

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Escola de Administração
Curso de Especialização em Gestão em Saúde

Marcos Aurélio Matos Lemões

**Sistema Integrado de Saúde em região de Fronteira: desafios do acesso da
população aos serviços de atenção primária à saúde**

Porto Alegre
2012

MARCOS AURÉLIO MATOS LEMÕES

Sistema Integrado de Saúde em região de Fronteira: desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Andrea Wander Bonamigo

Porto Alegre

2012

Folha de aprovação

Autor: Marcos Aurélio Matos Lemões

Título: Sistema Integrado de Saúde em região de Fronteira: desafios do acesso da população aos serviços de saúde de atenção primária à saúde

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovado em: 12 de maio de 2012.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr^a Andrea Wander Bonamigo
(Presidente)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a Aurora Carneiro Zen
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul

Prof. Ddo. Guilherme Dornelas Camara
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

A problemática de saúde nas fronteiras do Brasil envolve fatores que se relacionam com a gestão local de um município fronteiriço, sua articulação política e diplomática com o país adjacente e, a desejada adequação do sistema de saúde regional as demandas dos usuários, considerando a oferta de serviços disponibilizados na atenção primária à saúde. Foi realizado um estudo de caso em um município localizado em linha de fronteira entre Brasil e Uruguai no extremo sul do estado do Rio grande do Sul com base em um questionário respondido pelo secretário municipal de saúde. A captação e análise dos dados foi realizada no período de janeiro à março de 2012. Buscou-se identificar a formação do gestor local em saúde e sua contribuição para contexto fronteiriço, adequação da atenção primária à saúde para as demandas dos usuários, o modelo de gestão municipal do Sistema único de Saúde, a disponibilidade da secretaria municipal de saúde possuir um núcleo dedicado à avaliação de serviços de saúde ou de doenças e/ou agravos importantes para região de fronteira e estratégias de cooperação entre Brasil e Uruguai no intuito de qualificação das ações loco-regionais de saúde, sendo estas identificadas podem servir de apoio para ampliar a discussão sobre acesso aos serviços de saúde e a qualificação destes em região fronteiriça.

Palavras-chave: Áreas de Fronteira; Saúde na Fronteira; Cooperação Internacional.

ABSTRACT

The health problem in Brazil's borders involves factors that are related to local management of a border town and its political and diplomatic coordination with the adjacent country. It was sought to verify the adequacy of the regional health system according to user demands, considering the range of services available in primary health care. A case study was conducted in a city located on the border between Brazil and Uruguay in the southern state of Rio Grande do Sul. The source of the study is a questionnaire answered by the municipal secretary of health. The data were collected and analyzed from January to March in 2012. The objective was to identify the formation of a local administrator in health care and his/her contribution to the border context, the adequacy of primary health care in relation to user demands, the model of municipal management of the Unified Health System and the availability of local health department to have a center dedicated to the evaluation of health services. It was studied the strategies of cooperation between Brazil and Uruguay in order to qualify loco regional health actions. After the identifications, it is intended to broaden the discussion and appreciation of access to health services in the border region.

Keywords: Border Areas; Border Health; International Cooperation

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Localização geográfica do município do estudo

p.21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Revisão sistematizada do tema em estudo

Apêndice B

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVOS GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5 METODOLOGIA	18
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	18
5.2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
5.3 INSTRUMENTO	19
5.4 AMOSTRA DO ESTUDO.....	20
5.5 RECORTE TEMPORAL	20
5.6 RECORTE ESPACIAL	20
6.VARIÁVEIS DO ESTUDO	22
7. ANÁLISE DOS DADOS	24
8. ASPECTOS ÉTICOS	24
9. RESULTADOS E ANALISES	25
10. CONCLUSÕES	33
11. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE	

Estudo de Caso

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Atenção Primária em Saúde	APS
Gestão plena da atenção básica	GPAB
Mercado comum do Sul	MERCOSUL
Ministério da Saúde	MS
Organização Pan-Americana da Saúde	OPAS
Programa de Saúde da Família	PSF
Secretaria Municipal de Saúde	SMS
Unidade básica de saúde	UBS
Sistema Integrado de Saúde do Mercosul	SIS MERCOSUL
Sistema Integrado de saúde em fronteira	SIS FRONTEIRA
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS
Universidade Federal Do Rio Grande do Sul	UFGRS

1. Introdução

Os processos de integração regional entre países para a implementação de mercados comuns foram intensificados no contexto da globalização e lentamente uma agenda social da integração é constituída acompanhando a regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital, fundamentos econômicos e de um mercado único. No mercado comum do Sul (MERCOSUL), criado em 1991-integrando, à época, a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai- paralelamente à sua ampliação com a incorporação de outros países, questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente tem sido incorporadas à agenda política dos governantes da região (GIOVANELLA, 2007).

No contexto de formação de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. O Brasil tem uma faixa de fronteira extensa de 15.719 quilômetros que corresponde a 27% do território nacional. A faixa de fronteira é a área de 150 quilômetros de largura paralela à linha divisória terrestre nacional, nela estão sediados 588 municípios, onze estados que bordeiam dez países da América do Sul, onde vivem 10 milhões de pessoas (GADELHA e COSTA, 2007).

O Ministério de Integração Regional do Brasil identifica as simetrias e assimetrias próprias destes espaços territoriais e contextos regionais, tendo-as como um dos alicerces de integração com os outros países latino-americanos (BRASIL, 2005). A dimensão dessa questão assume proporções variadas considerando o mosaico de relações e laços das populações fronteiriças que mantém constante fluxo de pessoas e exige que o planejamento da gestão em saúde leve em conta as peculiaridades dessas localidades.

