinado aos usuários, familiares e acompanhantes que aguardarão a efetivação de ações de saúde. De acordo com o MS, devem ser dimensionadas próximas aos consultórios, sala de vacinas, triagem e outros a fim de atender a demanda da população assistida, levando em consideração os critérios de humanização e bom fluxo interno, além disso devem contar com adequações de luminosidade, temperatura, ruídos, posicionamento dos assentos para proporcionar interação entre os indivíduos (BRASIL, 2008).

Nesta instituição a sala de espera abarca 35 cadeiras em bom estado de conservação e um aparelho televisor dispostos em uma área de 25m<sup>2</sup>, proporcionando um ambiente confortável e agradável. Contíguo à oeste situa-se os banheiros destinados ao uso coletivo da população, sendo um banheiro feminino e um masculino, ambos com 6 m<sup>2</sup> com bacia em louça com torneira manual e sanitário em louça em bom estado de conservação, observa-se a inexistência de sanitário destinado a deficientes previsto pelo MS (BRASIL, 2008).

Ao lado dos banheiros, localiza-se o um consultório odontológico, destinado à execução de ações e serviços clínico-cirúrgicos odontológicos. O ambiente possui uma cadeira odontológica, bancada fixa com prateleiras de vidro, revestida com material cerâmico, com pia para processamento de materiais e instrumentais, lavatório (pia), armários sob bancada, caixa com tampa em aço inox, tubulações para bomba a vácuo e/ou compressor, uma mesa de escritório, duas cadeiras e lixeira com tampa e pedal, organizados em uma área de 16m<sup>2</sup> com iluminação e ventilação natural direta, compatível com o recomendado (BRASIL, 2008).

Ao norte da sala de espera observa-se um corredor com acesso a setores e salas da UBS em ambos os lados. A esquerda encontra-se um consultório destinado ao desenvolvimento de ações/serviços pelo médico pediatra, o lugar abarca 9 m<sup>2</sup> e dispõe de uma mesa de escritório, duas cadeiras e uma maca de exame clínico.

Ainda à esquerda situa-se o banheiro dos funcionários com aproximadamente 6 m<sup>2</sup> com bacia em louça com torneira manual e sanitário em louça. Ao lado deste, localiza-se um consultório com uma mesa, duas cadeira, um armário duas portas organizado em uma área de 9 m<sup>2</sup>, sendo de uso exclusivo da enfermagem.

Ao lado do consultório de enfermagem, observa-se a sala de esterilização ou central de material e esterilização, destinada à recepção, limpeza, preparo, esterilização guarda e distribuição do material para as demais instituições públicas de saúde do município do Chuí. O local de 10 m<sup>2</sup> conta com bancada fixa revestida com material cerâmico, sob pia para processamento de materiais e instrumentais, armários sob bancada com prateleiras de vidro, caixa com tampa em aço inox, autoclave e lixeira com pedal. Frente ao contexto observado e as recomendações do MS para este setor, percebe-se discrepância entre estes.

O MS propõe às instituições que apresentarem serviços de central de esterilização que este seja organizado em duas salas, a primeira destinada a recepção, lavagem e descontaminação do material com comunicação com a área de esterilização por meio de um óculo (medindo 50 x 50cm) com porta de abrir, recomenda visores entre esta sala e a de esterilização, bancada com bojo, localizado no eixo da bancada, instalação de bancada com pia, pia de despejo, ducha para lavagem e lixeira com tampa e pedal em área mínima de 4 m<sup>2</sup>. Já a segunda sala deverá possuir no mínimo 7,5 m<sup>2</sup>, reservada a esterilização e a estocagem do material esterilizado, sendo sua comunicação com a sala de lavagem e descontaminação por meio de óculo, conforme já elucidado, com porta de abrir, bancada seca (sem bojo), bancada com pia, dois bancos de altura compatível com a manipulação de materiais sobre a bancada, torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, armários sobre e/ou sob bancada, autoclave (sobre bancada), guichê de distribuição de material, lavatório e exaustor (BRASIL, 2008).

À direita do corredor, em lado oposto ao consultório de uso pediátrico, localiza-se a sala de procedimentos, lugar destinado a realização de procedimentos tais como: administração de imunobiológicos e de medicação injetável, realização de pequenos procedimentos, coleta de material para análises clínicas, administração de medicação inalatória, terapia de reidratação oral e permanência de pacientes em observação. Por se tratar de um espaço destinado ao compartilhamento de procedimentos por toda a equipe, deve ser levado em conta o planejamento das atividades, devendo possuir área mínima de 9 m<sup>2</sup> (BRASIL, 2008).

O setor sala de procedimentos, nesta UBS, cinge aproximadamente 9 m<sup>2</sup>, onde está organizada a mobília composta por uma maca de exame clínico adulta, um armário de metal e vidro duas cadeiras, bancada com pia. A sala de procedimento pode ser utilizada para a permanência de usuários/pacientes em observação (BRASIL, 2008).

Em área contígua ao norte, encontra-se a sala de observação com 10 m<sup>2</sup>, seu dimensionamento abrange dois leitos, ou seja, duas macas separadas com divisórias de escritório, cada leito conta com uma cadeira auxiliar.

Ao final do corredor, na área norte da UBS, observa-se um hall com porta em duas folhas destinado ao acesso da ambulância, automóvel com equipamento básico de sobrevivência. No lado externo a área de embarque, encontra-se o setor de expurgo da UBS, aproximadamente 5 m<sup>2</sup> ao ar livre, onde encontram-se dispostas duas bambonas destinadas ao armazenamentos dos resíduos hospitalares. Salienta-se a ausência de tela de proteção contra roedores, conforme indicado pelo MS (BRASIL, 2008).

Ao sul do setor sala de espera, nota-se corredor com salas em ambos os lados. À direita deste corredor situa-se o serviço de controle e regulação de exames e especialidades, entendido neste estudo como setor salas administrativas. Neste espaço observa-se três mesas de escritório, três cadeiras, três computadores, uma impressora e um armário duas portas organizados em um espaço físico de 8m<sup>2</sup>, sendo um serviço de atendimento direto a comunidade, essa comunicação se dar por meio de um balcão com óculo parcial de vidro.

Contíguo a este setor, a UBS dispõe de um consultório de 16 m<sup>2</sup> com banheiro privativo em anexo, sendo seu uso destinado às ações ginecológicas, em consonância com o estabelecido pelo MS(BRASIL, 2008). O local possui uma mesa de escritório, duas cadeiras, uma maca de exame ginecológica, uma cadeira para coleta laboratorial, um armário em metal e vidro e bacia em louça com torneira manual.

Prosseguindo no corredor, à direita, situa-se mais uma sala pertencente ao setor salas administrativas, de uso compartilhado do coordenadora geral de saúde do município e do secretário municipal de saúde. O ambiente de 8 m<sup>2</sup> possui uma mesa de escritório, um computador, duas cadeiras e dois armários de madeira, cada um com duas portas.

Na extremidade sul da edificação da UBS, encontra-se a cozinha/refeitório com 16m<sup>2</sup> de uso compartilhada pelos funcionários para o preparo de lanches e alimentação, sendo mobiliada e equipada com um armário em madeira três portas sob uma pia, uma jarra elétrica, um micro-ondas, uma geladeira, um fogão, uma mesa de cozinha, quatro cadeiras e uma lixeira com pedal. O setor/espaço que compreende a cozinha e/ou refeitório deverá ser de fácil acesso e restrito a funcionários, dotada de boa iluminação e ventilação, proporcionando ambiente agradável e confortável para a realização das refeições, levando em conta as normas da Humanização, além disso seu dimensionamento mínimo deverá ser de 4,5 m<sup>2</sup> (BRASIL, 2008).

À esquerda do corredor, no lado oposto ao consultório de serviços ginecológicos, localiza-se o setor sala de vacinas e rede de frio, ocupando uma área de 9 m<sup>2</sup>. O espaço possui uma refrigerador, uma mesa de escritório, uma cadeira, uma bancada com pia e torneira de uso manual, caixas térmicas e insumos, estando adequado ao recomendado (BRASIL, 2008).

Ao lado do setor sala de vacinas, a UBS dispõe de dois consultórios destinados ao uso da equipe multiprofissional, obedecendo o planejamento prévio da equipe, conforme o recomendado pelo MS (BRASIL, 2008). Cada consultório conta com uma mesa de escritório, uma maca adulta de exame clínico e duas cadeiras organizados em uma área física de 9 m<sup>2</sup> cada.

A última sala ao sul da edificação, limítrofe ao setor cozinha/refeitório à direita e a um dos consultórios ao norte, abarca o setor consultório de fisioterapia ou sala de fisioterapia. A estrutura física de 12 m<sup>2</sup> dispõe de uma maca adulta de exame clínico, duas cadeiras, uma mesa de escritório, um biombo, duas cadeiras e equipamentos específicos. O setor não possui as recomendações específicas do MS (BRASIL, 2008).

Apresenta-se a seguir a análise dos aspectos/variáveis, ou seja, os elementos abióticos aferidos pelas pesquisadoras (Quadro 03). Os dados evidenciam os aspectos iluminação e ventilação como sendo muito bom em oito setores (2;3;5;6;7;8;9;10) dos 19 observados, já os 11 setores restantes apresentaram condições de iluminação bom(1;4;11;12;13;14;15;16;17;18;19), destes apenas sete (1;4;11;12;14;16;19) possuem ventilação com conceituação bom.

Quando observado o abastecimento de água encanada, destaca-se que treze dos setores apresentam o aspecto em qualidade muito bom (3;4;5;6;7;8;9;10;11;14;15;16;18) e seis dos setores (1;2;12;13;17;19) não dispõem de rede hidráulica de água, o que não prejudica as atividades laborais, uma vez que suas ações e serviços independem do aspecto em estudo.

Os pisos, paredes e pintura dos setores de saúde da UBS estão em bom estado em 18 (1;2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;14;15;16;17;18) dos 19 setores, estando em estado regular apenas no setor 19. A avaliação da mobília aponta dois setores (8;10) muito bom, 13 setores (1;2;3;4;5;6;7;9;11;12;13;15;17) três(14;16;18) regular e ausente no setor 19.

Os equipamentos estão ausentes nos setores 2 e 19, não prejudicando a execução de ações e serviços nesses espaços. Já dois setores (7;8) detém muito bom no aspecto equipamentos, 11 (3;4;5;6;9;10;11;12;13;15;16;17) bom e quatro (1;14;16;18) regular.

Ao analisar a existência e condições dos materiais disponíveis na UBS, destaca-se em 14 setores (2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;15;17) como bom, três setores (1;14;16) como regular e em dois (2;19) ausentes.

**Quadro 03** – Elementos abióticos da UBS com Serviço de Urgência Posto Central – Chuí/Brasil. Rio Grande, RS, 2019.

SETORES	ASPECTOS											
	M <sup>2</sup>	I	V	A	P	P	M	E	M	P	S	L
					P	P	o		a	J		
1. Recepção	10m <sup>2</sup>	2	2	6	2	2	2	3	3	2	2	2
2. Sala de Espera	25m <sup>2</sup>	1	1	6	2	2	2	6	6	2	2	2
3. Sala de triagem/ Sala de procedimentos	9m <sup>2</sup>	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
4. Consultório de enfermagem	9m <sup>2</sup>	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
5. Consultório ginecológico com banheiro	16m <sup>2</sup>	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
6. Consultórios médicos e outros	9m <sup>2</sup>	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
7. Consultório fisioterapia	12m <sup>2</sup>	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
8. Consultório de odontologia	16m <sup>2</sup>	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2
9. Sala de observação - 2 leitos	10m <sup>2</sup>	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
10. Sala de esterilização	10m <sup>2</sup>	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2
11. Sala de vacinas e rede de frio	9m <sup>2</sup>	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
12. Farmácia	20m <sup>2</sup>	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	2
13. Almojarifado	9m <sup>2</sup>	2	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2
14. Expurgo	5m <sup>2</sup>	2	2	1	2	2	3	3	3	2	2	2
15. Banheiros F e M	6m <sup>2</sup>	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2
16. Cozinha/ Refeitório	16m <sup>2</sup>	2	2	1	2	2	3	3	3	2	2	2
17. Salas administrativa – 2 salas	8m <sup>2</sup>	2	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2
18. Banheiro para funcionários	6m <sup>2</sup>	2	3	1	2	2	3	3	3	2	2	2
19. Corredores	15m <sup>2</sup>	2	2	6	3	6	6	6	6	2	2	2

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

As portas e janelas da UBS são predominantemente em alumínio conforme preconizado pelo MS, no entanto, as portas não possuem maçanetas em alavanca, as estruturas foram avaliadas com o conceito bom nos 19 setores. Quando avaliados os aspectos sinalização e limpeza estes receberam conceituação bom nos 19 setores da UBS em estudo.

Nesta conjuntura predial, são oferecidos serviços de pediatria, ginecologia, clínica geral, obstetrícia, psicologia, odontologia, fisioterapia, farmácia, serviços administrativos de regulação e marcação de exames e ações de imunização de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 20h, concomitantemente, são ofertadas ações e serviços de enfermagem geral e de urgência e emergência 24 horas todos os dias da semana. Diante ao exposto conclui-se que a estrutura física desse serviço apresenta boas condições de conservação.

#### 4.1.3 Unidade de Saúde *Policlínica Samuel Pirilac – Chuy/Uruguay*

A Policlínica de Saúde, denominada *Samuel Pirilac*, apresenta características estruturais e organizacionais compatíveis com a estrutura física de uma UBS no lado brasileiro. Sua edificação localiza-se na frente leste da Praça *Samuel Pirilac* anexa ao complexo social de fornecimento de refeições à população, chamado de *Comedor* (Figura 10).

**Figura 10** – Unidade de Saúde *Policlínica Samuel Pirilac – Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.



**Fonte:** Acervo das pesquisadoras, 2019.

A *Policlínica Samuel Pirilac* possui estrutura arquitetônica projetada para atender as demandas relacionadas as ações/serviços básicos de saúde, com acesso por meio de rampa com corrimão lateral e identificação externa de forma clara e de fácil compreensão.

O primeiro contato do usuário ou familiar ocorre no setor recepção, espaço físico de 9m<sup>2</sup>, equipado com uma mesa de escritório e uma cadeira. Limita-se ao fundo com sanitário/banheiro de acesso público, com dimensão de 2m<sup>2</sup>, ambiente interno com bacia em louça e torneira com fechamento manual, um sanitário, um porta papel toalha e uma lixeira aberta. Nota-se ainda, paredes e piso com revestimento cerâmico, ausência de barras de apoio, porta com dimensão de 60x2,10.

Observa-se à direita da recepção, paralela à parede, escada em madeira sem corrimão, que permite o acesso ao almoxarifado, localizado na parte superior dos banheiros (banheiro do consultório e banheiro de acesso público). O setor almoxarifado dispõe de prateleiras organizadas em 4m<sup>2</sup> onde são armazenados os materiais e insumos da instituição.

À esquerda da recepção, percebe-se um corredor com aproximadamente 9m<sup>2</sup>, apresentando ótima iluminação e ventilação, providos de janela localizada em toda extensão lateral esquerda. O espaço é utilizado como sala de espera, lugar onde os usuários aguardam o

provimento das ações de saúde, para tal possui cinco cadeiras em muito bom estado de conservação.

À direita do setor sala de espera/corredor, encontram-se dois consultórios. O primeiro consultório está organizado em uma área de 10m<sup>2</sup>, onde estão dispostas duas cadeiras, uma mesa de escritório, uma maca adulta de exame clínico, uma escada com dois degraus, uma balança antropométrica adulta e uma pia sob bancada fixa em inox com prateleiras e portas. Anexo ao consultório evidencia-se um sanitário/banheiro de uso restrito aos funcionários, com dimensão de 2m<sup>2</sup>, paredes e piso com revestimento cerâmico, bacia em louça com torneira com fechamento manual e sanitário em louça. Observa-se a ausência de barras de apoio e porta com dimensão de 60X2,10cm, quando em atendimento ninguém pode usá-lo.

O segundo consultório com dimensão de 10m<sup>2</sup> conta com duas cadeiras, uma mesa de escritório, uma maca adulta de exame clínico, um armário de metal e vidro para armazenamento de materiais e uma pia sob bancada fixa em inox com prateleiras e portas.

Ao final do corredor a policlínica apresenta um espaço de 1,5m<sup>2</sup> denominado como *enfermeria suja*, espaço correspondente ao expurgo, o lugar possui porta estreita com dimensões de 60X2,10cm, uma bancada fixa à direita e outra à esquerda ocupando as laterais do ambiente, restando uma pequena área de circulação ao centro. Nesse local é condicionado o lixo sujo e perfuro cortantes, os quais são encaminhados semanalmente ao *Hospital do Chuy*, onde recebem destino adequado.

A avaliação dos aspectos/variáveis mensurados pelas pesquisadoras encontram-se no quadro 04, a seguir:

**Quadro 04** – Elementos abióticos da *Policlínica Samuel Pirilac – Chuy/Uruguay*. Rio Grande/RS, 2019.

SETORES	ASPECTOS											
	M <sup>2</sup>	I	V	A	P P	P	M o	E	M a	P J	S	L
1. Recepção	9m <sup>2</sup>	2	2	6	1	1	2	2	2	2	3	2
2. Sala de Espera/Corredor	8m <sup>2</sup>	1	1	6	1	1	1	6	6	2	3	2
3. Consultório de Enfermagem/ Sala de procedimentos	10m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2
4. Consultório com banheiro	10m <sup>2</sup>	1	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2
5. Almoxarifado	8m <sup>2</sup>	3	3	6	1	1	2	2	2	2	3	2
6. Expurgo	1,5m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	2
7. Banheiro – 2 banheiros	2m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	2	6	2	2	3	2

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

A observação dos elementos abióticos indicam que os aspectos iluminação e ventilação apresentam avaliação muito bom em dois setores (2;4) e bom em quatro (1;3;6;7) dos sete setores da instituição.

Quando avaliados acerca da presença e qualidade da água na instituição, três (1;2;5) dos sete setores não apresentaram tal aspecto. No entanto, a ausência não inviabiliza o desenvolvimento e a oferta de ações/serviços pela instituição de saúde em estudo. Os quatro setores restantes (3;4;6;7) obtiveram o conceito bom na avaliação do aspecto água.

Ao analisar pisos, paredes e pintura todos os setores (1;2;3;4;5;6;7) da instituição receberam parecer muito bom, o que elucida o bom estado de conservação do ambiente. Em consonância, a mobília também recebeu classificação muito bom em dois setores (1;6) e bom em cinco dos setores (1;3;4;5;7).

Os aspectos equipamentos e materiais mostram equivalência na avaliação, sendo que a ausência destes aspectos no setor 2 justifica-se diante da forma como o espaço é utilizado. Em contrapartida, destaca-se um setor (6) como muito bom e cinco setores (1;3;4;5;7) como bom.

As portas e janelas, em sua maioria em alumínio e vidros, obtiveram escore bom em todos os sete setores (1;2;3;4;5;6;7), assim como o aspecto limpeza. Ressalta-se que apesar da instituição apresentar identificação externa, a sinalização interna possui algumas fragilidades, sendo assim, a totalidade recebeu o conceito de regular quanto ao aspecto sinalização.

Conclui-se que essa Instituição de Saúde possui estrutura física adequada a finalidade a qual se destina, visto que a análise de seus elementos apresenta prevalência avaliativa de 1 e 2, subentendidas como muito bom e bom.

#### **4.1.4 Hospital do *Chuy/Uruguay***

O Hospital do *Chuy*, localizado no Bairro *Samuel Pirilac*, compreende um quarteirão de edificações, estacionamento em toda área norte com entrada lateral leste ao sul e edificação disposta de leste a oeste com frente sul (Figura 11).

A estrutura arquitetônica da Instituição hospitalar comporta uma Unidade com Serviços de Atenção Primária à Saúde (USAPS) e uma Unidade Hospitalar com Serviços de Urgência e Emergência (UH – SUE). Saleinta-se que a Instituição encontra-se em processo de reforma e melhoria estrutural física.

**Figura 11** – *Hospital do Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.



**Fonte:** Acervo das pesquisadoras, 2019.

Observa-se que a área administrativa é de uso comum à todo *Hospital do Chuy*, localizada na extremidade norte do corredor da sala de espera da USAPS, e corredor à direita. Este corredor possui à esquerda armários sob bancada fixa com revestimento cerâmico perpendicular à parede e com altura abaixo das janelas(esquerda).

O corredor só apresenta salas à direita, sendo a primeira sala destinada ao setor almoxarifado, qual possui 20 m<sup>2</sup> de área física reservada a organização e armazenamento dos materiais e insumos em prateleiras/estantes. Este setor é de uso comum a todas unidades constituintes do *Hospital do Chuy*.

Em área adjacente, situa-se sanitário/banheiro de uso restrito dos funcionários, o qual conta uma bacia em louça com torneira manual, sanitário em louça e uma lixeira aberta dispostos em uma área de 7 m<sup>2</sup>.

Contíguo, setor administrativo composto por duas salas, a primeira com 15m<sup>2</sup> possui três mesas de escritório, três computadores, cinco cadeiras e prateleiras junto às parede. A segunda sala com 18m<sup>2</sup> constituiu-se na sala da direção geral do *Hospital do Chuy* e conta com três mesas de escritório, cinco cadeiras, um armário duas portas em metal e uma estante em aço.

A Instituição possui ainda, o setor de afiliação/cadastro na Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE), situado em área contígua a corredor de acesso à sala de espera da USAPS e limite leste e sul com a recepção da USAPS. Ocupa uma área de 8m<sup>2</sup>, no qual estão dispostos: uma bancada fixa a parede com óculo em vidro para atendimento à população, um computador, uma mesa de escritório, uma cadeira. Ressalta-se que o setor é subordinado ao departamento administrativo de *Rocha*, não pertence a administração direta da gestão do *Hospital do Chuy*.

Destaca-se que devido às unidades desenvolverem ações/serviços em níveis de atenção à saúde diferentes, esses foram observados e analisados separadamente de maneira a respeitar suas especificidades e proporcionar um entendimento mais específico de cada setor.

#### 4.1.4.1 Unidade com Serviço de Atenção Primária à Saúde *Chuy – Chuy/Uruguay*

A USAPS do *Hospital do Chuy* localiza-se na parte leste da estrutura arquitetônica, com a presença de identificação externa (Figura 12).

**Figura 12** – Unidade com Serviços de Atenção Primária à Saúde do *Hospital do Chuy – Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.



**Fonte:** Acervo das pesquisadoras, 2019.

A entrada do prédio dispõe de rampa com corrimão e porta com abertura em duas folhas, permitindo a circulação de pessoas, entrada de macas e cadeiras de rodas. O primeiro contato do usuário e ou do familiar é por meio do porteiro, profissional que faz o direcionamento da população à recepção do serviço.

A recepção localiza-se à esquerda da porta de entrada principal, sendo reservado ao acolhimento, informações, agendamentos, preenchimento de fichas de atendimento, entre outros. O setor cinge uma dimensão de 20m<sup>2</sup>, dividida em três espaços administrativos. O

primeiro espaço compreende o local onde é realizado o atendimento direto ao usuário, o qual conta com um balcão/guichê com óculo fechado parcialmente com vidro, duas mesas de escritório paralelas ao balcão, dois computadores, duas cadeiras, prateleiras/estante onde são armazenados materiais de escritório, dois arquivos de chão em metal, cada um com cinco gavetas

Salienta-se que a instituição não apresenta serviço de triagem médica e/ou de enfermagem, desta forma a população ao buscar por serviços e ações de saúde realiza a retirada de uma senha/ficha junto à portaria, sendo posteriormente atendido no setor recepção e direcionados aos serviços/ações de saúde de maneira imediata ou por meio do agendamento.

À direita da porta de entrada, ou seja, no lado oposto ao setor recepção, constata-se um corredor com aproximadamente 30m<sup>2</sup>, com salas dispostas à esquerda, sendo o lado direito destinado iluminação e ventilação natural por meio de janelas com cortinas. O ambiente conta com 25 cadeiras acopladas em blocos de cinco unidades, sendo utilizado como sala de espera para os serviços de vacinação, pediatria e farmácia.

Ao ingressar no corredor, a primeira sala localizada à esquerda, destina-se aos serviços de imunização/vacinas. O ambiente encontra-se equipado e mobiliado com pia sob bancada paralela a parede, fixa e com revestimento cerâmico, uma mesa de escritório, duas cadeiras, duas bancada laterais sobre armários fixos, caixas térmicas, um refrigerador e um computador. Ressalta-se a existência de material informativo/cartazes fixados as paredes, bem como porta ao fundo para corredor de acesso à direção geral do *Hospital do Chuy*.

O setor de sala de vacinas disponibiliza apenas serviços de imunização e funciona sob a supervisão direta do Departamento de Luta contra a Tuberculose com sede na capital do *Uruguay*. Os imunobiológicos vêm do Laboratório Central juntamente com uma auxiliar de enfermagem habilitada como *vacunadora* (vacinadora), a qual se desloca de Montevideu com os insumos. Os serviços são ofertados de forma pontual e periódica uma vez por semana, somente neste local.

Ao lado do setor sala de vacinas, situa-se o setor de serviços pediátricos, onde são realizadas avaliações clínicas, antropométricas, acompanhamentos e consultas de puericultura. O local possui 18m<sup>2</sup> de dimensão física, sendo dividido em dois ambientes por uma estrutura de madeira. No primeiro ambiente encontram-se duas cadeiras, uma mesa de escritório, uma prateleira/estante de madeira utilizada para o armazenamento e organização dos prontuários e planilhas de registros clínicos em pastas. Já o segundo espaço, compreende o consultório,

propriamente dito, com uma mesa de escritório, duas cadeiras, bancada sobre armários fixos paralelos, maca de exame clínico, e uma balança antropométrica. Limítrofe a este, no mesmo corredor, encontra-se outro consultório de serviços pediátricos, o qual possui as mesmas proporções do anterior, no entanto, no presente momento, encontra-se desativado.

Prosseguindo, contíguo ao setor de serviços pediátricos localizam-se dois sanitários/banheiros destinados ao uso da população, sendo um feminino e o outro masculino. Cada banheiro ocupa 2m<sup>2</sup> e contém uma bacia em louça com torneira com fechamento manual, um sanitário em louça e uma lixeira aberta. Salienta-se a ausência de barras de apoio, precariedade dos materiais disponíveis e de higienização.

Ao final do corredor situa-se o setor da farmácia, local onde são realizadas ações de orientação, dispensação ao público, armazenamento interno de medicamentos e abastecimento dos setores que compõem a USAPS e a UH – SUE que constituem a totalidade *Hospital do Chuy*. A dimensão física do setor de 30 m<sup>2</sup> divide-se em dois espaços, o primeiro ambiente compreende a área administrativa, composta por dois computadores, duas mesas de escritório, três cadeiras, um arquivo de chão em metal com cinco gavetas e porta em madeira com balcão/guichê para prestação de serviços e ações a população. O segundo ambiente do setor farmácia destina-se ao acondicionamento do estoque de insumos farmacológicos, os quais encontram-se organizados em prateleiras de madeira ao entorno da sala e duas prateleiras ao meio.

Retornando à porta de entrada da USAPS, ao norte em região central percebe-se o setor sala de espera com dimensão aproximada de 50 m<sup>2</sup>, reservado a permanência dos usuários, familiares, acompanhantes e a população em geral no aguardo pela efetivação das ações de saúde. O ambiente conta 30 cadeiras em bom estado de conservação e quadro informativo na parede lateral direita.

Na extremidade norte da sala de espera, observa-se porta de acesso setores: leitos obstétricos/maternidade, bloco cirúrgico e sala de parto, os quais serão descritos junto ao UH – SUE por fazerem parte do fluxo organizacional do serviço hospitalar. Ainda ao fundo da sala de espera, situa-se um consultório de uso médico com área física de 8 m<sup>2</sup>. O consultório conta com uma mobília composta por uma mesa de escritório e duas cadeiras, registra-se a ausência de maca de exame clínico.

Na região central da sala de espera, no lado oeste, constata-se corredor largo com 15m<sup>2</sup>, o qual termina em divisória em madeira com porta, constituindo-se no limite físico estrutural

entre a USAPS e UH – SUE. Limítrofe à esquerda deste, percebe-se dois consultórios médicos, sendo que cada um deles possui área física aproximada de 12 m<sup>2</sup> e conta com uma mesa de escritório, duas cadeiras e uma maca adulta de exame clínico.

Em área contígua aos consultórios médicos, localiza-se um consultório odontológico com 15m<sup>2</sup> e mobiliado e equipado com uma mesa de escritório, duas cadeiras, uma cadeira/gabinete odontológico, pia sob bancada com armários, torneira com fechamento manual, uma lixeira com tampa e acionamento por pedal, caixa inox e mesa/carrinho auxiliar. Enquanto à esquerda, na extremidade oposta aos consultórios descritos, situa-se o setor de afiliação/cadastro na ASSE, semelhante ao departamento responsável pela confecção do cartão do SUS no Brasil.

Os resultados da análise dos aspectos/variáveis aferidos pelas pesquisadoras são apresentados no quadro 05.

**Quadro 05** – Elementos abióticos da USAPS do *Hospital do Chuy – Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019

SETORES	ASPECTOS											
	M <sup>2</sup>	I	V	A	P	P	M	E	M	P	S	L
					P	P	o		a	J		
1. Recepção	20m <sup>2</sup>	2	2	6	2	3	2	2	2	3	2	3
2. Sala de Espera	50m <sup>2</sup>	2	2	6	2	3	2	6	6	3	2	3
3. Consultórios médicos e outros	12 m <sup>2</sup>	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3
4. Consultório odontológico	15m <sup>2</sup>	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3
5. Sala de procedimentos	9m <sup>2</sup>	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3
6. Sala de Vacinas	18m <sup>2</sup>	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2
7. Expurgo	15m <sup>2</sup>	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3
8. Banheiros F e M	7m <sup>2</sup>	4	4	2	2	3	4	4	3	3	2	4
9. Almojarifado	20m <sup>2</sup>	3	3	2	2	3	4	4	2	3	2	3
10. Farmácia	30m <sup>2</sup>	3	3	6	2	3	2	2	2	3	2	2
11. Salas administrativas/ coordenação	33m <sup>2</sup>	4	4	6	2	3	2	2	2	3	2	3
12. Corredores	50m <sup>2</sup>	1	1	6	2	3	2	6	2	2	2	3
Os corredores são utilizados com cadeiras como sala de espera para o atendimento. Os setores em vermelho são de uso comum das USAPS e UH – SUE												

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

Ao analisar os dados coletados por meio da observação não participante dos elementos abióticos da USAPS destaca-se que apenas um dos setores (12) possui iluminação e ventilação classificados como muito bom, dois (1;2) apresentam caráter bom, sete (3;4;5;6;7;9;10) regular e dois setores (8;11) ruim.

Quando avaliada existência de rede hidráulica, fornecimento e disponibilidade de água nos setores da instituição em estudo, observa-se que sete setores (3;4;5;6;7;8;9) obtiveram bom e em cinco (1;2;10;11;12) o aspecto apresenta-se ausente. Já os elementos pisos e paredes mostram-se com escore bom e a pintura como regular em todos os setores da instituição.

Quando observado o aspecto mobília, salienta-se como bom em sete setores (1;2;6;7;10;11;12), regular em três (3;4;5) e ruim em dois (8;9) dos 12 setores da unidade. Os equipamentos disponíveis e de uso na instituição de saúde foram conceituados como bom em seis setores (1;5;6;7;10;11), regular em dois dos setores (3;4), ruim em dois (8;9) e ausentes em outros dois (2;12) setores. O aspecto materiais foi identificado como bom em dez setores (1;3;4;5;6;7;9;10;11;12), regular em um setor (8) e ausente em um (2) dos 12 setores da totalidade.

As portas e janelas apresentam-se em materiais e estados de conservação variados, sendo assim a avaliação apresentou escore bom apenas em um dos setores (12), os demais receberam parecer regular. A sinalização ou identificação interna e externa da US – APS foi avaliada com conceituação de bom nos seus 12 setores. No que tange o aspecto limpeza a totalidade apresentou discrepâncias avaliativas, sendo dois setores (6;10) bom, nove setores (1;2;3;4;5;7;9;11;12) regular e um setor (8) ruim.

A estrutura física da unidade em análise, visto sob a sua totalidade, apresenta condições regulares.

#### **4.1.4.2 Unidade Hospitalar com Serviços de Urgência e Emergência do *Hospital do Chuy* – *Chuy/Uruguay***

A estrutura física da UH – SUE *do Chuy* (Figura 13), abarca serviços hospitalares de internação, cirurgia, obstetrícia, urgência e emergência. Situa-se na parte oeste da planta arquitetônica em processo de reestruturação e melhorias estruturais.

A fachada externa apresenta identificação e sinalização, além de medidas de acessibilidade, como via de entrada com rampa com corrimão lateral e porta em duas folhas, que viabiliza a circulação de macas, cadeiras de rodas e da população de forma em geral. Ao entrar na UH – SUE observa-se a sala de espera, espaço de 30 m<sup>2</sup> confortável e agradável com 20 cadeiras em muito bom estado e televisor fixo a uma das paredes. A sala de espera conta

com uma porta lateral à esquerda próxima à recepção, dando acesso a triagem de enfermagem e médica do serviço.

**Figura 13** – Unidade Hospitalar com Serviços de Urgência e Emergência do *Hospital do Chuy* – *Chuy/Uruguay*, Rio Grande, RS, 2019.



Fonte: Acervo das pesquisadoras, 2019.

Ao fundo, norte da sala de espera, localiza-se o setor recepção, local onde são fornecidas informações, agendamentos, preenchimento de prontuários e fichas de atendimentos, primeiro contato dos usuários, acompanhantes e/ou familiares. Ambiente com dimensão de 7 m<sup>2</sup> mobiliado com móveis planejados composto por bancada fixa com divisória com óculo, parcialmente em vidro, e armários em madeira, duas cadeiras, e equipado com dois computadores.

À esquerda da sala de espera, situa-se a porta do setor sala de triagem, disposto em uma área de 8 m<sup>2</sup>, conta com duas portas, uma na parte leste (sala de espera) e outra na parte oeste, mobiliado com duas cadeiras e uma mesa de escritório. Anexa à este encontra-se um expurgo (*enfermeria suja*), com dimensão de 3 m<sup>2</sup>, composto por bancada fixa e armários planejados, neste local é realizada a higienização do material e condicionamento dos insumos para descarte.

À frente, nota-se uma sala de observação com 4 m<sup>2</sup> equipada com uma poltrona e um porta equipo. Entre a porta oeste da sala de triagem e a sala de observação, existe um corredor, permitindo o acesso à sala de emergência, isolamento e demais setores da Unidade.

Ao ingressar no corredor, à direita, nota-se o setor da sala de emergência, 20 m<sup>2</sup>, composto por dois leitos equipados com suporte tecnológico adequado, como acesso a gases, monitores, ventilador mecânico e carrinho de medicações, sendo separados por cortinas/biombos, tanto entre si como do corredor.

No lado oposto, à esquerda do corredor, encontra-se a segunda sala de observação com 25 m<sup>2</sup> com quatro leitos equipados com suporte básico, gases e medicações, separados entre si por cortinas/biombos. O espaço central entre a sala de emergência e a segunda sala de observação compreende uma área de 18 m<sup>2</sup>, onde encontra-se alocado o posto de enfermagem, composto por uma bancada em L em madeira sobre armários, duas cadeiras e um computador.

Na área lateral norte deste espaço, tem-se dois quartos de isolamento, sendo cada com 9 m<sup>2</sup>, composto uma cama hospitalar, uma poltrona, uma mesa lateral, além de equipamentos como porta equipo, bomba de infusão, dispositivos de fornecimento de gases.

Ao norte, em área adjacente, observa-se corredor com 40 m<sup>2</sup>, disposto de oeste a leste, ao oeste destaca-se porta com abertura em duas folhas de acesso restrito ao fluxo de ambulâncias, fazendo limite ao leste com a USAPS. O corredor apresenta salas fixadas à esquerda e vidraças em toda lateral direita

O corredor e suas adjacências, no momento da observação, encontram-se em processo de reestruturação, construção e reforma. Sendo que a primeira sala, sentido oeste/leste, compreenderá os dormitórios/descanso médico, a segunda sala será destinada ao refeitório dos funcionários, o terceiro espaço abará novos leitos de isolamento. Em espaço contíguo, tem-se a *enfermeria suja* ou expurgo, 3 m<sup>2</sup>, composto por armários sob bancada fixa, onde são manipulados e armazenados insumos a serem descartados.

Limítrofe ao expurgo, situa-se *enfermeria limpa*, ou seja, o segundo posto de enfermagem, com área de 18m<sup>2</sup>, mobiliado armários em madeira sob bancada lateral fixa e armários aéreos, uma mesa de escritório e duas cadeiras.

Ao final do corredor, na parte leste, tem-se uma porta de acesso ao bloco cirúrgico, sala de parto e sala de esterilização. Já em adjacência ao sul observa-se a continuidade do corredor.

O setor do bloco cirúrgico divide-se em dois espaços, uma sala com aproximadamente 10 m<sup>2</sup> com banheiro em anexo interno, destinada à paramentação e preparo dos profissionais e, a sala de cirurgias. A sala de cirurgias cinge 30 m<sup>2</sup> e encontra-se mobiliada e equipada com uma mesa cirúrgica, um aparelho de foco/iluminação, uma escada com dois degraus em metal, dispositivos de gases em tubulação fixa as paredes, pia sob bancada fixa paralela a parede, duas lixeiras com acionamento por pedal, carrinho de medicações e materiais de uso específico.

Ao lado deste lugar, tem-se a sala de parto com dimensão de 25 m<sup>2</sup>, composta por uma mesa de parto com apoio lateral de pernas, um equipamento de foco/iluminação, pia sob

bancada fixa paralela a parede com prateleiras abaixo, escada dois degraus em metal, uma lixeira com acionamento por pedal, materiais e equipamentos.

Contíguo a este ambiente, localiza-se a sala de esterilização, 30 m<sup>2</sup> equipados e mobiliados com uma mesa de madeira ao centro 2,00X 0,80, pia sob bancada lateral fixa e paralela a parede, estantes/prateleiras em madeira com o armazenamento de materiais, uma autoclave de grande porte. Nota-se que a sala de esterilização apresenta condições precárias de estrutura física e organização, no entanto, os equipamentos são modernos e em bom estado de conservação. Este serviço fornece insumos estéreis para o *Hospital do Chuy e Policlínica Samuel Pirilac*.

Retornando à adjacência do corredor, no sentido sul, tem-se a existência de cinco salas do lado direito e uma sala do lado esquerdo. A primeira sala à direita no sentido norte – sul, compreende a sala de procedimentos com 9 m<sup>2</sup>, mobiliada com duas cadeiras, uma maca adulta de exame clínico, um porta equipo, um armário duas portas em madeira, uma mesa de escritório e um quadro de anotações e avisos na parede.

As quatro salas subsequentes abarcam enfermarias/leitos, sendo que cada uma delas possui 12 m<sup>2</sup> e conta com duas camas hospitalares, duas cadeiras, uma mesa auxiliar e um armário. À única sala a esquerda destina-se ao setor de Raio-X, temporariamente desativado.

Na extremidade sul do corredor, tem-se uma enfermaria/leitos com três camas hospitalares e três cadeiras dispostos em uma área de 12 m<sup>2</sup>. Além de dois banheiros, um feminino e um masculino, cada um com 8 m<sup>2</sup> e com uma bacia com torneira de acionamento manual, um sanitário em louça, uma lixeira aberta e um porta papel. Registra-se a ausência de barras de apoio e sanitário adequado a deficientes. Ao final deste corredor encontra-se porta de madeira de acesso a USAPS.

Destaca-se que a entrada da enfermaria obstétrica/ maternidade se dá pela sala de espera da USAPS próximo aos consultórios médicos como já descrito. A enfermaria possui 20 m<sup>2</sup>, onde encontram-se dispostas quatro camas, sendo duas hospitalares e duas camas de madeira convencionais, uma mesa auxiliar e duas poltronas, observa-se ainda a inexistência de banheiro em anexo. Os leitos são de uso exclusivo de internação obstétrica e possui porta ao norte para hall de acesso ao bloco cirúrgico e sala de parto.

Os serviços de copa/ cozinha e lavanderia não foram possíveis de observação devido ao fluxo de reformas do prédio, mas segundo a direção encontram-se em atividade parcial.

Segundo informações da direção do Hospital, encontram-se em processo de reestruturação e reforma ao longo deste ano.

Os dados da avaliação dos elementos abióticos, ou seja, aspectos/variáveis da estrutura física da UH – SUE encontram-se organizados no quadro 06.

**Quadro 06** – Elementos abióticos do UH – SUE do *Hospital do Chuy – Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.

	ASPECTOS											
	M <sup>2</sup>	I	V	A	P	P	M	E	M	P	S	L
1. Recepção	7m <sup>2</sup>	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sala de Espera	30m <sup>2</sup>	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1
3. Sala de Triagem	8m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
4. Posto de Enfermagem – 2 postos	18m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
5. Sala de Procedimentos	9m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
6. Salas de Observação	29m <sup>2</sup>	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
7. Sala de Parto	25m <sup>2</sup>	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
8. Bloco Cirúrgico	40m <sup>2</sup>	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
9. Almojarifado	20m <sup>2</sup>	3	3	2	2	3	4	4	2	3	2	3
10. Farmácia	30m <sup>2</sup>	3	3	6	2	3	2	2	2	3	2	2
11. Salas administrativas/coordenação	33m <sup>2</sup>	4	4	6	2	3	2	2	2	3	2	3
12. Isolamento	18m <sup>2</sup>	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
13. Sala de emergência - 2 leitos	20m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
14. Sala de esterilização	30m <sup>2</sup>	3	3	4	3	3	4	2	2	3	4	3
15. Leitos/enfermarias – 4 quartos	12m <sup>2</sup>	3	3	6	3	3	3	3	2	3	3	2
16. Enfermaria Obstétrica – 4 leitos sem banheiro	20m <sup>2</sup>	3	3	6	4	4	4	4	2	4	3	2
17. Expurgo	15m <sup>2</sup>	3	3	6	3	3	2	2	2	3	1	2
18. Banheiros	8m <sup>2</sup>	4	4	2	3	3	2	2	3	3	1	3
19. Corredores	40m <sup>2</sup>	2	2	6	2	3	6	6	6	2	1	2

Os setores em vermelho são de uso comum das US – APS e UH – SUE.

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

A observação não participante dos aspectos iluminação e ventilação evidenciou quatro setores (1;2;6;12) com o escore muito bom, sete setores (3;4;5;7;8;13;19) como bom, seis setores (9;10;14;15;16;17) como regular e dois setores (11;18) como ruim.

Quando avaliada disponibilidade de água nos setor, ressalta-se que 10 setores (3;4;5;6;7;8;9;12;13;18) possuem os aspecto bom, um setor (14) ruim e em oito setores (1;2;10;11;15;16;17;19) registra-se a ausência de fornecimento. Salienta-se a importância do

aspecto água de forma eficaz em especial no setor 14, no qual são processados, manipulados e esterilizados os materiais para uso comum de todo o Hospital.

O quesito pisos e paredes, foi analisado como muito bom em oito setores (1;2;3;4;5;6;12;13), bom em quatro setores (9;10;11;19), regular em seis setores (7;8;14;15;17;18) e regular apenas em um setor (16). Já a pintura é vista como muito bom em oito setores (1;2;3;4;5;6;12;13), regular em 10 setores (7;8;9;10;11;14;15;17;18;19) e ruim em um setor (16).

Quanto à mobília e equipamentos, os setores apresentaram resultados semelhantes, oito setores (1;2;3;4;5;6;12;13) destacam-se com muito bom, sete (7;8;9;10;11;17;18) como bom, dois (15;17) como regular, dois (9;16) como regular, um setor (19) não apresentou os aspectos e um (14) dos 19 setores exibiu conceitos bom para equipamentos e ruim para mobília.

O aspecto materiais, foi averiguado como muito bom em oito departamentos (1;2;3;4;5;6;12;13), bom em nove (7;8;9;10;11;14;15;16;17), ausente em um (19) e regular em um (18). A observação das portas e janelas resultou em oito setores como muito bom (1;2;3;4;5;6;12;13), três setores (7;8;19) como bom, (9;10;11;14;15;17;18) como regular e um setor (16) como ruim.

O elemento sinalização, foi avaliado como muito bom em 11 departamentos (1;2;3;4;5;6;12;13;17;18;19), bom em cinco departamentos (7;8;9;10;11), regular em dois (15;16) e ruim em um departamento (14). O último aspecto analisado, a limpeza dos setores foi identificada como muito bom em oito setores (1;2;3;4;5;6;12;13), bom em sete setores (7;8;10;15;16;17;19) e regular em quatro setores (9;11;14;18). Destaca-se que os setores que apresentaram avaliações muito bom e bom são ambientes que foram reestruturados/reformados, há pouco tempo.

Ao avaliar os escores dos aspectos/variáveis, apresentados pelos setores, da unidade em análise, considera-se que a mesma dispõe de estrutura física com condições gerais muito boas e adequadas ao desenvolvimento dos serviços de saúde à que se propõe.

#### **4.2 Dados e resultados das entrevistas semiestruturadas**

Os dados qualitativos resultados da entrevista semiestruturada, foram obtidos mediante entrevista com 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde: seis da cidade

Chuí/Brasil e seis da cidade *Chuy/Uruguay*. A finalidade desta, foi conhecer as estruturas organizacionais onde são ofertados os serviços de saúde na região fronteira de Chuí/*Chuy*, avaliar os avanços alcançados e aferir a qualidade dos serviços e verificar como se inter-relacionam, interagem e integram na gestão dos serviços e, também, conhecer o desempenho laboral dos profissionais de saúde.

As entrevistas foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2019, sendo utilizado um instrumento norteador elaborado, especificamente, para essa finalidade, composto por nove questões fechadas e onze questões abertas.

As questões fechadas permitiram o levantamento de dados referentes ao perfil sociodemográfico em relação aos aspectos: sexo, idade, situação conjugal, cor ou raça, escolaridade, curso de graduação, cargo que ocupa, tempo que ocupa esse cargo, cargos anteriores.

As questões abertas proporcionaram capturar entendimentos, visões, conhecimentos, inquietações, desafios, facilidades, fragilidades, dificuldades e conflitos de interesses entre os serviços oferecidos. Além disso, verificar novas possibilidades advindas dos participantes de estudo, possibilitando uma visão ampliada e mais aprofundada do processo dinâmico de interação e inter-relação estabelecidos ou possíveis de serem desencadeados pelos elementos constituintes do ecossistema em estudo.

Os dados foram organizados em seis quadros, formados pelas unidades de registro, subcategorias e categorias intitulados da seguinte forma:

Quadro 07: Perfil sociodemográfico e funcional dos participantes de estudo; Quadro 08: Oferta gratuita de assistência em saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Quadro 09: Estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Quadro 10: Integração e interação internacional regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Quadro 11: Dificuldades e benefícios das relações bilaterais dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Quadro 12: Conhecimento acerca dos acordos bilaterais e reuniões entre os gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

**Quadro 07** : Perfil sociodemográfico e funcional dos participantes de estudo. Rio Grande, RS, 2019.

ID	Gênero	Idade	Situação conjugal	Cor ou Raça	Escolaridade	Tempo	Ocupou outro cargo? Qual?
R1	F	26	Solteira	Branca	3ºgrau – Bacharelado em Enfermagem	<1ano 3meses	Não
BR2	F	49	Separada	Branca	2ºgrau	>3anos	Supervisora de compras Secretaria de Educação
BR3	M	30	Solteiro	Branco	2ºgrau – Cursando Gestão Hospitalar	>1ano	Sim, o mesmo cargo com intervalo de tempo como concurado na Educação.
BR4	F	26	Solteira	Branca	3ºgrau – Farmácia Especialização em análises clínicas	<1ano 3meses	Não
BR5	F	37	União estável	Branca	2ºgrau	>1ano	Coordenadora Municipal de Saúde
BR6	F	36	Casada	Branca	3ºgrau – Bacharelado Enfermagem	>1ano	Não
UY1	F	58	Separada	Branca	3ºgrau – Medicina	>3anos	Outros cargos de gerência.
UY2	F	46	Solteira	Branca	2ºgrau – Auxiliar de enfermagem vacinadora	>5anos	Sim. Auxiliar de enfermagem
UY3	F	42	Solteira	Branca	2ºgrau – Auxiliar Farmácia Hospitalar-	>10anos	Sim. Auxiliar de Farmácia hospitalar
UY4	F	43	Solteira	Branca	3ºGrau – Licenciatura Enfermagem	>1ano	Sim. Auxiliar de enfermagem
UY5	F	42	Casada	Parda	2ºgrau – Auxiliar de Enfermagem	>10anos 18anos	Não
UY6	F	55	Separada	Branca	2ºgrau	>10anos	Não

**Fonte:** Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

Em alusão ao perfil sociodemográfico e funcional dos participantes do estudo, a idade que prevalece é a faixa etária entre 26 e 58 anos. Em relação ao sexo dos 12 participantes do

estudo 11 são mulheres e (um) homem. Quanto a situação conjugal, (seis) afirmam serem solteiros, (dois) casados, (três) separados e (um) união estável. Questionados sobre a cor ou raça, 11 participantes autodeclararam-se brancos e (um) pardo. Ao que tange à escolaridade, (seis) participantes relatam ter concluído o 2º grau, (um) assegura estar cursando o 3º grau, (cinco) possuem 3º grau completo e (um) curso de especialização. O tempo de atuação no cargo variou de (três) meses a 18 anos, sendo que (cinco) dos participantes nunca ocuparam outro cargo, (sete) já ocuparam outras funções, destes (três) ocuparam outros cargos na área da saúde, mas nenhum cargo gerencial.

Portanto, o perfil dos gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/*Chuy*, se caracteriza por mulheres brancas, solteiras na faixa etária de 26 a 58 anos, com escolaridade compatível com o 2º grau, com tempo de atuação no cargo de (três ) meses a (três) anos, que já ocuparam algum outro cargo antes.

**Quadro 08 :** Oferta gratuita de assistência em saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.

**Legenda:**

-  Ações/serviços de saúde ofertadas
-  Exigências para acessar os serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/*Chuy* por brasileiros e uruguaios
-  Situações que permitem o livre acesso aos serviços de saúde

Participante	Que ações/serviços públicos de saúde são oferecidos à população nesse local? Esses serviços podem ser utilizados tanto por usuários brasileiros como por usuários uruguaios?
BR1	[...] consulta de enfermagem e médica [...], CP (citopatológico uterino), consulta clínica hipertensos e diabéticos, os crônicos. Pré-natal e puericultura são atendimentos esporádicos. [...] esporadicamente realizamos alguma campanha de vacina, mas de maneira pontual [...]. Nos acompanhamentos de puericultura precisamos referenciar para realizar as vacinas no Posto Central, tudo é encaminhado [...]. [...] É só ter o CPF [...] é feito no Brasil, os uruguaios tem livre acesso aqui (Brasil), nós não temos nada lá (Uruguai). [...] Eles só vão no correio e tiram o CPF, e com o CPF, eles levam um comprovante de residência que não precisa estar no nome deles.

BR2	<p>[...] consultas médicas, exames, laboratório[...], atendimento pediátrico, clínico geral, obstétrico, ginecológico, fisioterapia, psicologia, farmácia [...] odontologia, enfermagem 24 horas, curativo, vacinas e a farmácia. [...] em caso de urgência e emergência os pacientes são transportados em ambulância para o hospital de Santa Vitória[...]. [...] começamos a pedir comprovante de endereço, então não importa se você é chileno, americano, uruguaio, paraguaio, desde que você prove que mora aqui no Chuí é atendido, não nos casos de emergência que é livre acesso. Se você precisa de uma consulta para clínico geral, não tem problema, você pode ser de qualquer nacionalidade, não vai retirar medicação gratuita, não vai ter direito aos exames, mas o primeiro atendimento sim, não precisa tá morrendo pra gente atender [...].</p>
BR3	<p>[...] vacina, atendimento na rua. [...] Temos plantão de enfermagem, motorista e ambulância 24 horas[...]. Temos todos os testes rápido, odontologia, ginecologia, pediatria, clínicos, especialistas, farmácia, psicólogo, fisioterapia, [...]. [...] a nossa lei (Brasil) diz que toda a pessoa tem direito. A gente atende todo mundo que vem, o primeiro atendimento é dado. O segundo atendimento que seria assim [...] todo uruguaio que está deste lado, que comprove o domicílio, tem acesso a qualquer um dos serviços[...]. Agora, toda pessoa, uruguaio principalmente, vem aqui, está no centro vem aqui, chega e tem o atendimento de enfermagem, mesmo não tendo o cartão do SUS [...].</p>
BR4	<p>Dispensação de medicamentos, aferição de pressão e de glicemia, algum atendimento de emergência, alguma coisa rápida que não tenha gravidade, se for grave levam para Santa Vitória. Atendimento médico [...], ginecologia, pediatria, fisioterapia, odontologia e psicologia também. [...] tem uma demanda grande de uruguaios. A gente sempre tenta fornecer medicação somente para os uruguaios que tenham alguma identidade brasileira e o cartão do SUS. Se for uruguaio de Montevidéu, por exemplo, ele não tem direito a pegar a medicação. Somente os daqui do Chuí que moram realmente no lado brasileiro, mas é difícil de saber se é verdade mesmo.</p>
BR5	<p>Toda a atenção primária, inclusive primeiros socorros. [...] setores de administração, compras, regulação e, ainda a Farmácia Municipal, Serviços de Laboratório[...]. Além disso, temos os serviços de saúde de uma UBS, como: atendimento médico em clínica geral, ginecologia, obstetrícia, psicologia, odontologia, fisioterapia, pediatria e ultrassonografia [...]. Para os dois, o uruguaio que tem residência aqui no Brasil é atendido como brasileiro, não tem diferença nenhuma e, o brasileiro que reside no Uruguai também tem o mesmo atendimento do brasileiro que reside aqui (Brasil), não tem distinção nenhuma, atendimento normal. Nos casos de urgência e emergência atendemos todos os pacientes.</p>
BR6	<p>[...] curativo, vacinas, injetáveis, os procedimentos de enfermagem, coleta de citopatológico, controle de pressão, glicose, atendimento médico. farmácia municipal, laboratório, odontologia, fisioterapia e psicologia [...]. E, além disso, o serviço de urgência e emergência, porque não temos o serviço de SAMU no município. [...] por exemplo, se chega um uruguaio a gente dá o primeiro atendimento, têm muitos uruguaios que conseguem tirar o CPF e fazer o cartão do SUS e, eles têm todo o atendimento. Se não tem o cartão do SUS, a gente dá igual o primeiro atendimento. Vacinas agora mesmo a gente está com o problema da vacina da febre amarela e, a gente está vacinando direto os uruguaios que vão entrar no Brasil. Eles vem de Maldonado, vem de Rocha, vem de todo o Uruguai fazer vacina aqui[...].</p>
UY1	<p>Na atenção primária temos os serviços de enfermagem: controle dos crônicos, curativos e injeções; clínica geral, obstetrícia, pediatria, laboratório, ginecologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, odontologia, ecografia, neurologia, dermatologia, cardiologia e o diabetologia, que não existe no Brasil. Serviço de farmácia[...]. Na parte hospitalar temos serviço de urgência e emergências, obstetrícia com assistência ao parto, pequenas cirurgias, serviço de copa e nutrição e serviço de transporte em ambulância comum e especializada. Para os usuários uruguaios funciona normalmente. Já os brasileiros deverão tirar um carnê ASSE para consultarem aqui (<i>Hospital Chuy</i>). O sistema de saúde no Uruguai é administrado por</p>

	uma Administração do Estado, somente a alta complexidade é administrada por um fundo especializado. O carnê dá direito aos brasileiros a todos os serviços administrados pelo ASSE. Nos casos de emergência todos são atendidos.
UY2	Somente vacinas. A vacinação é um serviço público para toda população. Um serviço gratuito e público [...] é de acesso a toda a população, mesmo que sejam de outra nacionalidade. Principalmente aqui, pois vejo que é lugar com muitos imigrantes, venezuelanos, africanos, cubanos e, para entrar para o Uruguai e fazer a documentação tem que estar com as vacinas em dia é uma medida de bloqueio sanitário do estado.
UY3	[...] dispensação da medicação prescrita na receita, orientamos o paciente de como deve usar a medicação, [...] fazendo um plano de cuidado, não a prescrição[...]. Aqui no hospital, temos a Atenção Primária com serviços médicos clínica geral básicos e o segundo nível o hospital, com atendimento as urgências, cirurgias, partos e cuidados de enfermagem em geral [...] . Brasileiro tem que ter residência no Uruguai, se não residir, não. [...] todo estrangeiro que reside no Uruguai tem o direito de ser atendido no hospital do Chuy. Tem que levar os documentos, comprovante de endereço e de renda, faz como se fosse um cartão SUS, [...] sendo atendido na rede pública em qualquer lugar do Uruguai. Fica afiliado automaticamente a todo Uruguai no sistema ASSE, é uma filiação nacional.
UY4	Temos serviço de urgência e emergência, serviço obstétrico com assistência ao parto, realização de cirurgias e atendimento de enfermagem. Se eles têm [...] o comprovante de residência e documento sim. Nas urgências não precisa nada, todos são atendidos, vai tudo, tem cubano, venezuelano.
UY5	Cuidados de enfermagem em geral, controlar os pacientes crônicos, controle de pressão, glicemia, curativo, entrega de contraceptivos, estatísticas epidemiológicas. [...] tenho que ter a ordem do médico, na realidade se trabalha com brasileiros, mas esses brasileiros tem que estar ingressados no sistema do Uruguai, ou seja, tem que ter o cartão do ASSE como cartão do SUS no Brasil[...]. Existe vezes, que tem pessoas que vem e não tem ingresso no sistema e a gente fala com o médico e atende, não vai deixar atirado, o que podemos fizemos, mas o que lhe complica é que depois ele não consegue pegar a medicação, fazer exames. Mas todos os uruguaios que moram no Brasil que têm a declaração de residência e procuram nós atendemos[...]. Aqui só se atendem os usuários do ASSE.
UY6	[...]vacinas, controle de crônicos, pressão, hemoglicoteste, curativos, injeções, atendimento médico em clínica geral. Depois temos farmácia, esterilização, laboratório, copa, lavanderia e Raio-X que atendem a todo o hospital. Temos serviços de pediatria, ginecologia, neurologia, dermatologia, bloco cirúrgico, psiquiatria, psicologia, odontologia, ecografia, cardiologia. diabetologia, [...] e os serviços hospitalares como internação, assistência médica e de enfermagem, parto, cirurgias e, em especial, serviço de urgência. Esses serviços são apenas para cidadãos uruguaios ou estrangeiros que vivam legalmente aqui, tenham declaração de residência e filiação no ASSE. Os que não tem, não tem direito. [...] na emergência, eles podem receber o primeiro atendimento, mas não terão continuidade no acompanhamento, nem podem ser transferidos para Rocha ou Montevideú. Se forem brasileiros o nosso plantão liga para o posto de saúde do lado brasileiro vir levar o paciente.

**Fonte:** Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

As ações de saúde ofertadas nos municípios Chuí/Chuy, na ótica dos participantes do estudo, grande parte estão centradas nas ações de enfermagem (BR1;BR2;BR3;BR4;BR6; UY1;UY2;UY3;UY4;UY5;UY6), como curativos (BR2;BR6;UY1), vacinas (BR2;BR3; UY2), aferição de pressão e glicemia (BR4;BR6;UY5), administração de injetáveis (BR6;UY1; UY5) e atendimento/cuidados de enfermagem (UY3;UY4;UY5).

O atendimento médico, ou seja, a consulta médica encontra-se presente nas falas de (seis) (BR1;BR4;BR5;BR6,UY1;UY5) dos 12 partícipes. Seguido por ações de assistência ao parto e cirurgias (UY1;UY3;UY4) e, dispensação de medicamentos (BR4;UY3). Observa-se predominância da atuação dos profissionais médicos e de enfermagem nos serviços prestados e analisados.

Quando questionados a respeito do direito ao acesso aos serviços públicos de saúde, tanto por brasileiros quanto por uruguaios, (cinco) dos participantes brasileiros (BR1; BR3; BR4; BR5; BR6) afirmam que os usuários uruguaios e brasileiros com documentação brasileira e comprovante de residência podem utilizar os serviços oferecidos. Já (um) dos participantes brasileiros (BR2) apesar de mencionar que não possuem acesso, corrobora com os demais ao alegar que para serem atendidos os usuários independente da nacionalidade deverão portar comprovante de residência.

Dentre os participantes uruguaios (cinco) (UY1; UY2; UY3; UY4; UY5) relatam que todos os usuários com documentação uruguaia e de filiação ao sistema de administração dos serviços públicos do Uruguai tem direito ao acesso.

As situações que permitem o livre acesso aos serviços de saúde, independente da nacionalidade e documentação, são apontadas como casos de urgência e emergência por (cinco) entrevistados (BR2;BR5;UY1;UY4;UY6). Já o discurso de (quatro) dos partícipes (BR2; BR3; BR6; UY5) asseguram o acesso ao primeiro atendimento, independente do país de residência.

Destaca-se que os serviços de imunização são alicerçados na universalidade do acesso, o que permite o livre acesso por nacionais e estrangeiros, sem nenhuma exigência para acesso (BR6; UY2).

**Quadro 09:** Estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay. Rio Grande, RS, 2019.

**Legenda:**

-  Funcionamento dos serviços públicos de saúde
-  Elementos bióticos dos serviços públicos de saúde

Participante	Esclareça com suas palavras, como esses serviços funcionam na prática nas cidades Chuí/Chuy: Quantos profissionais atuam aqui? Quais?
BR1	A UBS funciona de segunda a sexta-feira manhã e tarde, oito horas por dia. Aqui são quatro agentes comunitários de saúde, uma técnica em enfermagem, um médico, uma enfermeira, uma recepcionista/secretária, uma higienizadora e uma coordenadora da limpeza do posto,

	Cargo de Confiança -CC, precisa cortar grama ela chama, precisa de um reparo ela providencia.
BR2	Toda quarta-feira tem um laboratório de Santa Vitória que vem aqui (Posto Central), colhe material e leva, e temos um laboratório aqui (Chuí), no qual o paciente vai até lá [...]. A odontologia atende de segunda a sexta manhã e tarde [...]. Atendimento de enfermagem 24 hora em regime de plantão. [...], elas (enfermeiras e técnicas) atendem caso não haja necessidade de médico, avaliam e marcam consulta [...], em caso de urgência e emergência levam o paciente na ambulância para o hospital de Santa Vitória, temos ambulância e motorista 24 horas, também com escala 12 horas cada. A fisioterapia funciona de segunda a sexta pela manhã, já a psicóloga quatro dias da semana manhã e tarde. Na segunda-feira pela manhã temos um uma médica pediatra e uma ginecologista, na tarde um clínico geral e na noite outro clínico geral. Na terça pela manhã um pediatra, a tarde um obstetra e a noite uma clínica geral. Na quarta pela manhã um clínico geral, na tarde um pediatra e a noite uma clínica geral, na primeira e na segunda quarta do mês temos ainda uma ginecologista que atende em um turno [...]. Na quinta pela manhã temos um clínico geral, a tarde uma pediatra e a noite uma ginecologista. Na sexta temos um clínico pela manhã, um a tarde e dois a noite. Na parte da recepção quatro pessoas trabalham ali, duas de manhã e duas a tarde. Na parte da enfermagem temos uma enfermeira e duas técnicas por turno[...]. Duas higienizadoras, Uma farmacêutica e uma atendente de farmácia. [...] no administrativo são seis. Dois dentistas, dois fisioterapeutas, uma psicóloga [...], seis clínicos gerais, duas ginecologistas, quatro pediatras, um obstetra. Temos ainda, a vigilância epidemiológica que é coordenada pela enfermeira chefe e responsável e uma das técnicas dela.
BR3	É um pronto atendimento, [...], funciona 24 horas por dia todos os dias. Temos plantão de enfermagem, motorista e ambulância 24 horas. [...] temos um contrato de fornecimento da maioria dos serviços médicos e especialistas pela cooperativa da UNIMED (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas)[...]. Sete enfermeiras, cinco técnicas (de enfermagem), cinco motoristas, 13 médicos, três higienizadoras, sete pessoas no administrativo, dois auxiliares de serviços gerais, uma auxiliar de farmácia, uma farmacêutica, quatro recepcionistas e dois zeladores, 49 profissionais.
BR4	[...] alguma coisa rápida que não tenha gravidade, se for grave levam para Santa Vitória. Atendimento de enfermagem 24 horas de segunda a segunda, médico de segunda a sexta, manhã e tarde, as outras especialidades tem um dia específico. Na farmácia são dois, uma farmacêutica e uma auxiliar de farmácia.
BR5	[...] temos dois laboratórios, um que vem e coleta aqui dentro do Posto e o outro que os pacientes são encaminhados para realização da coleta de exames. O atendimento médico funciona em uma escala de segunda a sexta-feira manhã, tarde e noite. A psicóloga, a odontologia e a fisioterapia trabalham manhã e tarde de segunda a sexta. Os serviços de enfermagem e emergência funcionam 24 horas por dia de segunda a segunda, exceto o setor de vacinas que é de segunda a sexta[...]. Temos em média oito enfermeiras e cinco técnicos em enfermagem. No administrativo, temos a secretária de saúde, um coordenador, um diretor e um supervisor de saúde, além de quatro atendentes da recepção, um atendente de farmácia, uma farmacêutica, uma psicóloga, dois fisioterapeutas, dois dentistas[...], quatro agentes administrativos, três higienizadoras e cinco motoristas e, em torno de 13 médicos contratados via UNIMED (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas).
BR6	Funciona 24 horas, atendemos qualquer acidente e emergência, se for brasileiro levamos para Santa Vitória, se for uruguaio atravessamos a fronteira e levamos para o Hospital do <i>Chuy</i> , temos ambulância básica. [...] temos um laboratório que vem coletar as amostras aqui dentro da unidade e outro que encaminhamos o paciente. Dentista, fisioterapeuta e psicóloga manhã e tarde. Atendimento médico de segunda a sexta-feira manhã e tarde, com um clínico geral por turno. Sábado e domingo funciona apenas como plantão da enfermagem. Os profissionais são 13 médicos, sete enfermeiros, oito técnicos em

	enfermagem, nove funcionários entre administração e recepção, duas higienizadoras, cinco motoristas, uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia e dois zeladores.
UY1	O hospital do <i>Chuy</i> é composto pelo setor de atenção primária com atendimento de segunda a sábado pela manhã, e o setor hospitalar com funcionamento 24 horas. O serviço laboratorial, no prédio ao lado. Na parte hospitalar tem uma sala de parto, uma sala de bloco cirúrgico, serviço de copa e nutrição, enfermarias de internação com 17 leitos, sala de observação, sala de reanimação e emergências, dormitórios médicos, esterilização, sala de procedimentos de enfermagem, duas ambulâncias básicas e uma especializada. Alguns serviços são oferecidos por meio de convênio a mutualista COMERO (cooperativa privada de serviços médicos). [...] seis parteiras, quatro enfermeiras (uma na APS), 20 auxiliares de enfermagem (seis na APS), dez médicos clínico geral, dois ginecologistas, dois anestesistas, dez agentes administrativos, seis motoristas, sete higienizadoras, cinco cozinheiras, dois auxiliares de enfermagem na esterilização.
UY2	[...] o serviço de vacinas é administrado por um departamento específico, as vacinas vêm, uma vez por semana, do laboratório central de Montevidéu Calmet em caixas térmicas juntamente com uma vacinadora, qual pertence ao Setor de luta contra tuberculose que atua nos postos do ASSE.
UY3	A farmácia abastece todo o hospital, ou seja, sala de internação, [...] emergência, box de reanimação, ambulâncias. Ambulâncias, temos uma especializada e duas com suporte básico, mas as vezes essas básicas, frente a uma necessidade, são convertidas em especializada. O hospital se divide em Atenção Primária com os consultórios e o nível hospitalar, com um bloco cirúrgico, uma sala de parto, 17 leitos de internação geral e quatro leitos obstétrico. [...] O bloco funciona para cirurgia geral somente nas segundas, com a realização de pequenas cirurgias, realizadas por uma das cirurgias que vêm de Montevidéu e, dois anestesistas aqui do Chuy[...]. Na farmácia trabalham seis auxiliares de farmácia hospitalar e um farmacêutico que vem de Montevidéu duas vezes por semana[...].
UY4	A urgência e emergência funciona 24 horas. O bloco funciona somente na segunda, com cirurgias gerais agendadas, já a parte obstétrica e ginecológica pode ser feitas em outros dias [...]. Por turno, em média, temos uma licenciada (enfermeira), duas auxiliares de enfermagem na enfermaria, duas na emergência, três médicos na porta (urgência e emergência), uma na admissão, uma higienizadora, uma nutricionista na copa, duas cozinheiras, duas profissionais na lavanderia, duas auxiliares de enfermagem na esterilização.
UY5	Atendemos de segunda a sexta-feira manhã e tarde com atendimento de enfermagem. Os médicos atendem um dia na semana cada meio turno. Se preciso de algo me dirijo ao Hospital do <i>Chuy</i> , mas somos coordenados pelo município e a RAP (Rede de Atenção Primária) de Rocha. Temos dois médicos, duas auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras licenciadas, mas não trabalham aqui, são as que nos mandam, uma de Rocha e outra de Lascano. Temos uma higienizadora do município que limpa o refeitório comunitário e social.
UY6	O hospital é dividido em duas partes, os serviços de atenção primária e o serviço de urgência e emergência na área hospitalar. Temos um convênio com uma mutualista COMERO (cooperativa de serviços médicos) que fornece alguns serviços. O Raio X está aguardando conserto, por enquanto estamos realizando os exames na COMERO. Temos maternidade com uma sala de parto e quatro leitos e bloco cirúrgico. Na urgência e emergência, a reanimação, enfermaria suja e limpa, os leitos de observação e internação. No pátio nós temos três ambulâncias.

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

As entrevistas permitiram vislumbrar de modo simplificado o funcionamento dos serviços de saúde e seus respectivos elementos bióticos nas cidades Chuí/Brasil e

*Chuy*/Uruguay. Optou-se pela caracterização funcional dos serviços de saúde de forma generalizada, afim de preservar o anonimato dos participantes, uma vez que ao correlacionar a instituição com o entrevistado, sua identidade poderia ser desvendada.

Na cidade brasileira Chuí os serviços públicos de saúde são ofertados à população em duas instituições com estrutura organizacional de UBS, sendo uma UBS com ESF e uma UBS com serviço de urgência e emergência. A UBS com ESF funciona de segunda-feira à sexta-feira com carga horária diária de oito horas, em dois turnos de atendimento manhã e tarde. Os elementos bióticos mencionados são: quatro agentes comunitários de saúde, uma técnica em enfermagem, um médico, uma enfermeira, uma auxiliar administrativa, uma higienizadora e uma coordenadora de serviços gerais.

A segunda instituição, UBS com serviço de urgência e emergência, funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, com atendimento de enfermagem, clínica geral e em urgência e emergência, dispo de ambulância com suporte básico de vida para eventuais deslocamento. Dispõe ainda, serviços odontológicos, laboratoriais, fisioterápicos, psicológicos, farmacêuticos e administrativos de segunda-feira à sexta-feira com carga horária diária aproximada de 10 horas, distribuídas em três turnos de atendimento, manhã, tarde e noite.

Nessa instituição são identificados os seguintes elementos bióticos: um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, dois fisioterapeutas, dois odontólogos, uma psicóloga, dois auxiliares de serviços gerais, dois zeladores, sete enfermeiras, cinco técnicas (de enfermagem), quatro recepcionistas, três higienizadoras, sete agentes administrativos e uma média de 12 médicos, este último elemento cinge as especialidades: clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Salienta-se que os serviços médicos são terceirizados por uma cooperativa médica privada.

Na cidade uruguaia *Chuy* as ações são oferecidas em duas instituições de saúde, sendo que uma apresenta estrutura organizacional e funcional semelhante a UBS no Brasil, já a outra possui configuração hospitalar. A instituição análoga a UBS presta ações de enfermagem de segunda-feira à sexta-feira, nos turnos manhã e tarde, totalizando oito horas diárias. Já os serviços médicos em clínica geral são disponibilizados em dois turnos por semana. Seus elementos bióticos abarcam duas auxiliares de enfermagem, dois médicos e uma higienizadora. Ressalta-se que os serviços são coordenados por duas enfermeiras, as quais não atuam no local, exercendo suas respectivas funções à distância.

A instituição hospitalar é composta por dois seguimentos, unidades internas com operacionalização de ações de saúde em níveis diferentes de atenção: USAPS e UH – SUE. A

USAPS funciona de segunda-feira à sexta-feira oito horas por dia em dois turnos, manhã e tarde e aos sábados o atendimento é realizado apenas quatro horas no período da manhã. A unidade dispõe de serviço laboratorial, assistência de enfermagem, administração de medicamentos, curativos, aferição de pressão arterial e glicemia, puericultura e obstetrícia. Conta ainda, com serviço de vacinação, o qual é ofertado apenas uma vez por semana. Os elementos bióticos citados nos discursos dos participantes são: uma enfermeira e sete auxiliares de enfermagem, sendo uma delas vacinadora.

A UH – SUE funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, efetuando internação clínica, assistência ao parto, pequenas cirurgias, serviços laboratoriais, serviços de urgência e emergência, procedimentos clínicos e de enfermagem, transporte em ambulância básica e especializada, esterilização e distribuição de material para todas as instituições públicas de saúde do município do *Chuy*. Enfatiza-se que os serviços médicos especializados e alguns exames como Raio-X são disponibilizados por meio de convênio com cooperativa de serviços médicos. Os serviços farmacêuticos prestam suporte a toda instituição, 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Os componentes bióticos presentes nas falas dos entrevistados são: três enfermeiras, seis parteiras, 16 auxiliares de enfermagem, dois anestesistas, 10 médicos clínicos gerais, 10 agentes administrativos, dois ginecologistas, seis motoristas, cinco cozinheiras, sete higienizadoras, seis auxiliares de farmácia hospitalar e um farmacêutico.

Percebe-se com maior ocorrência de citação: higienizadora (BR1;BR2;BR3;BR5;BR6;UY1;UY4;UY5), médico (BR1;BR2;BR3;BR5;BR6;UY1;UY4;UY5), enfermeira (BR1;BR2;BR3;BR4;BR6;UY1;UY4;UY5), atendente/auxiliar de farmácia (BR2;BR3;BR4;BR5;BR6;UY3), farmacêutica(o) (BR2;BR3;BR4;BR5;BR6;UY3), auxiliares de enfermagem (UY1;UY4;UY5), técnica(o) em enfermagem (BR1;BR2;BR3;BR5;BR6), recepcionista (BR1;BR2;BR3;BR5; BR6), administrativo (BR2;BR3;BR5;BR6;UY1). Outros elementos foram citados, no entanto, com menor notoriedade/ocorrência.

Destaca-se que ambas as cidades em estudo possuem algum tipo de terceirização de serviços de saúde, caracterizando a participação privada de cooperativas no âmbito dos serviços públicos de saúde, a qual no Brasil encontra-se prevista na legislação regulamentadora do SUS.

**Quadro 10 :** Integração e interação internacional regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.

**Legenda:**

- Interação e relacionamento entre os serviços de saúde;
- Formas de interação e relacionamento entre os serviços de saúde;
- Conflitos de interesse.

Participante	Que relações existem no serviço público de saúde entre as cidades Chuí/ <i>Chuy</i> ? Diga com suas palavras, como ocorrem essas relações? Existe conflito de interesses entre os serviços públicos de saúde das cidades Chuí/ <i>Chuy</i> ? Quais? Como são resolvidos?
BR1	[...] nunca tive relação com o outro lado [...] até agora não tive contato. Conflito não. [...].
BR2	[...] as nossas relações são somente quando eles (funcionários do Hospital do <i>Chuy</i> ) ligam para buscarmos algum paciente brasileiro que esteja lá. [...]. Apenas para buscar os pacientes. A ambulância (vinculada a cooperativa médica COMERO) é a prova viva [...] que existe conflito de interesses, de favorecimento financeiro deles. Não existe resolução, ou a gente paga, ou não retira o paciente da COMERO e do hospital tem que ir buscar.
BR3	[...] O Uruguai tem um hospital e duas ou três mutualistas, que são clínicas particulares [...]. A gestão fez uma licitação para seus departamentos, dentro do departamento de Rocha, ao qual pertence o <i>Chuy/Uruguay</i> , ganhou a licitação a COMERO. [...] Como Chuí/ <i>Chuy</i> não têm território [...] a COMERO atende nos dois países, sendo que se necessário leva para sua estrutura física do lado uruguaio. Brasileiro, dentro da COMERO, para ser liberado para o transporte até Santa Vitória (município de referência para o Chuí), exigem ambulância especializada, cinco mil e duzentos reais até Santa Vitória, eles querem dinheiro [...]. Começamos a estreitar um pouco os laços com a diretora e subdiretora do Hospital do <i>Chuy</i> . [...] existem algumas relações, [...]. As relações que nós temos são apenas para buscar um paciente brasileiro, ou quando não se tem recurso para atender um uruguaio encaminhamos para lá, [...] uma relação de comunicação por telefone. [...] A ambulância da COMERO vem fazer atendimento particular aqui do lado brasileiro, mas a nossa SAMU não pode entrar lá ( <i>Chuy/Uruguay</i> ) para buscar um paciente. Se eu for falar do hospital mais especificamente, existe conflito[...].
BR4	Sem resposta coerente.
BR5	[...] em casos isolados o paciente é levado para lá (lado uruguaio) urgência e emergência [...]. Quando o paciente brasileiro entra dentro do serviço público uruguaio o hospital liga e, nos solicita a transferência do paciente para nossa referência que é Santa Vitória, só que eles não liberam esse paciente na nossa ambulância que é tipo A, não temos uma ambulância especializada[...]acabamos tendo que nos comprometer em pagar esse serviço de transporte do paciente, porque na verdade tem que levar, não tem escolha[...]. A COMERO que tem uma concessão para realizar os serviços de urgência e emergência pública e transporte especializado, pega esse paciente dentro do hospital e faz o transporte até o hospital no Brasil. [...] Estamos em conversações para ver se em municípios de fronteira, como nosso, a SAMU entraria, pois é especializada e é uma linha imaginária que divide os dois países[...]. Estamos buscando (estratégias), que em municípios de fronteira como o nosso, os acordos possam ser mudados ou esclarecidos, possibilitando que a SAMU possa entrar e buscar os pacientes, porque é um direito nosso como cidadão brasileiro. Eu acredito que conflito (de interesse) não [...]. Na verdade, só se têm contato com a urgência e emergência [...]. O que nós utilizamos seria mesmo o serviço de urgência e emergência nos casos extremos, de risco de morte, são casos esporádicos.

BR6	<p>[...] nos chamam para atender e perguntamos: “Brasileiro ou uruguaio?”, se é uruguaio atendemos e levamos para lá (Hospital do <i>Chuy</i>) [...]. Se é brasileiro avaliamos e se é muito grave levamos para lá (Hospital do <i>Chuy</i>), eles atendem, estabilizam e, caso precise ,eles mesmo levam para Santa Vitória, óbvio que cobram do nosso município por esse serviço, porque a nossa ambulância não é especializada. Em uma emergência nos ajudam bastante. As relações ocorrem principalmente na emergência, por algum tipo de meio de comunicação. Geralmente o contato telefônico e depois na entrega ou retirada do paciente de lá (Hospital do <i>Chuy</i>).</p> <p>[...] mas já aconteceu de um paciente brasileiro ir por conta própria para o Hospital do <i>Chuy</i>, o médico avaliou e disse que era um infarto. Eles nos ligaram para ir buscar o paciente e exigiram uma ambulância especializada, [...] a qual não temos. Frente a isso, o nosso gestor municipal de saúde alegou que não iria pagar, pois esse paciente não foi levado pela nossa equipe. Após meia hora, o pessoal do Hospital do <i>Chuy</i> retornou a ligar, autorizando o transporte na nossa ambulância mesmo. Então, as vezes, penso que existe alguma coisa financeira.</p>
UY1	<p>Temos pouca relação com o outro lado (Chuí/Brasil). Mas sempre que precisam de auxílio nos atendimentos de emergência trazem os pacientes para cá(Hospital do <i>Chuy</i>),onde são estabilizados, se são uruguaios ficam por aqui, se são brasileiros depois de estáveis são levados para o Brasil. [...] o pessoal daqui liga para o posto de saúde do lado brasileiro e eles vem buscar. As relações acontecem nos casos de emergência, acidentes graves de trânsito, geralmente por telefone. Não existem conflitos (de interesse).</p>
UY2	<p>[...] aqui (<i>Chuy/Uruguay</i>) somente com os usuários. A única relação que existe é com os usuários estrangeiros, no seu caso brasileiros no momento do atendimento. Não temos contato com os profissionais de saúde de lá (Brasil). Não existem (conflitos de interesse), não temos contato.</p>
UY3	<p>[...] (relações) a inter-relação entre o Hospital do <i>Chuy</i> e o Posto de Saúde acredito que só à nível da direção[...]. Quando tem um paciente brasileiro, elas ligam para o Brasil vir buscar e vice e versa. Se tem alguma relação é a nível da direção. Eu acho que não (conflito de interesse).</p>
UY4	<p>Convênio não. Conversamos, trazem alguém que atendem em via pública, nós ligamos para virem buscar algum brasileiro. Quando precisamos, ligamos e eles vêm ou nós vamos buscar. Nós na emergência não temos conflitos, se trazem algum paciente, eles ficam e nós ajudamos no atendimento.</p>
UY5	<p>[...]o Posto de Saúde (Brasil) não vem aqui, buscam no Hospital do <i>Chuy</i>[...]. Não temos comunicação com eles lá do outro lado [...]. Por não ter nenhum tipo de relação não temos conflitos.</p>
UY6	<p>Não temos relações com os serviços do lado de lá [...]. Não existem (conflitos de interesse).</p>

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

Quando questionados acerca das relações e interações estabelecidas entre os serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, observa-se algum tipo de relação nas falas de (sete) participantes do estudo(BR2; BR3; BR5; BR6; UY1; UY3; UY4). Ao explicarem a forma como são efetuadas, todos mencionam o contato telefônico, sendo que (quatro) (BR5;BR6;UY1;UY4) informam ainda, o contato direto nos casos de urgência e emergência. A existência de conflito de interesses oriundos das relações entre os serviços são expressas por (quatro) dos partícipes (BR2;BR3;BR5;BR6), os quais relatam insatisfação frente a cobrança pelo transporte do usuário ao seu país de residência. Sendo que, (dois) (BR3;BR5)

referem o impedimento, por parte da regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) brasileiro, por ser do tipo A e não com suporte avançado, impedem o ingresso do transporte SAMU deste serviço no país vizinho. Sendo que (BR3) refere não haver solução a não ser efetuar o pagamento do serviço de transporte terceirizado do país contíguo.

Já (cinco) dos gestores e/ou responsáveis (BR1;BR4;UY2;UY5;UY6) negam qualquer tipo de inter-relação em seus serviços, apenas com usuários de outras nacionalidades.

**Quadro 11:** Dificuldades e benefícios das relações bilaterais dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. Rio Grande, RS, 2019.

**Legenda**

- Dificuldades das relações bilaterais que contemplam a dimensão territorial
- Dificuldades organizacionais/administrativas
- Benefícios das relações bilaterais aos usuários
- Benefícios aos profissionais de saúde
- Possibilidades para o alcance de benefícios

Participante	Sob sua ótica e tendo em vista sua prática profissional de saúde na região da fronteira, existem dificuldades no cotidiano laboral em desenvolver ações/ serviços na região de fronteira? As relações bilaterais trazem benefícios para os profissionais e usuários? Quais?
BR1	[...] o nosso país é muito liberal, eu acho que isso também interfere, [...] sem fronteiras [...] O que peca um pouco é a dupla nacionalidade, dos uruguaios virem trabalhar e se consultar aqui, da falta de controle, e isso tira o lugar de outros(brasileiros) que realmente necessitam.[...] só para eles (usuários uruguaios), pois nós não temos.
BR2	Existem dificuldades, [...] a gente tem muita burocracia e demora muito. Isso é uma coisa que te deixa impotente, você quer fazer as coisas porque vê que as pessoas precisam [...]. Outra coisa aqui é como se fosse tudo uma coisa só [...]. Sem resposta coerente (benefícios).
BR3	As questões de deslocamento das ambulâncias entre os dois países, a falta de ajuda mútua [...], nós vamos até o outro lado, colocamos em carro oficial e entramos, a SAMU já não tem regulação para entrar, ainda estamos tentando. O grande problema é que não existe um marco, é uma avenida, uma linha imaginária, para nós (brasileiros) é tudo uma coisa só. Trazem benefícios, tanto de experiência na parte dos médicos, da enfermagem, psicólogos e os outros profissionais de saúde, experiência é tudo, experiência de trabalho, de estudo, experiência de vida, todas acredito que somam. As melhorias seriam a prestação de um serviço com melhor qualidade para a população, com a união [...].
BR4	[...] A dificuldade maior é por sermos uma Unidade Básica com assistência primária, não temos suporte para emergência, quando ocorre uma emergência temos que levar o paciente para Santa Vitória [...]. O fato de ajudar a população, ofertar um serviço melhor, tanto para o Uruguai como para o Brasil. Ao não existir essa divisão, sendo uma coisa só, seria muito mais fácil, poderíamos nos ajudar mutuamente. Seria bem melhor.
BR5	A dificuldade é que o Ministério da Saúde preconiza algumas ações e serviços, mas a nossa realidade é bem diferente. Neste momento, temos uma diversidade populacional compostos

	<p>por imigrantes e refugiados, que não estão mensuradas pelo censo. Além disso, o Chuí tem uma população flutuante de 30 mil habitantes no período de dezembro a março/abril, devido ao turismo. Então, procuramos adaptar nossas ações para atender a realidade e peculiaridade da região, sendo preocupante a questão das imunizações e das doenças endêmicas no país de origem dessas pessoas. Quanto aos boletins e relatórios das vacinas, temos muita dificuldade em atingir as metas. A criança nasce no Brasil, onde faz as primeiras vacinas, depois segue vacinando no Uruguai, não temos um controle. Isso acontece o inverso no caso da vacina da febre amarela, não sei se tem lá, mas temos uma grande demanda de uruguaios que vem se vacinar aqui, nossa cobertura é três vezes maior que a nossa população. É bem complicado, então a gente procura atender todo mundo, justamente para poder fazer a parte de prevenção[...]. Acredito que sim, se as políticas públicas de fronteira fossem diferenciadas na integração entre os sistemas, tanto de sistema de exames como medicação [...], facilitaria em termos de dados e do próprio cotidiano de atendimento das unidades. Com relação a urgência e emergência seria ótimo uma integração legal (jurídica), pois nossa referência está a 20km, sendo que o Hospital do <i>Chuy</i> fica a menos de um quilômetro, mas é outro país. São casos especiais, mas seria ótimo que essa integração fosse respaldada legalmente [...]. Tendo em vista o usuário, traria maior comodidade, segurança, dinâmica e o tempo seria diferente, o tempo é tudo, na saúde o tempo é primordial. Quantas complicações poderiam ser evitadas com a regularização de um acordo que atenda as urgência e emergência.</p>
BR6	<p>É diferente, pois tem brasileiro e uruguaio, acontece muito de uruguaio que trabalha no Brasil, consulta no Uruguai, mas o empregador do lado brasileiro não aceita o atestado uruguaio, eles vêm aqui pedir outro atestado. O que nos atrapalha um pouco a rotina, é a questão das vacinas que atrapalha as metas, pois nunca se consegue fechar certinho. As crianças nascem no Brasil fazem as primeiras vacinas e seguem se vacinando no Uruguai, não temos o acompanhamento, parece que não vacinamos, com exceção da febre amarela que dá 200%. Principalmente para os usuários, com a agilidade no atendimento [...]. Se existisse algo mais articulado entre os serviços dos dois países, seria melhor. Em especial, com relação a entrada da SAMU no lado de lá (Uruguai).</p>
UY1	<p>Já tivemos muitas dificuldades, agora nem tanto. Quando o Uruguai liberou a interrupção da gestação, o aborto, aqui ele pode ser feito até as 12 semanas de gestação. A paciente chega passa pela médica e assistência social e realiza o procedimento em até 48 horas após a consulta. Mas para isso tem que ser uruguaia ou comprovar que mora há mais de um ano no lado uruguaio. No início tivemos muita procura por pacientes estrangeiras. A liberação da maconha, com a venda e controle nas farmácias também gerou um tumulto, mas isso já passou. Outro diferencial da região é que temos muita diversidade de nacionalidades, muitos imigrantes, refugiados que vem tentar condições melhores de vida aqui na região. O suporte às emergências, beneficia os usuários.</p>
UY2	<p>Os idiomas dificultam bastante [...]. No nosso caso, a relação é com os usuários estrangeiros, o maior benefício seria a prevenção por meio da vacina, já que esta é pública e gratuita.</p>
UY3	<p>[...] A maior dificuldade que é uma linha imaginária, não tem fronteira, é uma cidade só, mas a gente trabalha separado. Principalmente para os usuários, pois aqui no lado uruguaio temos muito mais recursos[...].</p>
UY4	<p>Sem resposta coerente (dificuldades). Acredito que beneficie os usuários, observo uma grande demanda de brasileiros, em especial à noite aqui (Hospital do <i>Chuy</i>), pois no lado brasileiro nesse horário não tem médicos. Além de termos muito mais recursos[...].</p>
UY5	<p>[...] não existe uma fronteira marcada, delimitada [...]. Para prestar assistência a um brasileiro é necessário um polimento nas leis, pois se não estiver afiliado ao ASSE, você não poderá lhe dar um atendimento completo [...]. Temos brasileiros que tem o cartão ASSE e a declaração que moram no Uruguai e, uruguaios que moram no Brasil, mas que tem o ASSE, então se atendem dos dois lados. Sim, uma melhor assistência para os usuários. É um melhor desenvolvimento para nós profissionais, pois às vezes nós travamos como</p>

	profissional. Você tem um brasileiro que necessita de assistência, mas tens a ordem de que se não possuir declaração de residência ou cartão ASSE, não poderá ser atendido. Somente em caso de emergência, como ocorre no Hospital <i>Chuy</i> [...].
UY6	Sem resposta coerente (dificuldades). Os benefícios são para os usuários, em especial para usuários que vivem no Brasil, pois aqui eles tem a emergência com médico 24 horas e lá não.

**Fonte:** Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

Os dados demonstram que na concepção dos gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde participantes do estudo, as dificuldades laborais provem da fragilidade das estruturas organizacional e territorial. Dos 12 participantes 10 dos partícipes afirmaram algum tipo de dificuldade laborativa, sendo que (cinco) (BR2; BR4; BR5; BR6; UY5) narraram dificuldades administrativas/organizacionais, (nove) (BR1; BR2; BR3; BR5; BR6; UY1; UY2; UY3; UY5) relatam dificuldades atribuídas ao espaço territorial, devido as particularidades regionais das áreas de fronteira. Destaca-se que (dois) dos participantes (BR3; UY3) vinculam as dificuldades a precariedade nas relações de interação regional prejudicando a integração cooperativa em saúde entre os serviços e os próprios países envolvidos.

Apesar das atividades laborativas na região da fronteira das cidades Chuí e *Chuy* apresentarem algumas fragilidades, também produzem efeitos benéficos para usuários, profissionais de saúde e ajuda mútua, por meio do princípio da cooperação. No entendimento de 11partícipes (BR1; BR3; BR4; BR5; BR6; UY1; UY2; UY3; UY4; UY5; UY6) as relações bilaterais sejam elas estabelecidas entre esferas locais ou federais produzem efeitos benéficos para os usuários desse ecossistema, tais como segurança e dinâmica no atendimento das situações de urgência e emergências, integração entre os sistemas informativos, compartilhamento de experiências, por conseguinte, a melhoria da qualidade da assistência ofertada. Corroborando com essa afirmação dos participante de estudo, (BR3; UY5) relatam o benefícios aos profissionais envolvidos, como novos aprendizados, troca de experiências e satisfação com a resolutividade na assistência.

A integração cooperativa dos serviços de saúde aparece intrínseca nas falas de (quatro) entrevistados (BR3;BR4;BR5;BR6), os quais mencionam possibilidades para o alcance de benefícios por meio da ajuda mútua, possibilitando o fortalecimento de todos os serviços envolvidos e a garantia de assistência a toda população da região sem discriminação.

**Quadro 12 :** Conhecimento acerca dos acordos bilaterais e reuniões entre os gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay. Rio Grande, RS, 2019.

### Legenda

- ...  .....Conhecem acordos bilaterais
-  Desconhecem acordos bilaterais
-  Desconhecem reuniões com os gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde das cidades Chui/Chuy
-  Sabem/conhecem reuniões com os gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde das cidades Chui/Chuy
-  Membros participantes das reuniões
- ...  .....Pautas das reuniões

Participante	Você conhece os acordos bilaterais de saúde? Existe algum tipo reunião com os responsáveis pelos serviços públicos de saúde das cidades Chuí/Chuy? Qual a frequência? São formais ou esporádicas?
BR1	Não, desconheço (acordos). Se existe(reuniões), não estou sabendo [...].
BR2	Não, na verdade não(acordos)[...]. [...] duas, uma aqui e outra em Pelotas. Aqui foi com o pessoal do hospital [...], já a em Pelotas foi com um pessoal de Rocha.
BR3	[...] conheço o acordo do livre acesso à saúde, o dos trabalhadores de saúde, que permite trabalhar/atender até um determinado espaço territorial, não lembro o limite, sendo que é válido para os dois lados. Temos o do transporte, moradia, estudo [...]. [...] nos encontrávamos com os diretores de lá, diretores daqui e os dois cônsules, cônsul do Uruguai e cônsul do Brasil [...]. Houve uma ou duas reuniões, mais por causa do mosquito da dengue, nós fomos à praça uruguaia fizemos um evento com o pessoal da terceira (coordenadora de saúde) e o pessoal de lá (Uruguai), foi integrado, mas há muito tempo, mas foi muito legal. As reuniões demoram um tempinho, mas saem.
BR4	Não(acordos). Que saiba não (reuniões).
BR5	Andei olhando esses acordos de fronteira, que seria essa faixa de 20 km, a questão de os profissionais trabalharem aqui e lá (Brasil), a função de fazer o transporte dos pacientes aqui e lá. Estive na cidade de Jaguarão em um encontro organizado pelo Ministério de Saúde do Brasil e do Uruguai, onde foram discutidos os acordos de município de fronteira e gêmeas, como é o nosso, mas não de iniciativa dos municípios de fronteira. Desde que estou aqui, foram duas reuniões, uma o ano passado e, outra este ano, todas com convocação direta do Ministério.
BR6	[...] não conheço só ouço falar, não lembro de um específico(acordos), sei que os médicos uruguaiois podem vir trabalhar aqui. Na verdade, faz falta um esclarecimento legal dos acordos, do que realmente pode ser feito. Não, inclusive tínhamos solicitado uma reunião para ir conversar e acordar o que é legal, o que pode, mas não aconteceu.
UY1	Sim, alguns acordos, temos a possibilidade de trabalhar no Brasil, por algum tempo muitos de nossos médicos prestaram auxílio trabalhando na Santa Casa de Santa Vitória, alguns ainda trabalham lá. Temos um encontro por ano, mais ou menos. As reuniões envolvem os superintendentes dos dois lados, as vezes os cônsules do Brasil e Uruguai.
UY2	Não conheço(acordos). Se existe reuniões é com as intendências/gestores maiores.

UY3	[...] não sei (acordos)[...], sei que tem de moradia, estudo, de trabalho para profissionais da saúde. [...] tenho conhecimento que existem reuniões com as direções, mas desconheço como são organizadas.
UY4	[...] tem o acordo moradia e o que os profissionais de saúde podem trabalhar tanto aqui (Uruguay) como lá (Brasil).Não, nós não (reuniões)[...].
UY5	Sei que existem alguns tipos de acordos, nossos médicos podem trabalhar 20 km para dentro do Brasil, algo assim [...].Não tenho ido (reuniões), nem sei se existe agora [...].
UY6	[...] não lembro(acordos) [...]. Em oportunidades especiais, com os diretores, uma vez por ano.

**Fonte:** Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

O conhecimento dos acordos bilaterais entre Brasil e Uruguai está presente em (oito) dos discursos dos participantes (BR3;BR5;BR6;UY1;UY2;UY3;UY4;UY5), sendo que (três) destes (BR6;UY2;UY3) apesar de afirmarem não conhecer ou lembrar de nenhum acordo, os mencionam no decorrer da entrevista. Dentre os acordos bilaterais citados pelos entrevistados observa-se os relativos à permissão de moradia (BR3;UY3;UY4), permissão de estudo no país limítrofe (BR3; UY3), trânsito de pessoas e veículos (BR3;BR5) e o acordo que oportuniza a atuação laboral dos profissionais de saúde em ambos os países (BR3;BR5;BR6;UY1;UY3;UY4;UY5). Apenas (um) dos participante, (BR3), alega a existência de um acordo bilateral relativo às questões de acesso à saúde.

Destaca-se que os acordos aludidos pelos entrevistados encontram-se alicerçados legalmente no Acordo de Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, com a inclusão da Prestação de Serviços de Saúde por meio de Ajuste Complementar em 2009.

As reuniões entre os gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde, aparece como situação predominantemente desconhecida pelos participantes de estudo, sendo que (sete) dos participantes (BR1;BR4;BR6;UY2;UY4;UY5;UY6) mencionam não possuir nenhum conhecimento de sua existência, destes (um) (BR6) enfatiza a importância e a necessidade da realização de encontros locais pois, poderiam possibilitar esclarecimentos acerca do que realmente é permitido, ou seja, com indicação de amparo jurídico legal na região.

As afirmações de existência de reuniões, (cinco) dos partícipes (BR2;BR3;BR5;UY1;UY2) destacam sua realização de forma legal, (três) (BR5;UY1;UY6) referem que as reuniões transcorrem com periodicidade anual, (cinco) (BR2;BR3;BR5;UY1;UY6) salientam que as reuniões envolvem autoridades, cónsules, gestores e/ou responsáveis pelos serviços de saúde do Brasil e Uruguai.

As pautas das reuniões são descritas apenas por (dois) dos entrevistados (BR3;BR5), caracterizadas por estes, como ações pontuais e de interesse de municípios em regiões de fronteira, sendo que (BR5) menciona que as reuniões ocorrem por iniciativa direta do Ministério da Saúde.

## 5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo abarca a discussão, de parte dos dados organizados, em dois artigos, os quais podem ser melhor visualizados no quadro 13.

**Quadro 13:** Apresentação dos títulos e objetivos específicos da dissertação. Rio Grande, RS, 2019.

ARTIGO	TÍTULO	Corresponde ao objetivo específico da Dissertação
<b>ARTIGO I</b>	Oferta de assistência pública gratuita em saúde à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> , na perspectiva ecossistêmica.	Analisar a oferta gratuita de ações/serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> na perspectiva ecossistêmica.
<b>ARTIGO II</b>	Integração e interação regional dos serviços públicos de saúde em região fronteiriça à luz ecossistêmica.	Averiguar a integração internacional regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e <i>Chuy/Uruguay</i> , na perspectiva ecossistêmica.

**Fonte:** Dados da pesquisa, organizados por Rodrigues e Siqueira, 2019.

O artigo I será submetido à publicação na *Research, Society and Development*, com indexação A3 no Qualis de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O artigo II será submetido à *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, com indexação A2 no Qualis de Periódicos da CAPES.

As produções científicas serão apresentadas, conforme as normas de publicação definidas pelos periódicos científicos.

## 5.1 Artigo I

### **Oferta de assistência pública gratuita em saúde à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay, na perspectiva ecossistêmica**

### **Offer free public health assistance to the population in the twin cities Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay, from the ecosystem perspective**

### **Ofrecer asistencia gratuita de salud pública a la población en las ciudades gemelas Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay, desde la perspectiva del ecosistema**

#### **Resumo**

O presente estudo objetiva analisar a oferta gratuita de ações/serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* na perspectiva ecossistêmica. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido nos municípios Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2019, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, com 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde das localidades. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados foram agrupados em seis categorias, sendo a da Oferta gratuita de assistência em saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, e suas subcategorias: Ações/serviços de saúde ofertadas; Exigências para acessar os serviços de saúde; Situações que permitem livre acesso aos serviços de saúde que originaram esse artigo. Conclusão: A análise da oferta de assistência pública em saúde à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* evidenciou que existem divergências entre os participantes em relação a gratuidade dos serviços de saúde, no entanto, apresentam semelhança quanto aos requisitos de acesso. Além de convergirem para situações que permitem o livre acesso como as emergências.

**Palavras-chave:** Sistemas de Saúde; Serviços de Saúde; Saúde na fronteira; Áreas de Fronteira; Ecosistema.

#### **Abstract**

This study aims to analyze the free offer of public health actions/services offered to the population in the twin cities Chuí/Brasil and *Chuy/Uruguay* from the ecosystem perspective.

This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach developed in the municipalities Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay. Data collection was performed in the first half of 2019, through an interview with a semi-structured script, with 12 managers and/or responsible for the public health services of the localities. The data were submitted to Bardin Content Analysis. The results were grouped into six categories, with the free offer of health care in the cities Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay, and their subcategories: Health actions/services offered; Requirements to access health services; Situations that allow free access to health services that originated this article. Conclusion: The analysis of the provision of public health care to the population in the twin cities Chuí/Brasil and Chuy/Uruguay showed that there are divergences between participants in relation to the gratuity of health services, however, bear similarity in access requirements. In addition to converging on situations that allow free access such as emergencies.

**Keywords:** Health Systems; Border Health; Border Areas; Ecosystem.

### **Resumen**

Este estudio tiene como objetivo analizar la oferta gratuita de acciones/servicios de salud pública ofrecidos a la población en las ciudades gemelas Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay desde la perspectiva del ecosistema. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con un enfoque cualitativo desarrollado en los municipios Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay. La recopilación de datos se realizó en el primer semestre de 2019, a través de una entrevista con un guión semiestructurado, con 12 gerentes y/o responsables de los servicios de salud pública de las localidades. Los datos fueron enviados a Bardin Content Analysis. Los resultados se agruparon en seis categorías, con la oferta gratuita de atención médica en las ciudades Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay, y sus subcategorías: Acciones/servicios de salud ofrecidos; Requisitos para acceder a los servicios de salud; Situaciones que permiten el acceso gratuito a los servicios de salud que originaron este artículo. Conclusión: El análisis de la prestación de atención de salud pública a la población en las ciudades gemelas Chuí/Brasil y Chuy/Uruguay mostró que existen divergencias entre los participantes en relación con la propina de los servicios de salud, sin embargo, tienen similitud en los requisitos de acceso. Además de converbir en situaciones que permiten el libre acceso, como emergencias.

**Palabras clave:** Sistemas de Salud; Salud Fronteriza; Áreas Fronterizas; Ecosistema.

## 1. Introdução

O Brasil possui 32 cidades gêmeas, destas seis em área contígua ao Uruguai, localizadas entre o delta do Arroio Chuí e a tríplice fronteira Brasil – Uruguai – Argentina, no estado do Rio Grande do Sul (Brasil, 2018). Cidades gêmeas são municípios limítrofes com mais de 2 mil habitantes cada, cortados por uma linha de fronteira, seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, marcados pelo intenso fluxo de pessoas, bens e serviços, apresentando grande potencial de integração sociocultural e econômica (Brasil, 2016).

Os efeitos produzidos pelos choques socioculturais e econômicos não harmônicos, possibilitam a potencialização integração regional e internacional entre as nações envolvidas (OPAS, 2010). No entanto, o modelo de sistema de saúde adotado por cada nação, como também, o reflexo de suas inter-relações, interconexões, interesses, valores sociais e econômicos, são expressos nos limites jurídicos, políticos e institucionais de seu país (OPAS, 2017).

Em uma conceituação global, o sistema de saúde é definido como um conjunto de instituições responsáveis por intervenções na sociedade, tendo a saúde como finalidade primordial (WHO, 2016). A sua operacionalização ocorre por meio da oferta e execução de serviços de saúde, orientados por políticas públicas formuladas para atender as necessidades e vulnerabilidades populacionais.

Na acepção sistêmica, entende por sistema de saúde o arcabouço de relações estabelecidas pelas intuições constituintes desse espaço e prestadoras de serviços saúde. Essas são compostas por elementos abióticos (estruturas físicas, protocolos, manuais, legislação regulamentadora, entre outros) e bióticos (profissionais, usuários, família, comunidades, relações sociais, competências, habilidades) que interagem interna e externamente com outros sistemas socioculturais, educacionais em um determinado espaço/tempo, sob um movimento de interação constante e dinâmico, constituindo uma totalidade/unidade ou seja um ecossistema (Siqueira et. al., 2018; Zamberlan et al., 2018).

Nesse entendimento, o ecossistema deste estudo constitui-se no conjunto de instituições de saúde dos municípios Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* que produzem por meio da inter-relação e interação de seus elementos, serviços de saúde. Visualiza-se, por analogia, a configuração de uma rede desse ecossistema, onde os nós representam os serviços de saúde e suas relações e, os

filamentos que unem e ligam os nós (serviços prestadores de assistência) e exercem as interconexões, são expressos pela comunicação, informação, diálogo, entendimentos e, assim trocam energia, conhecimentos, produzem mudanças e transformações e tecem, em conjunto uma rede, formando uma totalidade/unidade ecossistêmica. Essa rede, ainda que invisível, permite por meio das relações, inter-relações, interações, cooperação mútua e interconexões a concepção de uma ambiência de cuidado, mesmo que complexa, dinâmica e interligada entre todos os componentes constituintes do ecossistema em pauta.

Os serviços de saúde, nesse sentido, são ações/atendimentos/procedimentos vinculados às instituições públicas ou privadas de saúde que objetivam promover, prevenir, minimizar danos e reabilitar as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais do ser humano e população. Eles constituem uma atividade/ação ou um benefício que uma pessoa oferece a outra, sendo essencialmente intangível, não passível de estoque/reserva, não resultando na propriedade de qualquer coisa, estando sua produção conectada ou não a atuação física propriamente dita (Siqueira, 2001).

Salienta-se que a oferta e a garantia de acesso aos serviços, de forma sistêmica, contínua e abrangente, devem ser centradas nas necessidades e especificidades de cada *locus* populacional, constituindo-se em um grande desafio para a maioria dos países das Américas (Mendes, 2011; OPAS, 2017). Em consonância, estudo realizado na região oeste de Santa Catarina com 21 gestores municipais, aponta que os gestores reconhecem a importância da operacionalização e inter-relação das instituições prestadoras de serviço, de forma interna e externa, para obtenção de uma assistência resolutiva para a população (Ferreira et. al., 2018).

Nessa acepção, entende-se que a Perspectiva Ecossistêmica, como fundamentação teórico-filosófica, ao considerar a totalidade dos elementos que compõem as instituições promotoras de serviço de saúde, formando uma unidade, possibilita compreender os fatores estruturais, organizacionais e demais elementos circundantes desse meio se inter-relacionam, se influenciam, produzem mudanças e transformações e interferem na oferta de ações e na assistência no acesso à saúde da população constituinte desse ecossistema, pois cada ser humano dessa população é um dos elementos que forma esse ecossistema.

Diante do exposto, tem-se por objetivo: Analisar a oferta gratuita de ações/serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* na perspectiva ecossistêmica.

## 2. Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado nos municípios limítrofes Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. No município brasileiro a pesquisa compreendeu uma Unidade Básica de Saúde(UBS) com Estratégia Saúde da Família(ESF) e uma UBS com Serviço de Urgência e Emergência. Enquanto no município uruguaio envolveu duas instituições, sendo uma análoga à UBS no Brasil e uma organização hospitalar, composta por uma Unidade de Serviços de Atenção Primária à Saúde e uma Unidade Hospitalar com Serviço de Urgência e Emergência.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2019, por meio do método de entrevista semiestruturada com 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, utilizando-se de um instrumento previamente elaborado e testado. Abarcou perguntas fechadas sobre o perfil sociodemográfico e funcional dos participantes do estudo e, questões abertas focadas nos principais aspectos a serem atingidos para a compreensão e avaliação das ações/serviços de saúde ofertadas gratuitamente à população adstrita em região de fronteira, bem como, as formas de acesso a esses serviços nas cidades Chui/Brasil e *Chuy/Uruguay*, na perspectiva ecossistêmica.

Para efetivação das entrevistas foi realizada uma busca, primeiramente, junto aos estabelecimentos públicos de saúde dos municípios em estudo, onde foram identificados como possíveis participantes os gestores e/ou responsáveis pelos serviços de saúde. *A posteriori*, a pesquisadora contatou os participantes pessoalmente, sendo efetuada a apresentação da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e sua relevância, bem como, a importância da sua participação para o alcance do objetivo proposto. Após verificação e apurado seu enquadramento nos critérios de inclusão: atuar no cargo há no mínimo três meses. E, no critério de exclusão: participantes que gozavam de férias, licença, ou afastamento no período da coleta de dados.

Aos que concordaram participar, foi combinado dia e horário para a realização das entrevistas. Essas, aconteceram nos respectivos espaços laborais dos participantes, em ambiente reservado e foram gravadas. O tempo médio das entrevistas foi no mínimo de 20 minutos e máximo de 60 minutos.

A análise e interpretação dos dados foram efetivadas, após a transcrição das entrevistas, por meio do método de Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), que abrange três etapas. A pré-análise, onde se procurou tornar o processo operacional e sistematizado às ideias iniciais, por meio da leitura flutuante, a escolha dos dados a serem analisados, possibilitando a construção do *corpus* e a elaboração dos pressupostos tendo em vista os objetivos propostos. A exploração do material permitiu a codificação dos dados, por meio de funções de regras previamente elaboradas. Enquanto o tratamento dos resultados propiciou a transformação dos dados brutos em dados expressivos e apropriados à análise. Nesta etapa, realizou-se a codificação, onde os dados brutos foram decompostos em unidades, as quais permitiram uma descrição exata dos conteúdos pertinentes.

Destaca-se o cumprimento dos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (Brasil, 2012). O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o CAAE 14898419.3.0000.5324, parecer nº 169/2019, processo nº 23116.004426/2019-59. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue em duas vias, condicionando a sua participação voluntária e o sigilo das informações. Os partícipes foram identificados por meio da atribuição da sigla do país (BR – Brasil e UY – *Uruguay*) seguidas de um número arábico, iniciando em (um) e, assim, sucessivamente conforme sequência da realização das entrevistas (BR1, BR2, UY1, UY2...).

### **3. Resultados e discussão**

Da análise dos dados emergiu a categoria: Oferta gratuita de assistência em saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* e respectivas subcategorias: Ações/serviços de saúde ofertadas; Exigências para acessar os serviços de saúde; Situações que permitem livre acesso aos serviços de saúde que originaram esse artigo.

#### ***Ações/serviços de saúde ofertadas***

Os serviços de saúde ofertados nos municípios Chuí/Chuy, na ótica dos participantes do estudo, permeiam ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com predominância de atividades no âmbito da atenção primária à saúde. Dentre os serviços oferecidos, destacam-

se os atendimentos/cuidados de enfermagem, tais como: vacinas, curativos, aferição de pressão arterial e glicemia, administração de injetáveis e a consulta médica além de dispensação de medicamentos. No âmbito da recuperação da saúde observa-se a disponibilidade de serviços de urgência e emergência, assistência ao parto e cirurgias.

Apesar dos serviços apresentarem estruturação multiprofissional, nota-se a predominância da atuação médica e de enfermagem nos serviços analisados, conforme expresso nos discursos dos participantes.

“Consulta de enfermagem e médica, CP (citopatológico uterino), consulta clínica hipertensos e diabéticos, os crônicos. Pré-natal e puericultura são atendimentos esporádicos. [...] esporadicamente realizamos alguma campanha de vacina, mas de maneira pontual [...]. Nos acompanhamentos de puericultura precisamos referenciar para realizar as vacinas no Posto Central, tudo é encaminhado” **(BR1)**.

“[...]consultas médicas, exames, laboratório[...], atendimento pediátrico, clínico geral, obstétrico, ginecológico, fisioterapia, psicologia, farmácia [...]odontologia, enfermagem 24 horas, curativo, vacinas e a farmácia. [...] em caso de urgência e emergência os pacientes são transportados em ambulância para o hospital de Santa Vitória[...]” **(BR2)**.

“[...] vacina, atendimento na rua, plantão de enfermagem, motorista e ambulância 24 horas[...], todos os testes rápido, odontologia, ginecologia, pediatria, clínicos, especialistas, farmácia, psicólogo, fisioterapia” **(BR3)**.

“Dispensação de medicamentos, aferição de pressão e de glicemia, algum atendimento de emergência, alguma coisa rápida que não tenha gravidade, se for grave levam para Santa Vitória. Atendimento médico [...], ginecologia, pediatria, fisioterapia, odontologia e psicologia também” **(BR4)**.

“Toda a atenção primária, inclusive primeiros socorros. [...] setores de administração, compras, regulação e, ainda a Farmácia Municipal, Serviços de Laboratório[...]. Além disso, temos os serviços de saúde de

uma UBS, como: atendimento médico em clínica geral, ginecologia, obstetrícia, psicologia, odontologia, fisioterapia, pediatria e ultrassonografia[...]" (**BR5**).

"[...] curativo, vacinas, injetáveis, os procedimentos de enfermagem, coleta de citopatológico, controle de pressão, glicose, atendimento médico. farmácia municipal, laboratório, odontologia, fisioterapia e psicologia [...]. E, além disso, o serviço de urgência e emergência, porque não temos o serviço de SAMU (Serviço Móvel de Urgência) no município" (**BR6**).

"Na atenção primária temos os serviços de enfermagem: controle dos crônicos, curativos e injeções; clínica geral, obstetrícia, pediatria, laboratório, ginecologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, odontologia, ecografia, neurologia, dermatologia, cardiologia e o diabetologia, que não existe no Brasil. Serviço de farmácia[...]. Na parte hospitalar temos serviço de urgência e emergências, obstetrícia com assistência ao parto, pequenas cirurgias, serviço de copa e nutrição e serviço de transporte em ambulância comum e especializada" (**UY1**).

"Somente vacinas" (**UY2**).

"[...] dispensação da medicação prescrita na receita, orientamos o paciente de como deve usar a medicação, [...] fazendo um plano de cuidado, não a prescrição[...]. Aqui no hospital, temos a Atenção Primária com serviços médicos clínica geral básicos e o segundo nível o hospital, com atendimento as urgências, cirurgias, partos e cuidados de enfermagem em geral [...]" (**UY3**).

"Temos serviço de urgência e emergência, serviço obstétrico com assistência ao parto, realização de cirurgias e atendimento de enfermagem" (**UY4**).

"Cuidados de enfermagem em geral, controlar os pacientes crônicos, controle de pressão, glicemia, curativo, entrega de contraceptivos, estatísticas epidemiológicas" (**UY5**).

"[...]vacinas, controle de crônicos, pressão, hemoglicoteste, curativos, injeções, atendimento médico em clínica geral. Depois temos farmácia,

esterilização, laboratório, copa, lavanderia e Raio-X que atendem a todo o hospital. Temos serviços de pediatria, ginecologia, neurologia, dermatologia, bloco cirúrgico, psiquiatria, psicologia, odontologia, ecografia, cardiologia, diabetologia, [...] e os serviços hospitalares como internação, assistência médica e de enfermagem, parto, cirurgias e, em especial, serviço de urgência” (UY6).

Ao analisar as ações/serviços de saúde ofertados no ecossistema deste estudo foram constatadas discrepâncias estruturais e organizacionais, exercendo influência direta na oferta das ações de saúde. Em consonância com este achado, estudo realizado em cidades gêmeas situadas nas fronteiras entre Brasil e Argentina, Brasil e Uruguai, Brasil e Paraguai, e Argentina e Paraguai, aponta a interferência da forma de organização política, jurídica e administrativa dos sistemas de saúde dos países envolvidos, na oferta de serviços de saúde na região fronteira, as quais contemplam desde a promoção à proteção até a recuperação da saúde (Nogueira, 2018).

Sob a ótica do Pensamento Ecológico, esses dados confirmam que o princípio da inter-relação entre os componentes dos serviços, que compõem determinado ambiente, exerce influência mútua e conduzem a mudanças e transformações. Portanto, ao analisar as ações/serviços de saúde das cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguai* estão sob constante interferência, política de ambos os países, cujos princípios ecológicos das inter-relações, interdependência e da influência mútua, estabelecem intercâmbio de energias tanto positivas como negativas e as informações, conhecimento e experiências alimentam o sistema como um todo integrado (Capra & Luisi, 2014). Esses princípios podem ser vislumbrados na presente pesquisa, nas diferentes formas de serviços que são ofertados à população, pois nos locais onde a oferta de serviços é mais abrangente e integral acarretará em maior procura e, conseqüentemente, em maior dispensação de recursos financeiros para sua manutenção, influenciando na política, economia, organização social e na saúde dos usuários e da população.

Verificou-se que a oferta gratuita das ações/serviços não se processa de forma igualitária e nem todos possuem a mesma gratuitidade entre a assistência de saúde. Enquanto para alguns é ofertado de forma simples, sem exigência, o mesmo não acontece entre as duas cidades limítrofes.

Estudo apresentado no IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde realizado em Santa Catarina no ano de 2019, corrobora com esses dados, ao salientar e destacar que a zona de fronteira Brasil-Guiana Francesa que, embora os sistemas de saúde dos diferentes países, sejam semelhantes em relação do direito ao acesso universal, existem limites ou barreiras de acesso aos serviços, que condicionam as possibilidades de utilização dos serviços pelo estrangeiro (Peiter et al., 2019).

Por outro lado, estudo realizado nas cidades gêmeas do Paraná relata dados diferentes dos resultados do presente estudo. Os autores apresentam a situação de assistência ao parto como situação que permite o livre acesso aos serviços de saúde. Entretanto, referem em relação ao parto criou-se um entrave, na medida em que as gestantes realizavam o pré-natal em uma cidade e o parto em outra, fazendo-se necessário a criação de um ambulatório integrado entre as cidades para o atendimento às gestantes dos municípios participantes (Aikes & Rizzotto, 2018).

Além desse fato, existem algumas situações apontadas como fatores que dificultam a operacionalização dos serviços de saúde na região de fronteira, tais como, a falta de pessoal de saúde, do isolamento geográfico e da precariedade das populações.

As diferenças de acesso aos serviços, bem como a operacionalização destes repercutem na dinâmica que o sistema se configura. É possível ponderar que as diferenças entre eles não são totalmente nocivas ao ecossistema ao qual fazem parte, no entanto, essas flutuações são necessárias para a vitalidade do sistema, pois, são elas que vão revelar as necessidades a serem superadas e reorganizadas observando as necessidades de saúde da população. A partir da compreensão ecossistêmica, um sistema sem flutuações que não direciona novas bifurcações não mantém sua vitalidade, pois não geram mudanças e transformações nos elementos que se relacionam (Nunes, 2018; Paula et al., 2020).

Ao mesmo tempo que são necessárias ações/serviços mais resolutivos e que tenham maior coerência entre a forma como é ofertado, essas questões são fundamentais e devem ser contempladas em uma perspectiva maior, pois as interferências que se estabelecem e as necessidades dos elementos integrantes do sistema (sejam os tipos de ações/serviços ou a sua qualidade ou mesmo quem os acessa) se refletem no todo. Nesse sentido, há necessidade de olhar para as relações estabelecidas e não apenas para o problema (objeto) de forma isolada, ou seja, a totalidade dos elementos que formam o ecossistema deve ser analisada para que as fragilidades sejam superadas (Siqueira et al, 2018).

### *Exigências para acessar aos serviços de saúde*

As assimetrias entre os sistemas de saúde nacionais, com diferentes proteções sanitárias, podem levar a desigualdades no acesso à saúde no ecossistema fronteiriço (Jimenez & Nogueira, 2009). Elas podem acarretar infração ao direito à saúde presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, merecendo especial cuidado nas suas justificativas éticas, considerando que podem representar grave violação aos direitos humanos (Guerra & Ventura, 2017). Nessa acepção, ao questionar os participantes a respeito do direito à saúde nos serviços públicos de saúde tanto por brasileiros, quanto por uruguaios, identifica-se a presença de exigências de documentação brasileira e comprovante de residência para acesso a todos serviços disponibilizados pelas instituições brasileiras, conforme observado nas falas a seguir:

“É só ter o CPF [...] é feito no Brasil, os uruguaios tem livre acesso aqui (Brasil), nós não temos nada lá (Uruguai). Eles só vão no correio e tiram o CPF, e com o CPF, eles levam um comprovante de residência que não precisa estar no nome deles” **(BR1)**.

“[...] começamos a pedir comprovante de endereço, então não importa se você é chileno, americano, uruaio, paraguaio, desde que você prove que mora aqui no Chuí é atendido[...]" **(BR2)**.

“[...] a nossa lei (Brasil) diz que toda a pessoa tem direito.[...]. O segundo atendimento que seria assim [...] todo uruaio que está deste lado, que comprove o domicilio, tem acesso a qualquer um dos serviços[...]" **(BR3)**.

“[...] tem uma demanda grande de uruguaios. A gente sempre tenta fornecer medicação somente para os uruguaios que tenham alguma identidade brasileira e o cartão do SUS. Se for uruaio de Montevideú, por exemplo, ele não tem direito a pegar a medicação. Somente os daqui do Chuí que moram realmente no lado brasileiro, mas é difícil de saber se é verdade mesmo” **(BR4)**.

“Para os dois, o uruaio que tem residência aqui no Brasil é atendido como brasileiro, não tem diferença nenhuma e, o brasileiro que reside

no Uruguai também tem o mesmo atendimento do brasileiro que reside aqui (Brasil), não tem distinção nenhuma, atendimento normal” (BR5). “[...]têm muitos uruguaios que conseguem tirar o CPF e fazer o cartão do SUS e, eles têm todo o atendimento” (BR6).

Assim como no Brasil, segundo os entrevistados, as instituições uruguaias solicitam a apresentação de documentação uruguiaia e comprovante de filiação na *Administración de los Servicios de Salud del Estado* (ASSE) a todos usuários ingressos em seus serviços de saúde.

“Para os usuários uruguaios funciona normalmente. Já os brasileiros deverão tirar um carnê ASSE para consultarem aqui (*Hospital Chuy*). O sistema de saúde no Uruguai é administrado por uma Administração do Estado, somente a alta complexidade é administrada por um fundo especializado. O carnê dá direito aos brasileiros a todos os serviços administrados pelo ASSE” (UY1).

“Principalmente aqui, pois vejo que é lugar com muitos imigrantes, venezuelanos, africanos, cubanos e, para entrar para o Uruguai e fazer a documentação tem que estar com as vacinas em dia, é uma medida de bloqueio sanitário do estado” (UY2).

“Brasileiro tem que ter residência no Uruguai, se não residir, não. [...] todo estrangeiro que reside no Uruguai tem o direito de ser atendido no hospital do *Chuy*. Tem que levar os documentos, comprovante de endereço e de renda, faz como se fosse um cartão SUS, [...] sendo atendido na rede pública em qualquer lugar do Uruguai. Fica afiliado automaticamente a todo Uruguai no sistema ASSE, é uma filiação nacional” (UY3).

“Se eles têm o comprovante de residência e documento (identidade) sim” (UY4).

“[...] tenho que ter a ordem do médico, na realidade se trabalha com brasileiros, mas esses brasileiros tem que estar ingressados no sistema do Uruguai, ou seja, tem que ter o cartão do ASSE como cartão do SUS no Brasil[...].Mas todos os uruguaios que moram no Brasil que têm a

declaração de residência e procuram nós atendemos[...]. Aqui só se atendem os usuários do ASSE” (UY5).

“Esses serviços são apenas para cidadãos uruguaios ou estrangeiros que vivam legalmente aqui, tenham declaração de residência e afiliação no ASSE. Os que não têm, não têm direito” (UY6).

O direito de acesso à saúde em municípios fronteiriços tem sido tema atual de discussões nos diferentes âmbitos, seja nas esferas governamentais e não governamentais, pois engloba uma série de burocratizações que ultrapassam as necessidades de saúde da população, mas que interferem na sua prática, uma vez entendido que existe, ecossistemicamente, influência e interdependência entre todos os elementos que constituem o espaço no qual o ser humano vive, trabalha e se desenvolve (Siqueira et.al., 2018). Segundo Mello et al. (2015), as intervenções públicas se preocuparam em resguardar as fronteiras de seus países no intuito de garantir a segurança nacional.

Esse panorama, nos últimos anos, tem auferido configuração diferente, haja visto, a necessidade de fortalecimento das nações no âmbito da política e economia por meio dos acordos que permitem uma regulamentação de livre circulação de mercadorias, serviços, capital e pessoas entre os países de fronteira., a exemplo disso, podemos citar o Mercado Comum do Sul (Mercosul), considerando que essa livre circulação reflete diretamente no setor saúde e no direito de acesso a esses serviços (Giovanella et. al., 2007).

Os dados da presente pesquisa mostram que os atendimentos à saúde tanto no Brasil, quanto no Uruguai, são realizados mediante algumas exigências burocráticas que envolvem a apresentação de diferentes documentos, como CPF, comprovante de residência, cartão do SUS, carnê ASSE e que mesmo não havendo uma conformidade entre os respondentes da pesquisa, na maioria das vezes, os atendimentos de saúde não são negados em ambos os territórios.

Esses dados corroboram em partes com pesquisa que analisou o acesso de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios de região fronteira entre Brasil e Paraguai, onde o autor em seus resultados aponta, que na maioria das vezes, o atendimento à saúde para estrangeiros em território brasileiro, não é negado, mas questões que exigem continuidade nos atendimentos são necessárias comprovações de residência no Brasil, mas não especifica outros documentos exigidos para o direito aos serviços de saúde (Azevedo, 2015).

No que se refere a comprovação de residência, estudo que realizou um levantamento bibliográfico para analisar os aspectos bioéticos relacionados ao cumprimento do direito humano ao acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes no Brasil, apontou que em um dos estudos pesquisados, que a dificuldade de acesso ao atendimento de saúde em países fronteiriços estava na necessidade de comprovação de residência por parte do estrangeiro (Guerra & Ventura, 2017). Esse dado corrobora com algumas das falas dos participantes da presente pesquisa que abordam a necessidade da comprovação de residência para garantia de atendimento.

Esses fatores burocráticos que dificultam o acesso aos serviços de saúde, vão de encontro aos acordos de livre circulação dos países fronteiriços, pois se existe uma “liberação” para livre circulação, subentende-se que os direitos sociais deveriam ser os mesmos à todas as pessoas. Entretanto, conforme as falas dos participantes não há uma uniformidade na prestação de serviços, onde cada serviço tem sua dinâmica de liberação ao acesso a saúde, repercutindo nas diferentes esferas dos municípios fronteiriços e na saúde da população.

### *Situações que permitem o livre acesso aos serviços de saúde*

O estudo aponta circunstâncias que possibilitam o livre acesso às ações de saúde no ecossistema de estudo. Dentre as situações que permitem o livre acesso aos serviços de saúde, independente da nacionalidade e documentação, destacam-se os casos de urgência e emergência, de acordo com as falas:

“[...]não só nos casos de emergência que é livre acesso. Se você precisa de uma consulta para clínico geral, não tem problema, você pode ser de qualquer nacionalidade, não vai retirar medicação gratuita, não vai ter direito aos exames [...]” (BR2).

“Nos casos de urgência e emergência atendemos todos os pacientes” (BR5).

“Nos casos de emergência todos são atendidos” (UY1).

“Nas urgências não precisa nada, todos são atendidos, vai tudo, tem cubano, venezuelano” (UY4).

“[...] na emergência, eles podem receber o primeiro atendimento [...]”  
(UY6).

Em consonância, com os resultados obtidos em estudo realizado nas quatro cidades fronteiriças do estado brasileiro do Paraná (Aikes & Rizzotto, 2018), o qual evidenciou que os atendimentos de urgência e emergência também são citados como de livre acesso, em consonância com os dados da presente pesquisa.

Outros estudos afirmam que no lado brasileiro, devido a universalidade e gratuidade assegurada pelo SUS, a população vizinha é atendida em casos de urgência e emergência, com possibilidade de acesso aos outros níveis de atenção por meio de uma autorização da prefeitura local (Jimenez & Nogueira, 2009; Nogueira, 2018).

O primeiro atendimento do mesmo modo é notabilizado no discurso de quatro partícipes deste estudo, independente do país de residência.

“[...] mas o primeiro atendimento sim, não precisa tá morrendo pra gente atender [...]” (BR2).

“[...] o primeiro atendimento é dado, [...] uruguaio principalmente, vem aqui, está no centro vem aqui, chega e tem o atendimento de enfermagem, mesmo não tendo o cartão do SUS [...]” (BR3).

“[...] por exemplo, se chega um uruguaio a gente dá o primeiro atendimento[...].Se não tem o cartão do SUS, a gente dá igual o primeiro atendimento” (BR6).

“Existe vezes, que tem pessoas que vem e não tem ingresso no sistema e a gente fala com o médico e atende, não vai deixar atirado, o que podemos fizemos, mas o que lhe complica é que depois ele não consegue pegar a medicação, fazer exames” (UY5).

“[...] na emergência, eles podem receber o primeiro atendimento, mas não terão continuidade no acompanhamento, nem podem ser transferidos para Rocha ou Montevideú. Se forem brasileiros o nosso plantão liga para o posto de saúde do lado brasileiro vir levar o paciente” (UY6).

Relacionado ao primeiro atendimento, citado pelos participantes da pesquisa como sendo ofertado, independente da nacionalidade, não foi observado na literatura nacional como prática comum em outras cidades gêmeas.

Os dados deste estudo, apontam ainda, que as ações de vigilância em saúde possuem acesso universal nos dois países, conforme destacam os responsáveis por estes serviços:

“A vacinação é um serviço público para toda população. Um serviço gratuito e público [...] é de acesso a toda a população, mesmo que sejam de outra nacionalidade” (UY2).

“Vacinas agora mesmo a gente está com o problema da vacina da febre amarela e, a gente está vacinando direto os uruguaios que vão entrar no Brasil. Eles vêm de Maldonado, vem de Rocha, vem de todo o Uruguai fazer vacina aqui[...].” (BR6).

Segundo a literatura, algumas situações são elencadas como necessárias para o livre acesso aos serviços de saúde, tendo em vista o território ser compartilhado e, por exemplo, um vetor, ser capaz de circular livremente pelas cidades gêmeas. Uma delas, a Vigilância em Saúde, é conceituada como a busca de informações para otimizar as ações em saúde pública de acordo com as necessidades daquele território. Nesse sentido, para permitir o livre acesso entre os serviços, é preciso haver uma similaridade no planejamento e nas ações em saúde de ambas as cidades (Aikes & Rizzotto, 2018). Destarte, incluído nesses serviços, encontra-se o programa de Imunização, citado pelos participantes da pesquisa, como de livre acesso entre os usuários das cidades gêmeas.

Um relatório governamental brasileiro intitulado “o MERCOSUL e as regiões de fronteira” aponta diversos elementos de cooperação entre cidades gêmeas. Um deles versa sobre a iniciativa do compartilhamento de informações em cadernetas de crianças visando facilitar a comunicação entre os países e os serviços de saúde, no caso de trânsito das famílias que procuram serviços de saúde de livre acesso em municípios limítrofes. Enfatizando, assim, que o programa de imunização é entendido como de acesso universal à população de ambos os países (Neto & Penha, 2016).

#### **4. Considerações finais**

A análise da oferta de assistência pública gratuita em saúde à população nas cidades gêmeas Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* evidenciou que existem divergências entre os participantes em relação a gratuidade dos serviços de saúde oferecida e demonstrou que existe predominância das ações/serviços ofertados na atuação dos profissionais médico e de enfermagem.

Em relação ao respeito do direito ao livre acesso aos serviços públicos de saúde tanto por brasileiros quanto por uruguaios, vários participantes brasileiros afirmam que os usuários uruguaios e brasileiros com documentação brasileira e comprovante de residência podem utilizar os serviços oferecidos. Enquanto participantes uruguaios relatam que todos os usuários com documentação uruguaia e de filiação ao sistema de administração dos serviços públicos do Uruguai tem direito ao acesso.

As situações que permitem livre acesso aos serviços de saúde, independente da nacionalidade e documentação, referem-se aos casos de urgência e emergência. Destaca-se, com base nos dados analisados que os serviços de imunização são alicerçados na universalidade do acesso, o que permite o livre acesso por nacionais e estrangeiros, sem nenhuma exigência para acesso. Entretanto, alguns participantes asseguram que existe acesso ao primeiro atendimento, independente do país de residência.

## Referências

Aikes, S.; Rizzotto, M.L.F. (2018). Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 34(8):e00182117. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00182117>.

Azevedo, S.T. (2015). As percepções sobre a saúde na fronteira Brasil e Paraguai: os transfronteiriços e o atendimento pelo SUS. A diversidade da geografia brasileira: escalas e dimensões da análise e da ação. Anais XI Encontro Nacional da ANPEGE. Disponível em: <http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/18/518.pdf>

Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. Ed. rev. e atual. São Paulo: Edições 70.

Brasil (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Brasil (2016). Ministério da Integração Nacional. Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016. Estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Brasília (DF): Diário Oficial da União, seção1, p.12, 20 jun 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016>.

Brasil (2018). Ministério da Saúde. Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Brasília (DF): MS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_politica\\_externa\\_20\\_anos\\_aisa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf).

Capra, F.; Luisi, P.L (2014). A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. São Paulo SP: Cultrix.

Ferreira, J. et al. (2018). Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saude e Sociedade*, 27(1): 69-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170296>.

Giovanella, L. et al. (2007). Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(Supl. 2), S251-S266. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>

Guerra, K., Ventura, M.(2017). Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(1), 123-129. Epub March 30,2017.doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010185>

Jimenez, R.P.; Nogueira, V.M.R. (2009). La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: los desafíos de las fronteras. *RevKatál*, 12(1):50-8.

Mello, F. et al. (2015). Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2135-2145. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>

Mendes, V. E.(2011). As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Neto, W.A.D.; Penha, B. (2016). As regiões de fronteira como laboratório da integração regional no MERCOSUL. *Boletim de Economia e Política Internacional (BEPI)*, Jan/Abril (22). Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6733/1/BEPI\\_n22\\_Regiões.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6733/1/BEPI_n22_Regiões.pdf)

Nogueira, V.M.R. (2018). La dimensión social del MERCOSUR en espacios fronterizos: asimetrías y convergências en la atención de la salud. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*, 2:60-73. doi: <https://doi.org/10.28917/ism.2018-v2-60>.

Nunes, S.S. (2018). Cuidado ecossistêmico de enfermagem ao usuário de transplante de medula óssea. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2010). Organização Mundial da Saúde (OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.4. Washington: OPAS. Disponible em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes\\_Integradas\\_Servicios\\_Salud-Conceptos.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf). Acceso en: 24 abr. 2019.

Organização Pan-Americana de Saúde (2017). *Saúde nas Américas +. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*. Edição de 2017. Washington: OPAS. Disponível em:

[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34323/9789275719671\\_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34323/9789275719671_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y). Acesso em: 04 de novembro de 2018.

Paula, S.F. de et al. (2020). Relationships between economic crisis and health education actions in the hospital environment: ecosystem perspective. *Research, Society and Development*, 9 (2) e116922180. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2180>

Peiter, P. et al. (2019). Health processes at the international border: the case of the twin cities of Oiapoque, Brazil and Saint Georges, French Guyana. IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Blumenau; Santa Catarina. Disponível em: <http://inscricao.eventos.ifc.edu.br/index.php/geosaude/geosaude/paper/viewFile/1376/327>. Acesso em: 04 de dezembro de 2019.

Siqueira, H.C.H(2001). As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir.[Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Siqueira, H.C.H., et al. (2018). Health of human being in the ecosystem perspective. *Revenferm. UFPE online*, 12(2):559-64. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25069p559-564-2018>.

Zamberlan, C., et al. (2018). Orientações para filhos de pai/mãe cardiopatas: possibilidades e abordagens. *Rev enferm UERJ*, 26:e28057. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.28057>

World Health Organization (2016). World Health Systems. Available from: <https://www.who.int/pt/countries/bra/pt/>. access: November 4, 2018.

## 5.2 Artigo II

**Integração e interação regional dos serviços públicos de saúde em região fronteira à luz ecossistêmica**

**Integration and regional interaction of public health services in a region bordering ecosystem light**

**Integración e interacción regional de los servicios de salud pública en una región que bordea la luz de los ecosistemas**

### RESUMO

**Objetivo:** Averiguar a integração internacional regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, na perspectiva ecossistêmica. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, com 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços e ações de saúde. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** são apresentados em uma categoria e três subcategorias: interação e relacionamento entre os serviços de saúde, formas de interação e relacionamento entre os serviços de saúde e conflitos de interesse. **Conclusão:** A partir dos resultados identificaram-se vários fatores que direta e/ou indiretamente influenciam nos acordos firmados, nas políticas e práticas de saúde nacionais e internacionais interpaíses. Portanto, conhecer essas realidades, sua organização, funcionamento e integração, constitui-se em um dos valores centrais das abordagens de saúde global para os povos desses espaços, ainda pouco explorados em enfermagem/saúde no Brasil.

**Descritores:** Integração de Sistemas; Inter-Relação; Sistemas de Saúde; Saúde na fronteira; Áreas de Fronteira; Ecossistema.

**Descriptores:** Integración de Sistemas; Interrelación; Sistemas de Salud; Salud Fronteriza; Àreas Fronterizas; Ecossistema.

**Descriptors:** Systems Integration; Interrelation; Health Systems; Border Health; Border Areas; Ecosystem.

## **Introdução**

As regiões fronteiriças apresentam função primordial no cenário globalizado, pois se constituem em *locus* naturais de interação da diversidade sociocultural, política e econômica, proporcionando potencialidades de cooperação, integração e inter-relação com os países adjacentes<sup>(1-2)</sup>. À luz do pensamento ecossistêmico, a fronteira pode ser entendida como um ecossistema composto por instituições, as quais são comunidades de pessoas que interagem mutuamente<sup>(3-4)</sup> construindo relacionamentos em meio às discrepâncias locais, capazes de transformar os processos de interação, inter-relação e identidade dos povos. Criam um ambiente social com uma identidade diferente do território a que pertencem político-administrativa e juridicamente, com cultura e valores próprios<sup>(5)</sup>.

Assim, para sua compreensão, se faz necessário conhecer e entender os aspectos inerentes ao seu espaço geográfico, ocupação e, especialmente, a sua integração política e social. No Brasil, a área de fronteira é definida constitucionalmente como, a faixa de até 150 km de largura na sua extensão terrestre, sendo considerada fundamental para a defesa do território nacional. Possui 15.719 km ao longo do seu limite internacional, abarcando 27% do território brasileiro e com aproximadamente dez milhões de habitantes<sup>(6)</sup>.

A fronteira brasileira faz limite internacional com dez países sul-americanos, Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, *Uruguay*, Venezuela e território francês da Guiana Frances, configurando espaços continentais de interação, integração e inter-relação<sup>(2)</sup>. O ambiente geográfico de inter-relação e integração entre Brasil e *Uruguay* cinge 1.069 km ao longo de toda extensão territorial do arco sul do estado do Rio Grande do Sul, desde o Arroio Chuí até a tríplice fronteira Brasil – Argentina – *Uruguay*<sup>(2)</sup>. Dentre os municípios limítrofes, possui seis cidades gêmeas, municípios cortados por uma linha de fronteira, seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, marcados pela intensa circulação de pessoas e mercadorias em ambos os lados, impulsionando processos de integração e inter-relação naturais e inerentes a sua ocupação<sup>(7)</sup>.

Nesse contexto, é possível entender que a integração regional e internacional representa uma consequência da globalização econômica, tecnológica e cultural, podendo ser vista como um fato proveniente das necessidades de uma totalidade global de auxílio recíproco, capaz de oportunizar a interação e o fortalecimento das nações frente ao contexto mundial<sup>(8-9)</sup>. Sendo assim, a integração consiste nos processos de interação e/ou relação estabelecidos entre a população, municípios, estados e países motivadas por interesses pessoais, regionais, econômicos e geopolíticos, com o intuito de atender as necessidades individuais e coletivas de uma totalidade.

Assim, a visão ecossistêmica, por meio dos princípios das relações, inter-relações, influências mútuas, interdependência, permitem conhecer e analisar os processos de estabelecidos entre os serviços, setores, ações, gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde das cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. Nesse ínterim, tendo em vista a grande extensão territorial brasileira em área contígua a outros países, a preocupação com a integração regional dos serviços de saúde, sua estruturação e organização, tem-se tornado mais

evidente nas discussões entre pesquisadores, estudiosos e gestores das cidades e/ou regiões de fronteira<sup>(10)</sup>.

Entende-se a importância da continuidade na realização de pesquisas acerca dessa temática. Aprofundar o conhecimento científico dos contextos regionais, compreender a rede de interações e inter-relações de seus elementos constituintes, e a influência desses na maneira como as instituições públicas se estruturam, organizam e operacionalizam seus serviços/ações de saúde. Assim, por meio de acordos e programas unilaterais destinados a solucionar as necessidades emergentes em saúde, o Ministério da Saúde (MS)<sup>(2)</sup> vem buscando a cooperação internacional entre os países contíguos. Essas estratégias são capazes de favorecer o desenvolvimento mútuo entre os serviços/ações de saúde oferecidos à população no âmbito das fronteiras. Frente ao exposto, tem-se como objetivo: analisar a integração regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, na perspectiva ecossistêmica.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. A cidade brasileira, Chuí, contemplou uma Unidade Básica de Saúde(UBS) com Estratégia Saúde da Família(ESF) e uma UBS com Serviço de Urgência e Emergência. Do lado uruguaio, *Chuy*, compreendeu dois estabelecimentos públicos de saúde, sendo um equivalente à UBS no Brasil e uma instituição hospitalar, composta por uma Unidade de Serviços de Atenção Primária à Saúde e uma Unidade Hospitalar com Serviço de Urgência e Emergência.

Os participantes foram 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*. A coleta de dados foi

realizada no primeiro semestre de 2019. O método de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, utilizando-se de um roteiro formulado para essa finalidade e, previamente testado, a qual foi gravada. Continha nove questões fechadas sobre o perfil sociodemográfico e funcional dos participantes do estudo e, 11 questões abertas direcionadas aos principais aspectos a serem alcançados para compreensão dos processos de interação e relação entre os serviços de saúde, no contexto fronteiriço.

Para concretização das entrevistas foi realizada uma busca, inicialmente, junto às instituições de saúde dos municípios em estudo, onde foram identificados os gestores e/ou responsáveis pelos serviços saúde. Posteriormente, a pesquisadora contactou os participantes pessoalmente, sendo realizada a apresentação da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e sua relevância, bem como, a importância da sua participação para o alcance do objetivo proposto e, após, verificado seu enquadramento no critério de inclusão: atuar no cargo a no mínimo três meses. E, no critério de exclusão: participantes que gozavam de férias, licença, ou afastamento no período da coleta de dados.

Aos que aceitaram participar, foi combinado o dia e horário para realização das entrevistas. Essas, aconteceram nos respectivos espaços laborais dos participantes, em ambiente reservado e foram gravadas. O tempo médio das entrevistas foi no mínimo de 20 minutos e máximo de 60 minutos.

Após a transcrição das entrevistas, a análise e interpretação foram realizadas por meio do método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin<sup>(11)</sup>, que compreende três fases. A pré-análise, onde se buscou tornar o processo operacional e sistematizado às ideias iniciais, por meio da leitura flutuante, a escolha dos documentos, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação das hipóteses/ ou pressupostos e dos objetivos. A exploração do material possibilitou a codificação dos dados, por meio de funções de regras previamente formuladas.

Enquanto o tratamento dos resultados oportunizou a transformação dos dados brutos em dados expressivos e apropriados à análise. Nesta fase, se realizou a codificação, onde os dados brutos foram transformados em unidades, as quais permitiram uma descrição exata dos conteúdos pertinentes.

Os preceitos quanto à ética na pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados conforme a Resolução nº 466/12<sup>(12)</sup>. O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o CAAE 14898419.3.0000.5324, parecer nº 169/2019, processo nº 23116.004426/2019-59. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue em duas vias, condicionando a sua participação voluntária e o sigilo das informações. Os participantes foram identificados por meio da atribuição da sigla do país (BR – Brasil e UY – *Uruguay*) seguidas de um número arábico, iniciando em (um) e, assim, sucessivamente conforme sequência de realização das entrevistas (BR1, BR2, UY1, UY2...).

## **Resultados**

### **Perfil dos participantes**

Dos 12 gestores e/ou responsáveis pelos serviços de saúde, entrevistados, 11 são do sexo feminino e um do masculino, com idades entre 26 a 58 anos. Quanto a situação conjugal, (seis) afirmam serem solteiros, (dois) casados, (três) separados e (um) união estável. Questionados sobre a cor ou raça, 11 participantes autodeclararam-se brancos e (um) pardo. Ao que tange à escolaridade, (seis) participantes relataram ter concluído o 2º grau, (um) afirmou estar cursando o 3º grau, (cinco) possuem 3º grau completo e (um) curso de especialização. O tempo de atuação no cargo variou de (três) meses a 18 anos, sendo que (cinco) dos participantes nunca ocuparam

outro cargo, (sete) já ocuparam outras funções, destes (três) ocuparam outros cargos na área da saúde, mas nenhum cargo gerencial.

Portanto, o perfil dos gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/*Chuy*, se caracteriza por mulheres brancas, solteiras na faixa etária de 26 a 58 anos, com escolaridade compatível com o 2º grau, com tempo de atuação no cargo de (três) meses a (três) anos, e que já ocuparam algum outro cargo antes.

Neste artigo será apresentada uma categoria, intitulada: Integração e interação regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* e, três subcategorias, as quais serão descritas a seguir:

### **Interações e relacionamento entre os serviços de saúde**

A articulação entre os serviços de saúde em redes relacionais interativas pode ser vista como uma consequência natural e resolutive, frente a necessidade de garantir o direito integral à saúde. A presença de interação e comunicação entre gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde dos países limítrofes é observada nas seguintes falas:

*[...] Apenas para buscar os pacientes. (BR2)*

*[...] Começamos a estreitar um pouco os laços com a diretora e subdiretora do Hospital do Chuy[...]. As relações que nós temos são apenas para buscar um paciente brasileiro, ou quando não se tem recurso para atender um uruguaio encaminhamos para lá, [...]. (BR3)*

*[...] Na verdade, só se têm contato com a urgência e emergência [...]. (BR5)*

*[...] Em uma emergência nos ajudam bastante. As relações ocorrem, principalmente, na emergência, [...]. (BR6)*

*Temos pouca relação com o outro lado (Chuí/Brasil), em geral nas urgências. (UY1)*

*A inter-relação (relações) entre o Hospital do Chuy e o Posto de Saúde acredito que só à nível da direção.(UY3) Convênio não. Aqui na emergência nós conversamos com o serviço do lado brasileiro quando eles trazem pacientes ou quando há a necessidade de transferir para o Brasil [...]. (UY4)*

Destaca-se a intensidade no estabelecimento das relações, a qual vai desde o contato interativo burocrático de nível gerencial, permeando a comunicação efetuada para que seja executado o transporte dos pacientes do serviço de saúde de um país para o outro e chegando ao estabelecimento, mesmo que informal, da integração e cooperação em saúde nos casos específicos de urgência e emergência. As falas expressam, ainda, uma lacuna de interação entre os serviços, e conseqüentemente de integração cooperativa em saúde:

*[...] nunca tive relação com o outro lado (Chuy)[...] até agora não tive contato. (BR1)*

*[...] aqui (Chuy/Uruguay) somente com os usuários. Não temos contato com os profissionais de saúde de lá (Brasil). (UY2)*

*[...] o Posto de Saúde (trabalhadores brasileiros que prestam assistência) não vem aqui, buscam o Hospital do Chuy[...]. Não temos comunicação com eles lá do outro lado [...]. (UY5)*

*Não temos relações com os serviços do lado de lá (Brasil) [...]. (UY6)*

### **Formas de interação e relacionamento entre os serviços de saúde**

Conforme os enunciados, alguns participantes referem que a interação entre os serviços de saúde transcorre de diferentes formas e tipos de contato. Nota-se a predominância do uso de tecnologias de comunicação, contato telefônico, seguida pelo contato interpessoal direto entre os profissionais no momento da assistência, em especial nas urgências e emergências:

*[...] as nossas relações são somente quando eles (funcionários do Hospital do Chuy) ligam para buscarmos algum paciente brasileiro que esteja lá[...].(BR2)*

*[...] uma relação de comunicação por telefone. (BR3)*

*[...] em casos isolados o paciente é levado para lá (lado uruguaio) urgência e emergência [...]. Quando o paciente brasileiro entra no serviço público uruguaio o hospital liga e nos solicita a transferência do paciente para nossa referência que é Santa Vitória [...]. O que nós (Chuí/Brasil) utilizamos seria mesmo o serviço de urgência e emergência nos casos extremos, de risco de morte, são casos esporádicos. (BR5)*

*[...] nos chamam para atender e perguntamos: “Brasileiro ou uruguaio?” se é uruguaio atendemos e levamos para lá (Hospital do Chuy) [...]. Se brasileiro, avaliamos e se é muito grave levamos para lá (Hospital do Chuy), eles atendem, estabilizam e, caso precise, eles mesmo levam para Santa Vitória [...]. Geralmente (a relação) contato telefônico e depois na entrega ou retirada do paciente de lá (Hospital do Chuy).(BR6)*

*[...] As relações acontecem nos casos de emergência, acidentes graves de trânsito, geralmente por telefone. (UY1) [...] quando tem um paciente brasileiro, elas ligam para o Brasil vir buscar e vice e versa. Se tem alguma relação é a nível de direção. (UY3)*

*[...] trazem alguém que atendem em via pública, nós ligamos para virem buscar algum brasileiro. Quando precisamos, ligamos e eles vêm ou nós vamos buscar [...] se trazem algum paciente, eles ficam e nós ajudamos no atendimento.(UY4).*

### **Conflitos de interesse**

Os dados apontam a discordância dos gestores e/ou responsáveis brasileiros frente a falta de regulamentação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) brasileiro que permita o ingresso do transporte deste serviço no país vizinho. Aludem ainda, a cobrança, por parte do serviço terceirizado de saúde uruguaio, pelo transporte dos usuários do *Uruguay* para o Brasil.

Sendo assim, os conflitos de interesses observados entre os serviços estão diretamente associados a falta de regulamentação de acordos de fronteiras que possibilitem a cooperação integrativa em saúde, sem prejuízo ou danos aos serviços, mas promovendo o direito, acesso e a assistência à saúde integral à população fronteiriça, o que é expressa nas falas:

*A ambulância (vinculada a cooperativa médica COMERO(Colectivo Médico Rochense) é a prova viva [...] que existe conflito de interesses, de favorecimento financeiro deles. Não existe resolução, ou a gente paga, ou não retira o paciente da COMERO e do hospital tem que ir buscar. (BR2)*

*Brasileiro, dentro da COMERO (Colectivo Médico Rochense), para ser liberado para o transporte até Santa Vitória (município de referência para o Chuí), exigem ambulância especializada, cinco mil e duzentos reais até Santa Vitória, eles querem dinheiro. [...] A ambulância da COMERO (Colectivo Médico Rochense) vem fazer atendimento particular aqui do lado brasileiro, mas a nossa SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) não pode entrar lá (Chuy/Uruguay) para buscar um paciente. Se eu for falar do hospital mais especificamente, existe conflito [...]. (BR3)*

*[...]só que eles não liberam esse paciente na nossa ambulância que é tipo A, não temos uma ambulância especializada[...]acabamos tendo que nos comprometermos em pagar esse serviço de transporte do paciente, porque na verdade tem que levar, não tem escolha[...]. (BR5)*

*[...] óbvio que cobram do nosso município por esse serviço, porque a nossa ambulância não é especializada. (BR6)*

## **Discussão**

As relações são ações extremamente importantes na atualidade do mundo globalizado, no intuito de responder de forma efetiva e integral às necessidades sociais. Os esforços de

integração cooperativa internacional devem assegurar o acesso aos serviços públicos e auxiliar os gestores municipais na elaboração de estratégias, visando à integração dessas regiões e à melhoria da qualidade de vida da população fronteiriça<sup>(9)</sup>.

No presente estudo, observa-se que os participantes referem a existência de processos relacionais entre os serviços de saúde, que por vezes, envolvem interesses eminentes a ações pontuais e específicas, como nos casos de atendimento à urgência e emergência ou para o transporte de pacientes. Estudo de caso, realizado na Europa, abordou os obstáculos frente a implementação de cuidados entre fronteiras. Os resultados evidenciaram que os atendimentos ocorrem, especialmente nos casos de emergência, o que denota a necessidade de uma melhor abordagem na concepção e prestação de cuidados entre os serviços de saúde que envolvem fronteiras<sup>(13)</sup>.

Para efetivação dos serviços de saúde entre os países de fronteira, se faz necessária a integração, bem como, a compreensão, por gestores e profissionais de saúde, sobre os direitos à saúde de estrangeiros<sup>(14)</sup>. Logo, surge a necessidade de manifestações de ordem e desordem que proporcionem a construção de uma nova ordem, para que do caos se possibilite uma nova configuração, capaz de contribuir, por meio das inter-relações e relações, a melhoria do vínculo e da comunicação entre os serviços de saúde de fronteiras<sup>(15)</sup>.

Ainda, o presente estudo evidencia que além das relações acontecerem em situações específicas, quando ocorrem, as mesmas se conectam por meio de uma interação/comunicação limitada. Corroborando com esses dados, estudo realizado em duas regiões de saúde da Amazônia Legal<sup>(16)</sup>, assinala a necessidade de promover maior integração, melhorar os vínculos e a comunicação. Este identificou também, que a interação e a integração entre os atores locais de saúde é um mecanismo de articulação estratégica, a fim de coordenar esforços mediante a

demanda espontânea, ações de prevenção e vigilância e, a construção de acordo de cooperação que financiem os serviços entre os países fronteiriços<sup>(16)</sup>.

Essa integração entre diferentes atores e organismos intergovernamentais pode contribuir para a melhoria e o fortalecimento dos sistemas de saúde, com o compartilhamento de experiências, capacidades técnicas e recursos financeiros<sup>(17)</sup>. Tais desafios dependem de ações coordenadas interpaíses e estruturas de governança capazes de garantir que responsabilidades sejam de fato assumidas. Para tanto, os gestores reforçam a necessidade de articular a comunicação entre os serviços de saúde, enfatizando a sua função de representação enquanto atores políticos<sup>(18)</sup>.

A comunicação entre os serviços de saúde é elemento estratégico para o adequado funcionamento da rede de relações e interações entre as fronteiras. Em analogia aos princípios do pensamento ecossistêmico, entende-se que as inter-relações precisam estar configuradas em rede, de forma dinâmica e não linear. Nessa perspectiva, o ecossistema pode ser visualizado como uma rede, onde os nós são representados por todos os elementos bióticos/sociais destinados a prestar os serviços de saúde. Estes devem estar interligados, unidos por filamentos, que representam a comunicação, o diálogo, o convívio e a informação entre os nós, formando um entrelaçamento, uma grande teia de interações e inter-relações.

Nessa configuração imaginária, a comunicação é o fio invisível da rede, capaz de promover o fluxo sistêmico relacional e interativo, ao gerar informações que possibilitam *Feedback* positivo de resposta nas diferentes ações em saúde<sup>(3)</sup>. Para tanto, destaca-se como estratégias de interação entre os elementos bióticos constituintes dos serviços de saúde, a relação dialógica entre o profissional de saúde e, sobretudo, as inter-relações entre os serviços de saúde e o seu espaço/território/ambiente<sup>(4)</sup>.

Ao discorrer sobre a relação aos conflitos de interesse nos serviços públicos de saúde entre as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, os participantes referem a existência deste interesse, gerando insatisfação frente a cobrança pelo transporte do usuário ao seu país de residência. Fato esse, decorrente, em grande parte, pela ausência de transporte especializado em um dado país em comparação com outro.

Estudos<sup>(19-20)</sup>, corroboram com os achados do presente trabalho, ao abordar a existência de conflitos de interesse, entre as regiões de fronteira. Assim, estudo realizado em cidades gêmeas da América do Sul, salienta que a existência de conflitos de interesse, decorre das divergências organizacionais, administrativas e políticas nos sistemas locais de saúde, as quais comprometem o desenvolvimento de ações e serviços de integração e cooperação em saúde em regiões fronteiriças<sup>(21)</sup>.

No âmbito dos serviços e ações de saúde, as melhorias avaliadas pelo poder público, reconhecidos em forma de lei para garantir o direito à saúde sem distinção de nacionalidade para os cidadãos residentes nas regiões fronteiriças, evidenciam avanços inegáveis nesse contexto. Porém, os gestores de saúde brasileiros apontam a inexistência de acordos legais que supram as necessidades fronteiriças de financiamento ou permuta de serviços com país limítrofe e vice-versa, sendo necessário contratar uma empresa terceirizada para a prestação de serviços<sup>(21)</sup>.

Ao analisar a integração entre os serviços de saúde nos países de fronteira, observa-se uma relação e interação, muitas vezes, restrita, frágil e conflituosa. Essas questões, vistas na perspectiva ecossistêmica, fornece subsídios aos gestores e responsáveis pelos serviços de saúde de ambos os países de fronteira para repensar as políticas e acordos vigentes, no sentido de implementação de programas e intervenções específicas às reais necessidades de saúde das populações em seus respectivos ecossistemas. Portanto, é emergente pensar e gerir os processos

entre os serviços públicos de saúde com base nos princípios ecossistêmicos pois, promovem o entrelaçamento dos seus componentes, estimulam-se mutuamente, exercitam cooperação e incentivam a integração e inter-relação entre si em regiões fronteiriças.

## **Conclusão**

A compreensão da organização e funcionamento dos serviços e ações de saúde interpaíses - Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, possibilitou perceber como se processa a integração e as inter-relações entre os serviços públicos de saúde nessa região de fronteira. A partir dos resultados identificou-se vários fatores que direta e/ou indiretamente influenciam nos acordos firmados, nas políticas e práticas de saúde nacionais e internacionais interpaíses. Portanto, conhecer essas realidades, sua organização, funcionamento e integração, constitui-se em um dos valores centrais das abordagens de saúde global para os povos desses espaços, ainda pouco explorados em enfermagem/saúde no Brasil.

A análise dos princípios da integração e inter-relação ecossistêmica, entre os serviços públicos de saúde da região de fronteira, Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, levou a uma nova forma de pensar e um fazer inovador nos serviços e ações de saúde. Os resultados apontam possibilidades de mudanças nas relações e interações entre as práticas dos serviços de saúde desses países fronteiriços, envolvendo políticas e programas de saúde, serviços e ações bilaterais com possíveis medidas para mediar e sanar conflitos de interesse entre os dois países e alcançar progresso, bem-estar e melhoria na saúde para a população.

Novas pesquisas se tornam indispensáveis para ampliar as discussões no sentido de buscar melhores condições de sustentabilidade dos espaços/ambientes à produção do conhecimento na enfermagem e saúde em países fronteiriços, analisar a execução de acordos e de políticas públicas de saúde e compreender e implementar os meios e as estratégias, que de

fato possam favorecer as inter-relações entre os serviços de saúde em seus ecossistemas fronteiriços.

## Referências

1. Losada PR., Sadeck B. O papel da fronteira na integração regional – o caso do consórcio intermunicipal de fronteira. In: Espósito Neto T, Almeida Prado HS. Fronteiras e relações internacionais. Curitiba: Íthala, p. 37-53, 2015.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). 2018. Brasília, [cited Abr 24, 2019]. Available from:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_politica\\_externa\\_20\\_anos\\_aisa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf).
3. Siqueira HCH, Thurow MRB, Paula SF, Zamberlan C, Medeiros AC, Cecagno D, et al. Health of human being in the ecosystem perspective. J Nurs UFPE on line. 2018 Feb 01;12(2):559-64. doi: 10.5205/1981-8963-v12i2a25069p559-564-2018.
4. Zamberlan C, Paula SF, Siqueira HCH, Backes DS, Ventura J. Guidance for children of fathers/mothers with heart disease: possibilities and approaches. Rev enferm UERJ. 2018; 26:e28057. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.28057>.
5. Mochizuke KC. Influência do atendimento em saúde à estrangeiros em uma cidade fronteiriça brasileira. Journal Health NPEPS. 2017[cited Abr 24, 2019]; 2(1): 241-53. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1824>
6. Ministério da Integração Nacional(Brasil). Consolidação dos Planos De Desenvolvimento e Integração das Faixas de Fronteira. 2017.Brasília [cited Abr 24, 2019]. Available from:  
<http://www.integracao.gov.br/documents/4085233/0/Fronteira.+IICA.pdf/b8c60a27-9585-42ee-88a6-c4d02acb2965>.

7. Ministério da Integração Nacional(Brasil). Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016. Estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Diário Oficial da União. Brasília, seção1, p.12, 20 jun 2016. [cited Abr 24, 2019]. Available from:<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016> . Acesso em: 3 jun. 2019.
8. Mendes J, Sanches D, Machado F, Giongo C, Martins J. Saúde do trabalhador na região de fronteira do RS: a experiência do diagnóstico situacional. Pensamiento Americano. 2016 [cited Abr 24, 2019]; 9(16), 156-170. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/327183363\\_A\\_saude\\_do\\_trabalhador\\_na\\_regiao\\_d\\_e\\_frenteira\\_do\\_RS\\_a\\_experiencia\\_do\\_diagnostico\\_situacional](https://www.researchgate.net/publication/327183363_A_saude_do_trabalhador_na_regiao_d_e_frenteira_do_RS_a_experiencia_do_diagnostico_situacional).
9. Aikes S, Rizzotto MLF. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. Cad. Saúde Pública. 2018; 34( 8 ): e00182117. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00182117>.
10. Pecequilo, C.S., Carmo, C.A. Regional integration and Brazilian Foreign Policy: Strategies in the South American space. *Revista de Sociologia e Política*. 2013; 21(48), 51-65. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782013000400003>.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. rev. e atual. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Conselho Nacional de Saúde(Brasil.). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, [cited Abr 15, 2019]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
13. Van der Molen IN, Commers MJ. Unresolved legal questions in cross border health care in Europe: liability and data protection. *Public Health*. 2013;127(11):987-93. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.020>.

14. Santos-Melo GZ, Andrade SR, Ruoff AB. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. *Acta paul enferm.* 2018 Feb; 31(1): 102-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800015>.
15. Prigogine I. *Ciência, razão e paixão*. São Paulo: Física; 2009.
16. Casanova AO, Giovanella L, Cruz MM, Ferreira MFDC. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. *Ciênc saúde coletiva.* 2018 Out; 23(10): 3163-3177. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413812320182310.15442018>.
17. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Poz MRD. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017 Jul; 22( 7 ): 2237-2246. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>.
18. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saude soc.* 2018; 27(1): 69-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170296>.
19. Oliveira ARF, Souza RCM. As cidades fronteiriças na Américas do Sul: Polêmicas e conflitos com centro Oeste brasileiro. *Rev. Tamoios, São Gonçalo (RJ).* 2014 Jan/Jun;10(1): 67-87. doi: 10.12597/tamoios.2014.7269.
20. Ferraro VGJ. A integração nas cidades-gêmeas da fronteira Brasil-Bolívia: elementos de cooperação e conflito. *Tempo da ciência, Toledo.* 2018 Jul/Dez [cited Out 23, 2019]; 25(50):79-92. Available from: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/view/21196>.
21. Nogueira VMR. La dimensión social del MERCOSUR en espacios fronterizos: asimetrías y convergências em la atención de la salud. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales.* 2018 Dic; 2:60-73. doi: <https://doi.org/10.28917/ism.2018-v2-60>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo cinge uma síntese reflexiva a respeito da pesquisa sobre os serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica. Avalia-se o percurso trilhado, bem como, as vantagens e benefícios auferidos com a adoção da teoria e filosofia do Pensamento Ecossistêmico como referencial condutor dos passos adotados e em especial a escolha do conjunto de instituições prestadoras de serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* como o ecossistema de estudo.

Nessa óptica, foi possível compreender que o conjunto de instituições prestadoras de serviços públicos de saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, laborando em cooperação e interagindo com os elementos físicos e organizativos como um todo organizado, tornam os resultados mais profícuos e, assim colaboram com a população na demanda de suas necessidades de saúde.

Na acepção ecossistêmica, o espaço/ambiente de estudo constitui-se em um ecossistema de cuidado composto por quatro instituições públicas de saúde. Por sua vez as instituições são formadas por elementos bióticos e abióticos que interagem e inter-relacionam-se interna e externamente, influenciando-se mutuamente com o intuito de produzir/ofertar serviços de saúde (Figura 14).

A eleição do referencial teórico-filosófico condutor desse trabalho vai ao encontro da filosofia institucional adotada pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), a qual assumiu como vocação institucional o Ecossistema Costeiro Marítimo, sendo este norteador de suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, conforme Resolução nº 014/87, do Conselho Universitário (CONSUN) da FURG, que a aprovou, definiu e adotou, como guia norteadora Filosófica e Política Institucional de suas ações

Não obstante, a mestranda ser membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: “Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde” (GEES), foi instigada a leituras, reflexões e discussões propulsoras da aplicabilidade do Pensamento Ecossistêmico em diversos cenários, e especialmente, no da enfermagem e saúde.

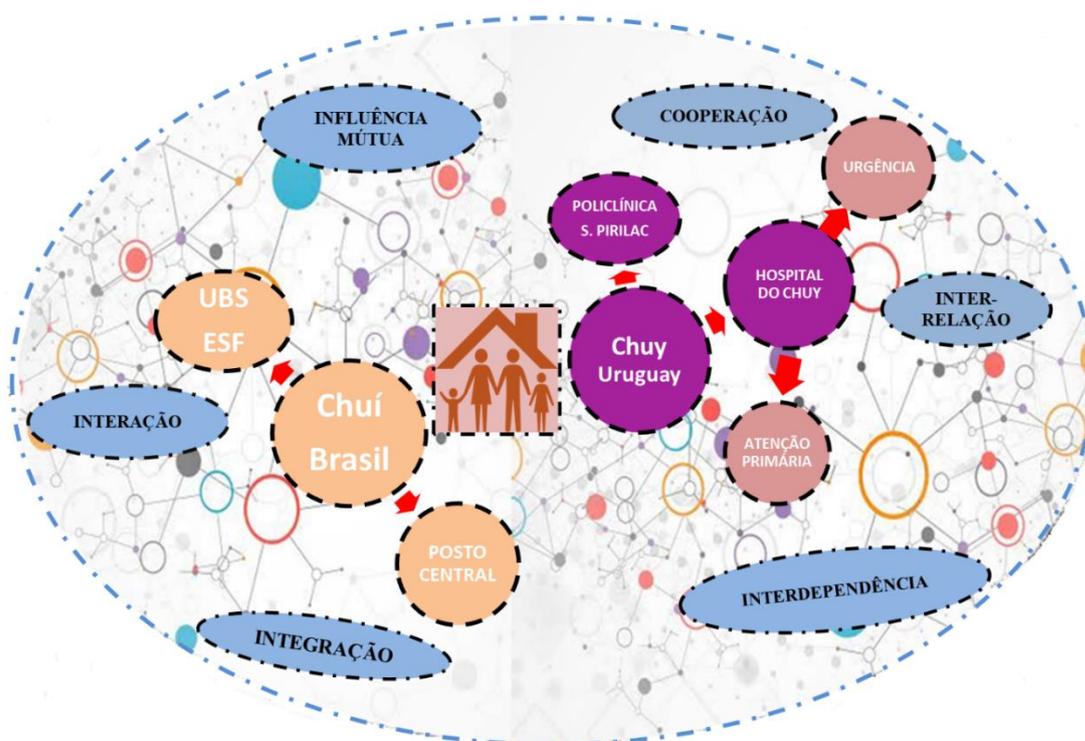
Salienta-se que a Dissertação em pauta: Serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica, faz parte de um projeto maior, intitulado “Ecossistema em

Enfermagem/saúde”, o qual visa desenvolver pesquisas na enfermagem/saúde, com base no paradigma ecossistêmico em âmbito local, nacional e internacional.

**Figura 14** – Instituições públicas prestadoras de serviços de saúde nas cidades Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay , na perspectiva ecossistêmica. Rio Grande, RS, 2019.

**Legenda:**

- Instituições prestadoras de serviços de saúde no Brail
- Instituições prestadoras de serviços de saúde no *Uruguay*
- Princípios ecossistêmicos utilizados neste trabalho



**Fonte:** Com base em BERTALANFFY (2013); CAPRA, LUISI (2014); SIQUEIRA et al., (2018), elaborado por Rodrigues e Siqueira (2019).

A relevância desta Dissertação está em contribuir na construção de conhecimento acerca dos contextos fronteiriços de saúde, por meio da compreensão das interações e inter-relações de seus elementos constituintes e verificar a influência desses, na maneira como as instituições públicas se estruturam, organizam e operacionalizam seus serviços/ações de saúde. Aponta-se, a importância dessa pesquisa com base no cenário nacional na ANPPS, que recomenda ao longo de suas indicações a busca e desenvolvimento de pesquisa, como observado nas subagendas

14, 16 e 22, e, também indicado a nível internacional, uma vez que se encontra alinhada aos objetivos para o desenvolvimento sustentável da Agenda 2030.

A investigação proposta nesse estudo visou responder as inquietudes laborais da pesquisadora, enquanto enfermeira assistencial em uma UBS localizada na região de fronteira Brasil/*Uruguay*, onde foram observados os fluxos populacionais na busca pela assistência à saúde nos países limítrofes Brasil/*Uruguay*.

Ao longo da busca da concretização da proposta da pesquisa foram alcançados os objetivos e a questão norteadora, assim considera-se que o caminho adotado correspondeu à expectativa da pesquisa. A metodologia elencada e apoiada pelos princípios ecossistêmicos, permitiu clarear a questão de pesquisa e contribuiu para conhecer e analisar os dados, assim como a obtenção de resultados. A utilização do método da Análise de Conteúdo de Bardin para a análise e interpretação dos dados, mostrou-se eficiente e permitiu apresentar os dados e resultados utilizando diversas formas para expressar os resultados como, tais como: descrição, figuras, quadros, entre outros, auxiliando na clareza, coerência e objetividade. Esse método, associado ao referencial teórico, possibilitou maior apropriação e aprofundamento da realidade investigada, permitindo construir e discutir a estrutura física e organizacional relativos aos espaços em estudo.

Essa caminhada possibilitou conhecer e descrever as ações/serviços de saúde e a respectiva estrutura física onde são ofertados, bem como, sua estrutura organizacional nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

Observou-se que os processos de oferta de saúde nas mais diversificadas modalidades, se efetizam com apoio de princípios ecossistêmicos de inter-relação, integração, interação, cooperação e influência mútua internacional regional e local dos prestadores de serviços públicos de saúde, entre os aspectos físicos e organizacionais, entre as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*; Entretanto, o estabelecimento de relações entre os elementos constituintes do ecossistema fronteiriço em saúde pode resultar em dificuldades laborativas de ordem física e organizacional devido as diferenças socioculturais entre as populações. Em contrapartida, possibilita benefícios para usuários, como o compartilhamento do conhecimento, melhoria da qualidade dos serviços, além de fomentar possibilidades de cooperação integrativa em saúde, crescimento e aprofundamento da prática profissional.

Os dados revelaram ainda, o desconhecimento por parte dos gestores e/ou responsáveis pelos serviços públicos de saúde nas cidades Chuí e *Chuy* acerca dos acordos bilaterais,

levando, até mesmo a prejudicar o exercício de integração cooperativa e eficaz na qualidade dos serviços realizados nesse espaço. Verificou-se que a análise dos dados foi essencial para compreender acerca de cada um dos elementos que constituem os contextos pesquisados.

Os dados e resultados alcançados foram discutidos em dois artigos: o primeiro artigo contemplou a categoria: Oferta gratuita de assistência em saúde nas cidades Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay* subcategorias: ações/serviços de saúde ofertados; exigências para acessar os serviços de saúde; situações que permitem o livre acesso aos serviços de saúde. Essa forma de discutir os dados e resultados permitiu avaliar as ações/serviços públicos de saúde oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

O segundo artigo foi construído embasado na categoria Integração e interação regional dos serviços públicos de saúde entre as cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, subcategorias: interação e relacionamento entre os serviços de saúde, formas de interação e relacionamento entre os serviços de saúde e conflitos de interesse

Destaca-se, que se obteve um vasto banco de dados que permite divulgar o conhecimento construído no meio científico, por meio de palestras, artigos, livros e demais meios disponíveis para fazê-lo.

Salienta-se, que a partir dos resultados dessa pesquisa foi possível compreender a estruturação, organização e funcionamento dos serviços e ações de saúde interpaíses - Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*, possibilitando perceber como se processa a integração e as inter-relações entre os serviços públicos de saúde nessa região de fronteira. Neste sentido, obteve-se por meio dos dados emergidos o conhecimento relativo a um dos valores centrais das abordagens de saúde global para os povos desses espaços, ainda pouco explorados em enfermagem/saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N. **SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafio**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ALMEIDA, R.A.; PEREIRA, J.M. **Marketing de Serviços**. 1. ed. Lisboa: Edições Sílabo, Ltda, 2014.

ARAN, D.; LACA, H. Sistema de salud de Uruguay. **Salud pública México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. 265-274, jan. 2011. Disponible em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 abr. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. reimp. Lisboa: Edições, v. 70, 2011.

BERBEL, D.B.; RIGOLIN, C.C.D. Educação e Promoção da Saúde no Brasil através de Campanhas Públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-38, 2011.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 7. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 11503, 21 jul. 1987. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.alep.pr.gov.br/system/files/corpo/Con1988br.pdf> Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 18055, 20 set. 1990. 1990a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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**, Brasília, seção 1, p. 25694, 31 dez. 1990. 1990b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://docplayer.com.br/12320778-Ministerio-da-saude-sus-principios-e-conquistas-sistema-unico-de-saude-brasilia-df.html>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 5.105, de 14 de junho de 2004. Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, de 21 de agosto de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 1, 15 jun. 2004. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5105-14-junho-2004-532639-publicacaooriginal-14929-pe.html>. Acesso em: 20 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.120**, de 06 de julho de 2005. Institui o sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jul. 2005. 2005a. Disponível em: [http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1120-2005\\_193083.html](http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1120-2005_193083.html). Acesso em: 14 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: **Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais, 2005b. Disponível em: [www.integracao.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/Introduo-e-antecedentes.pdf](http://www.integracao.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/Introduo-e-antecedentes.pdf). Acesso em: 15 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2006a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_sus\\_avancos\\_desafios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_sus_avancos_desafios.pdf) Acesso em: 23 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf) Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.188**, de 05 de junho de 2006. Dá nova redação a Portaria nº1.120/GM que institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteira. Brasília, 2006c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1188\\_05\\_06\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1188_05_06_2006.html). Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_municipio\\_garantindo\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2009b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_municipio\\_garantindo\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf) Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2009c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_20\\_anos\\_conass\\_2009.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf) Acesso em: 23 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 933, de 21 de outubro de 2009. Aprova o texto do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.1, 14 dez. 2009. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2009/decretolegislativo-933-11-dezembro-2009-597335-publicacaooriginal-120302-pl.html>. Acesso em: 12 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010 a. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)

\_\_\_\_\_. Grupo de Trabalho Interfederativo de Integração Fronteiriça. **Bases para uma proposta de desenvolvimento e integração na Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2010b. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/BasesFaixaFronteira.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 7.239, de 26 de julho de 2010. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.1, 22 jul. 2010. 2010c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7239-26-julho-2010-607424-publicacaooriginal-128371-pe.html>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. (Coleção Para entender a gestão do SUS). Brasília: CONASS, 2011, v.3. 2011a. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_13.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_13.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. (Coleção Para entender a gestão do SUS). Brasília: CONASS, 2011, v.1. 2011b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, seção1, p. 48, 24 out. 2011. 2011c. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em: 20 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, seção1, p. 61, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. Portaria n. 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial da União**. Brasília, seção1, p. 45, 24 mar. 2014. 2014a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/67965696/dou-secao-1-24-03-2014-pg-45?ref=serp>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 622, de 23 de abril de 2014. Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. **Diário Oficial da União**. Brasília, seção1, p. 67, 24 abr. 2014. 2014b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/69354768/dou-secao-1-24-04-2014-pg-67?ref=serp>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed.: 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da

Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, seção1, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/161636273/dou-secao-1-22-09-2017-pg-68?ref=serp>.

Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2019a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm#>. Acessado em: 13 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde(CNES)**. 2019b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRITO, P.E. La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. **Revista Cubana de Salud Pública**. [S.l.], v. 40, n. 1, p. 96-113, 2014. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v40n1/spu11114.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v40n1/spu11114.pdf). Acceso en: 24 abr. 2019.

BÜHRING, M.A. (Re)Definição de Fronteira(s) e Cidades Gêmeas Brasil e Uruguai. **Revista de Direito de Família e Sucessão**. [S.l.], v. 1, n. 2, p. 230 - 60, jul/dez. 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/51326549-Re-definicao-de-fronteira-s-e-cidades-gemeas-brasil-e-uruguai-re-definition-of-border-s-and-twin-cities-brazil-and-uruguay.html>. Acesso em: 20 abr.2019.

CAPRA, F. **A teia da vida**. 13. ed. São Paulo: Cultrix, 2012. Disponível em: <https://mundocogumelo.blog.br/download/a-teia-da-vida-download-fritjof-capra/>. Acesso em: 24 abr. 2019.

CAPRA, F.; LUISI, P.L. **A visão Sistêmica da Vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 15 abr. 2019.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2014.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, jan. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000100069&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100069&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 abr. 2019.

FUENTES, G. El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideu, v. 19, n. 1, jan. 2010. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-499X2010000100005](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2010000100005). Acesso en: 24 abr. 2019

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidade**. Rio de Janeiro: ISAGS, mai. 2012. Disponible en: <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/bb8ling2anx9red-ilovepdf-compressed.pdf> Acesso en: 24 abr. 2019.

JÚNIOR, A.P.; JÚNIOR, L.C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

KLEINSCHMITT, S.C. A fronteira como um espaço de alteridade, conflito e transgressão: um olhar a partir de Foz do Iguaçu. Paraná. In: Trincherro, H.H.; Oliveira, T.C.(Orgs.). **Fronteiras platinas: território e sociedade**. Campo Grande: UFGD, v.1, p. 333-47, 2012.

LOSADA, P.R.; SADECK, B. O papel da fronteira na integração regional – o caso do consórcio intermunicipal de fronteira. In: ESPÓSITO NETO, T.; ALMEIDA PRADO, H.S.de. **Fronteiras e relações internacionais**. Curitiba: Íthala, p. 37-53, 2015.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.23, n.2, p.417-25, jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 abr. 2019.

MAFFISSONI, A.L.; VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L.L.; ZOCHE, A.A. Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. *Rev Cuid.* 2018; 9(3): 1-13. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.549>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES, V. E. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, J. et al. Saúde do trabalhador na região de fronteira do RS: a experiência do diagnóstico situacional. **Pensamiento Americano**. [S.l.], v.9, n.16, p.156-170, 2016. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/327183363\\_A\\_saude\\_do\\_trabalhador\\_na\\_regiao\\_de\\_fronteira\\_do\\_RS\\_a\\_experiencia\\_do\\_diagnostico\\_situacional](https://www.researchgate.net/publication/327183363_A_saude_do_trabalhador_na_regiao_de_fronteira_do_RS_a_experiencia_do_diagnostico_situacional). Acesso em: 24 abr. 2019.

MERCOSUL. **Mercado Comum do Sul**. 2019. Disponível em: <http://www.mercosul.gov.br/>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Huitec, 2010.

MOCHIZUKE, K.C. Influência do atendimento em saúde à estrangeiros em uma cidade fronteiriça brasileira. **Journal Health NPEPS**. [S.l.], v.2, n. 1, p. 241-53, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1824>. Acesso em: 24 abr. 2019.

NETO, W.A.D.; PENHA, B. As regiões de fronteira como laboratório da integração regional no MERCOSUL. **Anais do II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina**. 2016. Disponível em: [https://sites.usp.br/prolam/wp-content/uploads/sites/35/2016/12/Desiderá-e-Penha\\_sp06-Anais-do-II-Simpósio-Internacional-Pensar-e-Repensar-a-América-Latina.pdf](https://sites.usp.br/prolam/wp-content/uploads/sites/35/2016/12/Desiderá-e-Penha_sp06-Anais-do-II-Simpósio-Internacional-Pensar-e-Repensar-a-América-Latina.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. Políticas de Saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v.19, n.1, p. 145-56, jan./jun. 2015. Disponível

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3872/2023>.

Acesso em: 24 abr. 2019.

NOGUEIRA, V.M.R. La dimensión social del MERCOSUR en espacios fronterizos: asimetrías y convergencias en la atención de la salud. **Revista MERCOSUR de Políticas Sociales**, [S.l.], v. 2, p. 60-73, dic. 2018. Disponible en: <http://revista.ismercosur.org/index.php/revista/article/view/46>. Acceso en: 24 abr. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2015. Disponível em: [https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015\\_PT.pdf](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf)

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. OMS. **Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.4. Washington: OPAS, 2010. Disponible em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes\\_Integradas\\_Servicios\\_Salud-Conceptos.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf). Acceso en: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. **Saúde nas Américas +**. Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington: OPAS, 2017. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34323/9789275719671\\_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34323/9789275719671_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y). Acesso em; 24 abr. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Sistemas de Saúde Mundiais**. 2016.

PECEQUILO, C.S.; CARMO, A. Regional integration and Brazilian foreign policy: strategies in the South American space. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, v.21, n.48, p.51-65, dec. 2013. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782013000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000400003&lng=en&nrm=iso). Access on 24 apr. 2019.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n.3, p. 320-28, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/educacao\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/educacao_promocao.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. **Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde**. In Cuidado Humano Plural. Rio Grande: Editora da FURG, 2008.p. 43-57.

POLIGNANO, M.V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** 2018. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros> Acesso em: 13 nov. 2018.

PRADO, H.S.de A. A cooperação descentralizada e transfronteiriça no MERCOSUL: a construção de um regime simbólico. In: **Anais do I Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão do Território.** Rio de Janeiro: REBRAGEO, 2014, p. 906-923. Disponível em: <https://www.editoraetral.com.br/anais-congeo/arquivos/978-85-63800-17-6-p906-923.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SANTOS-MELO, G.Z. dos; ANDRADE, S.R.de; RUOFF, A.B. Health integration across international borders: an integrative review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 102-7, fev. 2018. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000100102&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100102&lng=pt&nrm=iso). Access in 24 apr. 2019.

SAUSI, J.L.R; ODDONE, N. **A cooperação transfronteiriça entre as unidades sub-nacionais do MERCOSUL.** Tradução de Thauan Santos. Disponível em: <http://www.paradiplomacia.org/upload/downloads/31b47f3b39a610539b7531841e5f2795doc1port.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SILVA, J.R.S. **Reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande:** contribuições do enfermeiro. 2013. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

SIQUEIRA, H.C.H. et al. A saúde do ser humano na perspectiva ecossistêmica. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.12, n. 2, p. 559-64, fev., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25069/27888>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SIQUEIRA, H.C.H de. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir.** 2001. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SCHULTZ, G.. **Introdução à gestão de organizações.** 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. 159 p.

SOUZA, I.P.M.A.; JACOBINAB, R.R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 618, set. 2012. ISSN 2318-2660. Disponível em: <http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/293>. Acesso em: 24 abr. 2019.

URUGUAY. *Ley n. 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.* **Diário Oficial**. Montevideu, n. 27384, 13 dic. 2007. Disponível em: <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ELEMENTOS ABIÓTICOS DOS**  
**SETORES DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE COMPATÍVEIS COM UBS**  
**CHUÍ/BRASIL E CHUY/URUGUAY**

<b>ELEMENTOS ABIÓTICOS DOS SETORES DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE</b> <b>SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DAS UBS CHUÍ/BRASIL E CHUY/URUGUAY</b>												
<b>IDENTIFICAÇÃO DA UBS:</b>												<b>Data;</b> _/_/____/____
<b>SETORES</b>	<b>ASPECTOS</b>											<b>Observações</b>
	<b>M<sup>2</sup></b>	<b>I</b>	<b>V</b>	<b>A</b>	<b>PP</b>	<b>Mo</b>	<b>E</b>	<b>Ma</b>	<b>PJ</b>	<b>S</b>	<b>L</b>	
1.1.Recepção												
1.2.Sala de Espera												
1.3.Sala de triagem												
1.4.Consultório e enfermagem												
1.5.Consultórios médicos e outros												
1.6.Consultório de odontologia												
1.7.Sala de procedimentos												
1.8.Sala de observação												
1.9.Sala de esterilização												
1.10.Sala de Vacinas												
1.11.Farmácia												
1.12.Almoxarifado												
1.13.Expurgo												
1.14.Banheiros												
1.15.Cozinha/Refeitório												
1.16.Sala de reuniões												
1.17.Corredores												
<b>ANOTAÇÕES</b>												

**Observação:** Para o registro dos dados referentes aos elementos abióticos será utilizada uma escala do tipo Likert: (1) **Muito Bom;** (2) **Bom;** (3) **Regular;** (4) **Ruim;** (5) **Péssimo;** (6) **Ausente.**

**Legenda:**

M<sup>2</sup> – Dimensão metros quadrados

I – Iluminação

V – Ventilação

A – Água

PP – Piso/Parede

P – Pintura

Mo – Mobiliário

E – Equipamentos

Ma – Materiais

PJ – Portas/Janelas

S – Sinalização

L – Limpeza

**APÊNDICE B**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ELEMENTOS ABIÓTICOS DA**  
**INTUIÇÃO HOSPITAL CHUY/URUGUAY**

<b>ELEMENTOS ABIÓTICOS DOS SETORES DO HOSPITAL DO CHUY</b>														
IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL:													Data: _____/_____/____	
SETORES	ASPECTOS													Observações
	M <sub>2</sub>	I	V	A	PP	PP	Mo	E	Ma	PJ	S	L		
1.1.Recepção														
1.2.Sala de Espera														
1.3.Sala de triagem														
1.4.Consultório de enfermagem														
1.5.Consultórios médicos e outros														
1.6. Sala de procedimentos														
1.7. Sala de Observação														
1.8.Sala de parto														
1.9.Bloco cirúrgico														
1.10. Sala de esterilização														
1.11.Leitos/enfermarias														
1.12.Farmácia														
1.13.Almoxarifado														
1.14.Expurgo														
1.15.Banheiros														
1.16.Cozinha/Refeitório														
1.17.Sala de reuniões														
1.18.Corredores														
1.19.Outras (especificar)														
ANOTAÇÕES														

Observação: Para o registro dos dados referentes aos elementos abióticos será utilizada uma escala do tipo

Likert: (1) **Muito Bom**; (2) **Bom**; (3) **Regular**; (4) **Ruim**; (5) **Péssimo**; (6) **Ausente**.

Legenda:

M<sup>2</sup> – Dimensão metros quadrados

I – Iluminação

V – Ventilação

A – Água

PP – Piso/Parede

P – Pintura

Mo – Mobiliário

E – Equipamentos

Ma – Materiais

PJ – Portas/Janelas

S – Sinalização

L – Limpeza

**APENDICE C**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS GESTORES E/OU RESPONSÁVEIS**  
**PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NAS CIDADES CHUÍ/BRASIL E**  
**CHUY/URUGUAY**

<b>GUIA NORTEADOR DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	
<b>1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
Local do trabalho:	Identificação do participante:
Telefone:	E-mail:
1.1) Gênero: (1) F      (2) M	1.2) Idade:
1.3) Situação conjugal: (1) solteiro(a)      (2) casado (a)      (3) viúvo(a)      (4) união estável (5) separado/divorciado	
1.4) Cor ou Raça:      (1) Branca      (2) Negra – Preta      (3) Parda      (4) Amarela      (5) Indígena	
1.5) Escolaridade:      (1) 2º grau      (2) 3º Grau      (3) Especialização      (4) Mestrado      (5) Doutorado	
1.6) Curso de Graduação:	
1.7) Cargo que ocupa atualmente:	
1.8) Ocupa esse cargo há:      (1) menos de 1 ano      (2) mais de 1 ano      (3) mais de três anos (4) mais de cinco      (5) mais de dez anos.	
1.9) Ocupou outro cargo anteriormente? Qual?	
<b>2. DADOS DOS SERVIÇOS OFERTADOS</b>	
2.1) Que ações e serviços públicos de saúde são oferecidos à população nesse local?	
2.2) Esses serviços podem ser utilizados tanto por usuários brasileiros como por usuários uruguaios? (1) Sim      (2) Não      Se positivo: Explique.	
2.3) Esclareça com suas palavras, como esses serviços funcionam na prática nas cidades Chuí/Chuy:	
2.4) Quantos profissionais atuam aqui? Quais?	
2.5) Que relações existem no serviço público de saúde entre as cidades Chuí/Chuy?	
2.6) Diga com suas palavras, como ocorrem essas relações?	
2.7) Existe conflito de interesses entre os serviços públicos de saúde das cidades Chuí/Chuy? Quais? Como são resolvidos?	
2.8) Sob sua ótica e tendo em vista sua prática profissional de saúde na região da fronteira, existem dificuldades no cotidiano laboral em desenvolver ações e serviços na região de fronteira?	
2.9) As relações bilaterais trazem benefícios para os profissionais e usuários? Quais?	
2.10) Você conhece os acordos bilaterais?	
2.11) Existe algum tipo de encontro, reunião com os responsáveis pelos serviços públicos de saúde das cidades Chuí/Chuy? Qual a frequência? São encontros formais ou esporádicos?	



**APÊNDICE D**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA**

Prezado(a) Sr.(a),

Vimos respeitosamente, através deste, convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: **Serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica**, objetiva: Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*: sua estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica.

Os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará na Dissertação de Mestrado em Enfermagem/Saúde de Sidiane Teixeira Rodrigues do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG e outros trabalhos científicos a serem realizados.

Reiteramos e salientamos que sua participação, neste trabalho, é de fundamental importância para a obtenção de dados que auxiliarão no alcance da proposta desta pesquisa.

Desde já agradecemos antecipadamente sua disponibilidade.

Rio Grande, 22 de maio de 2019.

---

Sidiane Teixeira Rodrigues

Mestranda em Enfermagem

PPGENF/FURG

E-mail: [sidiane.enf@hotmail.com](mailto:sidiane.enf@hotmail.com)

---

Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Orientadora

E-mail: [hedihsiqueira@gmail.com](mailto:hedihsiqueira@gmail.com)

Versão em espanhol

## CONVOCATORIA PARA PARTICIPAR LA INVESTIGACIÓN

Estimado (a) señor (a),

En el caso de los **Servicios públicos de salud en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: estructura física y organizativa en la perspectiva ecosistémica**, objetiva: Analizar los servicios públicos de salud, ofrecidos a la población en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: su estructura física y organizacional en la perspectiva ecosistémica.

Los datos recolectados serán utilizados para la producción científica que resultará en la Disertación de Maestría en Enfermería / Salud de Sidiane Teixeira Rodrigues del Programa de Post-Graduación en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la FURG y otros trabajos científicos a ser realizados.

Reiteramos y subrayamos que su participación, en este trabajo, es de fundamental importancia para la obtención de datos que ayudarán en el alcance de la propuesta de esta investigación.

Desde ya agradecemos de antemano su disponibilidad.

Río Grande, 22 de mayo de 2019.

---

Sidiane Teixeira Rodrigues  
Estudiante de maestría en enfermeira PPGENF/FURG  
E-mail: [sidiane.enf@hotmail.com](mailto:sidiane.enf@hotmail.com)

---

Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Orientadora  
E-mail: [hedihsiqueira@gmail.com](mailto:hedihsiqueira@gmail.com)

**APÊNDICE E**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

À Secretaria Municipal de Saúde do Chuí/Brasil

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar a V.S<sup>a</sup> permissão para desenvolver um trabalho de pesquisa junto ao Serviço Público de Saúde do Município. A presente pesquisa é orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

A pesquisa, intitulada **Serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica**, objetiva: Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: sua estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica.

A relevância do estudo ancora-se Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) atrelada à inevitabilidade progressiva de inovação em ações direcionadas dentro de um diagnóstico situacional das peculiaridades regionais, bem como, na promoção e discussão a respeito da temática no contexto familiar, social e de saúde. Além disso, em virtude da escassez de estudos similares no Brasil, e alicerçada em um referencial teórico-filosófico ecossistêmico, essa proposta pode contribuir na formulação e organização/estruturção dos serviços públicos de saúde em áreas de fronteira, mais especificamente, dos países envolvidos, sobretudo, abordando esse novo enfoque ecossistêmico

Na certeza de contar com a compreensão e apoio habitual de V.S<sup>a</sup>a, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Rio Grande, 22 de maio de 2019.

---

Sidiane Teixeira Rodrigues  
Mestranda em Enfermagem  
PPGENF/FURGE-  
*mail:sidiane.enf@hotmail.com*

---

Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Orientadora  
*E-mail: hedihsiqueira@ gmail.com*

**APÊNDICE F**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AUTORIZACIÓN DEL MUNICIPIO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

A la Intendencia de salud de Chuy/Uruguay

Al saludarle cordialmente, hemos visto respetuosamente, por medio de éste, solicitar su permiso para desarrollar un trabajo de investigación ante el Servicio Público de Salud del Municipio. La presente investigación es orientada por la Prof<sup>a</sup>. El Dr. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente del Curso de Maestría y Doctorado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande / RS.

La investigación, titulada **Servicios públicos de salud en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: estructura física y organizacional en la perspectiva ecosistémica**, objetiva: Analizar los servicios públicos de salud, ofrecidos a la población en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: su estructura física y organizativa en la perspectiva ecosistémica.

La relevancia del estudio se ancla Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud (ANPPS) brasileña, ligada a la inevitabilidad progresiva de innovación en acciones dirigidas dentro de un diagnóstico situacional de las peculiaridades regionales, así como en la promoción y discusión acerca de la temática en el contexto familiar social y de salud. Además, en virtud de la escasez de estudios similares en Brasil, y basada en un referencial teórico-filosófico ecosistémico, esta propuesta puede contribuir en la formulación y organización / estructuración de los servicios públicos de salud en áreas de frontera, más específicamente, de los países involucrados, sobre todo, abordando este nuevo enfoque ecosistémico

En la certeza de contar con la comprensión y el apoyo habitual de usted, nos ponemos a disposición para las aclaraciones que se hagan necesarias.

Gracias por adelantado.

Saludos

Río grande, 22 de mayo de 2019.

---

Sidiane Teixeira Rodrigues  
 Estudiante de maestría en enfermeira  
 PPGENF/FURG  
 E-mail: *sidiane.enf@hotmail.com*

---

Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
 Orientadora  
 E-mail: *hedihsiqueira@gmail.com*

**APÊNDICE G**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Sidiane Teixeira Rodrigues, está desenvolvendo a presente pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem Saúde.

O projeto intitulado: **Serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica**, objetiva: Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: sua estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica.

A presente pesquisa é orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Para que o objetivo seja alcançado a coleta de dados será realizada por meio de observação não participante e uma entrevista semiestruturada. As entrevistas serão gravadas em um gravador de áudio e, posteriormente, digitadas (transcritas) e guardadas em *compactdisc* (CD) por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal. Os dados somente serão coletados após a sua anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações coletadas tem caráter confidencial e serão utilizadas unicamente para fins de trabalhos científicos.

Em todas as etapas do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Mestranda Sidiane Teixeira Rodrigues, que pode ser encontrada pelo *e-mail*: [sidiane.enf@hotmail.com](mailto:sidiane.enf@hotmail.com) e pelo telefone (53) 99910-0402. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato via telefone a cobrar e/ou por *e-mail*.

A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo a sua continuidade na instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores e serão analisados junto com os de outros participantes do estudo, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Em qualquer fase do estudo, não existem despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Você possui o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, e dos resultados alcançados por meio desse trabalho que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Em princípio, não se observa a existência de riscos à integridade dos participantes desta pesquisa. Entretanto, no caso de ocorrer algum fato negativo, de comum acordo, pesquisadora e participante, a entrevista poderá ser interrompida e se necessário será ofertado um auxílio da pesquisadora quanto à orientação e diálogo, considerando-se a possibilidade de continuar ou suspender as entrevistas e também o encaminhamento para um psicólogo contatado pela pesquisadora, com recursos próprios.

Quanto aos ônus e compensações, ressalta-se que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Existe o compromisso dos pesquisadores de utilizar os dados e o material coletado para esta pesquisa e trabalhos científicos a serem elaborados.

O comitê de ética em pesquisa da FURG (CEPAS,) no qual tramitará o referido projeto, localiza-se na Rua Visconde de Paranaguá, 102 -Hospital Universitário 3º Andar/Campus Cidade -Rio Grande/RS, fone 53 -3233.0235.

Eu discuti e fui esclarecido pela mestrandia Sidiane Teixeira Rodrigues sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros, para mim, os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados.

Declaro, igualmente, que fui informado(a) sobre: a) liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo; b) garantia de privacidade, como também, proteção de minha imagem; c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim como, a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da mesma, sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo; d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto, consinto em participar da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com o mestrando responsável pela pesquisa.

---

Assinatura do participante

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante

---

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

---

Sidiane Teixeira Rodrigues  
Mestranda em Enfermagem  
PPGENF/FURG  
(53) 99910-0402  
*e-mail:* sidiane.enf@hotmail.com

---

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Profª Drª Orientadora  
Fone:53-32330310  
*E-mail:* hedihsiqueira@gmail.com

## Versão em espanhol

### TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

La maestría del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Sidiane Teixeira Rodrigues, está desarrollando la presente investigación, como requisito parcial para la obtención del título de Maestría en Enfermería en el Área de concentración Enfermería y Salud de la FURG, Línea de Investigación: El trabajo de la Enfermería Salud.

El proyecto titulado: Servicios públicos de salud en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: estructura física y organizacional en la perspectiva ecosistémica, objetiva: Analizar los servicios públicos de salud, ofrecidos a la población en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: su estructura física y organizativa en la perspectiva ecosistémica.

La presente investigación es orientada por la Prof<sup>a</sup>. El Dr. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente del Curso de Maestría y Doctorado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande / RS. Para que el objetivo sea alcanzado la recolección de datos será realizada por medio de observación no participante y una entrevista semiestructurada. Las entrevistas se grabar en una grabadora de audio y, posteriormente, escribir (transcritas) y guardadas en compactdisc (CD) durante 5 años, bajo la responsabilidad del investigador principal. Los datos sólo serán recogidos después de su anuencia y firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. La información recopilada tiene carácter confidencial y se utilizará únicamente para fines de trabajos científicos.

En todas las etapas del estudio, usted tendrá acceso a los profesionales responsables por la investigación para aclarar eventuales dudas. El principal investigador es la Mestrada Sidiane Teixeira Rodrigues, que puede ser encontrada por e-mail: sidiane.enf@hotmail.com y por el teléfono (53) 99910-0402. Si tiene alguna consideración o duda sobre la búsqueda, póngase en contacto por teléfono a cobrar y / o por e-mail.

Su participación en mucho contribuirá al éxito de este trabajo. Sin embargo, usted tiene total libertad para rechazar o retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio, sin perjuicio de su continuidad en la institución. Las informaciones obtenidas serán analizadas en conjunto con otros participantes de la investigación, no siendo divulgada la identificación de ningún participante.

Los datos serán de uso restringido de los investigadores y serán analizados junto con los de otros participantes del estudio, no siendo divulgada la identificación de ningún participante. En cualquier fase del estudio, no hay gastos personales para el participante y tampoco hay compensación financiera relacionada con su participación.

Usted tiene el derecho de ser mantenido actualizado sobre los resultados parciales de la investigación, cuando en estudios abiertos, y de los resultados alcanzados por medio de ese trabajo que sean del conocimiento de los investigadores.

En principio, no se observa la existencia de riesgos a la integridad de los participantes de esta investigación. Sin embargo, en el caso de ocurrir algún hecho negativo, de común acuerdo, investigadora y participante, la entrevista podrá ser interrumpida y si es necesario se ofrecerá una ayuda de la investigadora en cuanto a la orientación y diálogo, considerando la posibilidad de continuar o suspender las entrevistas y, también el encaminamiento hacia un psicólogo contactado por la investigadora, con recursos propios.

En cuanto a las cargas y compensaciones, se resalta que no hay gastos personales para el participante en cualquier fase del estudio. También no hay compensación financiera a su participación. Si hay algún gasto adicional, será absorbido por el presupuesto de la encuesta.

Existe el compromiso de los investigadores de utilizar los datos y el material recogido para esta investigación y trabajos científicos a ser elaborados. El comité de ética en investigación de la FURG (CEPAS,) en el que tramitará dicho proyecto, se ubica en la Rua Visconde de Paranaguá, 102 -Hospital Universitario 3º Piso / Campus Ciudad -Rio Grande / RS, fone 53 -3233.0235.

Yo discuti y fui esclarecido por la mestera Sidiane Teixeira Rodrigues sobre mi decisión en participar en este estudio. Me quedaron claros para mí los propósitos del estudio, los procedimientos a realizar, sus molestias y riesgos, las garantías de confidencialidad y de aclaraciones permanentes. También quedó claro que mi participación está exenta de gastos y que tengo garantía de acceso a los datos.

Declaro, igualmente, que he sido informado sobre: a) libertad de participar o no de la investigación, así como de retirar el consentimiento, en cualquier fase de la investigación, sin penalización y / o perjuicio; b) garantía de privacidad, así como protección de mi imagen; c) riesgos y beneficios de esta investigación, así como, la garantía de aclaraciones antes y durante el curso de la misma, sobre la metodología, objetivos y otros aspectos involucrados en el presente estudio; d) la seguridad de acceso a los resultados de la investigación.

Así, en estos términos me considero libre y esclarecido (a) y, por lo tanto, consiento en participar de la presente investigación. Concedo al autor de la investigación y su orientadora el derecho de expresar las informaciones contenidas en la misma, para divulgación de los resultados en trabajos científicos.

Este documento está en conformidad con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, siendo que será firmado en dos vías, quedando una vía en poder del respondedor y la otra con el maestro responsable de la investigación.

Río grande, 22 de mayo de 2019.

---

Sidiane Teixeira Rodrigues  
Estudiante de maestría en enfermeira  
PPGENF/FURG  
E-mail: *sidiane.enf@hotmail.com*

---

Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Orientadora  
E-mail: *hedisiqueira@gmail.com*

**APENDICE H**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONCORDÂNCIA E CIÊNCIA DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, inscrita no CRPRS \_\_\_\_\_, declaro estar ciente da pesquisa intitulada: **Serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica**, que objetiva: Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*: sua estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica, de autoria da Mestranda em Enfermagem/Saúde Sidiane Teixeira Rodrigues do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

Assumo o compromisso, na qualidade de psicóloga contatada pela pesquisadora responsável, de prestar atendimento e acompanhamento psicológico aos participantes/entrevistados, caso seja necessário, em meu consultório no município de Santa Vitória do Palmar.

Rio Grande, 22 de maio de 2019.

---

Psicóloga

**APÊNDICE I**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** *Serviços públicos de saúde nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica*

**Pesquisador responsável:** Mestranda Sidiane Teixeira Rodrigues

**Pesquisadores participantes:** Dr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

**Instituição/Serviço de Saúde:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- FURG

**Telefone para contato:** (53) 99910-0402

**Local da coleta de dados:** Instituições Públicas de Saúde dos municípios Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturadas com os gestores e/ou coordenadores dos serviços públicos de saúde deste município e observação não participante. Asseguram, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, artigos científicos e trabalhos acadêmicos.

As informações serão divulgadas somente de forma anônima e serão mantidas sob a guarda da Pesquisadora Mestranda Sidiane Teixeira Rodrigues, membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES), para análise e interpretação dos dados. Após a análise os dados serão arquivados em caixa lacrada e guardados, no mínimo por cinco anos, no Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES) sob a supervisão da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora dessa pesquisa e líder desse grupo de pesquisa, após este período os dados serão destruídos.

Rio Grande, 22 de maio de 2019.

---

Sidiane Teixeira Rodrigues  
Mestranda em Enfermagem  
PPGENF/FURG  
E-mail: *sidiane.enf@hotmail.com*

---

Dr<sup>a</sup> Hedi Crecencia Heckler de  
Siqueira  
Orientadora  
E-mail: *hedihsiqueira@gmail.com*

## **ANEXOS**

## ANEXO A



**CEPAS/FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER N° 169/2019**

**CEPAS 72/2019**

**Processo:** 23116.004426/2019-59

**Caae:** 14898419.3.0000.5324

**Título Da Pesquisa:** Serviços públicos de saúde nas cidades de Chui/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica

**Pesquisador Responsável:** Sidiane Teixeira Rodrigues

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 151/2019, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**Serviços públicos de saúde nas cidades de Chui/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2019

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 09 de julho de 2019.

Profa. Eli Sinnott Silva  
Coordenadora do CEPAS/FURG

## ANEXO B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

À Secretaria Municipal de Saúde do Chui/Brasil

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar a V.Sª permissão para desenvolver um trabalho de pesquisa junto ao Serviço Público de Saúde do Município. A presente pesquisa é orientada pela Profª. Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

A pesquisa, intitulada **Serviços públicos de saúde nas cidades de Chui/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica**, objetiva: Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à população nas cidades Chui/Brasil e Chuy/Uruguay: sua estrutura física e organizacional na perspectiva ecossistêmica.

A relevância do estudo ancora-se Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) atrelada à inevitabilidade progressiva de inovação em ações direcionadas dentro de um diagnóstico situacional das peculiaridades regionais, bem como, na promoção e discussão a respeito da temática no contexto familiar, social e de saúde. Além disso, em virtude da escassez de estudos similares no Brasil, e alicerçada em um referencial teórico-filosófico ecossistêmico, essa proposta pode contribuir na formulação e organização/estruturação dos serviços públicos de saúde em áreas de fronteira, mais especificamente, dos países envolvidos, sobretudo, abordando esse novo enfoque ecossistêmico

Na certeza de contar com a compreensão e apoio habitual de V.Sªa, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Chuí, 24 julho de 2019.

*Sidiane Teixeira Rodrigues*

Sidiane Teixeira Rodrigues  
Mestranda em Enfermagem  
PPGENF/FURG  
(53) 99910-0402  
e-mail: sidiane.enf@hotmail.com

*Hedi Crecencia Heckler de Siqueira*

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Profª Drª Orientadora  
Fone:53-32330310  
E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

*Juliana Soares Rosário*  
Secretaria da Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde do Chui

## ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 MESTRADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZACIÓN DEL MUNICIPIO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

A la Intendencia de salud de Chuy/Uruguay

Al saludarle cordialmente, hemos visto respetuosamente, por medio de éste, solicitar su permiso para desarrollar un trabajo de investigación ante el Servicio Público de Salud del Municipio. La presente investigación es orientada por la Prof<sup>a</sup>. El Dr. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente del Curso de Maestría y Doctorado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande / RS.

La investigación, titulada **Servicios públicos de salud en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: estructura física y organizacional en la perspectiva ecosistémica**, objetiva: Analizar los servicios públicos de salud, ofrecidos a la población en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: su estructura física y organizativa en la perspectiva ecosistémica.

La relevancia del estudio se ancla Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud (ANPPS) brasileña, ligada a la inevitabilidad progresiva de innovación en acciones dirigidas dentro de un diagnóstico situacional de las peculiaridades regionales, así como en la promoción y discusión acerca de la temática en el contexto familiar social y de salud. Además, en virtud de la escasez de estudios similares en Brasil, y basada en un referencial teórico-filosófico ecosistémico, esta propuesta puede contribuir en la formulación y organización / estructuración de los servicios públicos de salud en áreas de frontera, más específicamente, de los países involucrados, sobre todo, abordando este nuevo enfoque ecosistémico

En la certeza de contar con la comprensión y el apoyo habitual de usted, nos ponemos a disposición para las aclaraciones que se hagan necesarias.

Gracias por adelantado.

Saludos

Chuí, 22 julho de 2019.

Sidiane Teixeira Rodrigues  
 Mestranda em Enfermagem  
 PPGENF/FURG  
 (53) 99910-0402  
 e-mail: sidiane.enf@hotmail.com

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Orientadora  
 Fone:53-32330310  
 E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

Dra. Z. CAVALLO  
 DIRECTORA  
 CENTRO AUXILIAR CHUY

## ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**AUTORIZACIÓN DEL MUNICIPIO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

A la Intendencia de salud de Chuy/Uruguay

Al saludarle cordialmente, hemos visto respetuosamente, por medio de éste, solicitar su permiso para desarrollar un trabajo de investigación ante el Servicio Público de Salud del Municipio. La presente investigación es orientada por la Profª. El Dr. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente del Curso de Maestría y Doctorado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande / RS.

La investigación, titulada **Servicios públicos de salud en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: estructura física y organizacional en la perspectiva ecosistémica**, objetiva: Analizar los servicios públicos de salud, ofrecidos a la población en las ciudades de Chuí / Brasil y Chuy / Uruguay: su estructura física y organizativa en la perspectiva ecosistémica.

La relevancia del estudio se ancla Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud (ANPPS) brasileña, ligada a la inevitabilidad progresiva de innovación en acciones dirigidas dentro de un diagnóstico situacional de las peculiaridades regionales, así como en la promoción y discusión acerca de la temática en el contexto familiar social y de salud. Además, en virtud de la escasez de estudios similares en Brasil, y basada en un referencial teórico-filosófico ecosistémico, esta propuesta puede contribuir en la formulación y organización / estructuración de los servicios públicos de salud en áreas de frontera, más específicamente, de los países involucrados, sobre todo, abordando este nuevo enfoque ecosistémico

En la certeza de contar con la comprensión y el apoyo habitual de usted, nos ponemos a disposición para las aclaraciones que se hagan necesarias.

Gracias por adelantado.

Saludos

Chuí, 31 febrero . de 2019.

*Sidiane Teixeira Rodrigues*

Sidiane Teixeira Rodrigues  
Mestranda em Enfermagem  
PPGENF/FURG  
(53) 99910-0402  
e-mail: sidiane.enf@hotmail.com

*Hedi Crecencia Heckler de Siqueira*

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Profª Drª Orientadora  
Fone:53-32330310  
E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

*Francisca Casariga*  
FRANCISCA CASARIGA  
Encargada  
S.N.C. N° 100  
Chuy

*Andrea Altez*  
ANDREA ALTEZ  
Aux. Enfermeira Policlínica  
Barrio Samuel  
Municipio de Chuy

**ANEXO E**

**APENDICE I**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONCORDÂNCIA E CIÊNCIA DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO**

Eu, Lilânice Zaretti Rodrigues, RG 3020045013,  
CPF 61489930078, inscrita no CRP 07/108457, declaro  
estar ciente da pesquisa intitulada: **Serviços públicos de saúde nas cidades de  
Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: estrutura física e organizacional na perspectiva  
ecossistêmica**, que objetiva: Analisar os serviços públicos de saúde, oferecidos à  
população nas cidades de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay: sua estrutura física e  
organizacional na perspectiva ecossistêmica, de autoria da Mestranda em  
Enfermagem/Saúde Sidiane Teixeira Rodrigues, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG, sob orientação da Profª Dra. Hedi  
Crecencia Heckler de Siqueira.

Assumo o compromisso, na qualidade de psicóloga contatada pela pesquisadora  
responsável, de prestar atendimento e acompanhamento psicológico dos  
participantes/entrevistados, caso seja necessário, em meu consultório no município de  
Santa Vitória do Palmar.

Rio Grande, 26 de maio de 2019.

  
Lilânice Zaretti Rodrigues

Psicóloga

E-mail: [lilanicezaretti@hotmail.com](mailto:lilanicezaretti@hotmail.com)

Lilânice Zaretti Rodrigues

P S I C Ó L O G A

CRP 07/08457 CPF 61489930078