A América Latina sinalizou com um processo de legalização das relações nessas regiões a partir da criação do Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (SIS-Mercosul), em 2005. Através da participação dos Ministérios de Saúde dos Estados-membros do Mercosul, o SIS-Mercosul foi formado visando promover maior agilidade nos processos de saúde nas áreas fronteiriças do Brasil com países da América do Sul (GALLO; COSTA, 2004).

Na mesma vertente o Sistema Integrado de saúde em fronteira (SIS- Fronteira) foi mais uma tentativa de impulsionar o processo de sedimentação da integração regional. A elaboração do SIS Fronteira motivou-se pela percepção de que a morosidade característica dos processos de harmonização, necessários à integração dos distintos e diferenciados sistemas de saúde de países (OPAS, 2004).

A problemática das políticas públicas em matéria de saúde nas fronteiras do Brasil envolve várias questões dentre as quais se destaca a dificuldade de contabilização de uma população flutuante que se utilizam dos repasses financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS). Levantamentos de dados que consiga refletir todas estas informações do uso transitório dos serviços de saúde dos países contíguos, pelas pessoas que procuram de forma contingencial, ainda não encontram conclusão precisa (SANTOS, 2011).

O debate sobre a situação da saúde nas fronteiras acontece há muito tempo, porém, seja pela falta de ordenação das iniciativas ou pela formulação de estratégias de caráter apenas pontual, a situação permaneceu praticamente inalterada para maioria dos municípios (GADELHA, 2007).

Dentre as dificuldades apontadas na formulação de estratégias conjuntas para a saúde na fronteira destaca-se a falta de tradição de atuação nessa região, a existência de barreiras diplomáticas, legais e mesmo burocráticas. Além disso, a própria demanda por serviços de saúde é desarticulada, e, portanto, sem força política (SANTOS, 2011).

A pesquisa de Giovanella et.al. 2007, que teve como metodologia privilegiar percepções de atores-chave como fontes primárias de informação, baseou-se em experiências e percepções de atores políticos quanto aos temas do acesso a serviços de saúde em regiões de fronteira, bem como suas implicações considerando à integração regional e a atuação das políticas nacionais, regionais e locais, para o acesso às ações e aos serviços de saúde.

Os municípios situados ao longo da fronteira do Brasil com o Uruguai tem tido grandes dificuldades em prover seus munícipes de atenção integral à saúde assim como municípios localizados em demais regiões. Falta de uma rede completa de serviços, exclusiva para atendimento de usuários do (SUS) é particularmente grave nestes municípios. A escassez de recursos humanos especializados e para trabalhar na atenção

primária à saúde (APS), a insuficiência de equipamentos para a realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são problemas cotidianos para as populações e os gestores municipais.

Para minimizar as demandas prioritárias destaca-se a atuação dos Comitês com temas de fronteira, que são compostos, majoritariamente, por autoridades locais, porém coordenados pelos titulares dos Consulados instalados de cada lado da fronteira, vinculados assim, em termos operacionais, às tradicionais formas de articulação diplomática (MOURA FILHO, 2010).

No âmbito de normatização de acordos bi nacionais, integra-se a nova agenda binacional, entre os governos do Brasil e do Uruguai que faz um esforço em fomentar e alcançar qualidade na integração, pela atividade das chancelarias e dos Grupos de Trabalho. Ressalta-se a importância da ratificação do Acordo para a Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios e seus acordos complementares, nos quais se inclui a regulamentação pelo Decreto 7.239 de 26 de julho de 2010, referente à prestação de serviços de saúde.

2. Justificativa

Deste modo, este estudo realizado para a especialização em gestão em saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pretendeu descrever as ações de saúde nas regiões de fronteira através de um inquérito com o gestor municipal, e seu contexto loco-regional, delinear as tentativas de combinações de transfronteirização e ações de harmonização dos dois sistemas de saúde.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo

Descrever as ações de saúde que buscam integrar dois municípios em área de fronteira e arranjos que qualificam o acesso e a oferta de serviços na atenção primária à saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Expor as conexões entre os serviços da rede municipal para atender integralmente os usuários e possíveis conexões com serviços de assistência no Uruguai;

- Descrever o tipo de gestão municipal e quais as dificuldades e facilidades para programar a política municipal de saúde;

- Expor as experiências inovadoras em Atenção Primária em Saúde no município e a adequação às necessidades de saúde dos usuários;

- Delinear as ações de vigilância em saúde segundo o Ministério da Saúde (MS) para vigilância em área de fronteira com outro país.

- Apontar a Nacionalidade dos usuários do sistema municipal de saúde e qual forma utiliza os serviços.

4. Referencial teórico

Historicamente, os países sempre aplicaram regulações específicas para suas áreas de fronteira, geralmente qualificadas como “zonas” ou “faixas de segurança”, cujos critérios inibiram e restringiram a implementação de projetos de integração (BRASIL, 2005).

A definição de fronteiras nacionais remete à figura de delimitações, que divide o espaço físico com linhas divisórias, gerando os limites geopolíticos, onde a responsabilidade de um Estado termina para começar a de outro (RODRIGUES, 2007).

Existem na atualidade várias definições de fronteira, cada país, bloco regional e organismo internacional com sua própria percepção, a qual não deixa de ser influenciada pelos interesses comerciais, políticos ou mesmo estratégicos. Entretanto não possuir um conceito uniforme pode torna-se um grande obstáculo para as tentativas de cooperação nestas áreas (SOUZA, 2004).

No mundo com constantes mudanças, a saúde pública teve de ajustar-se novas demandas, na vivacidade de processos complexos e dinâmicos do tipo cultural, social e econômico, que destaca a interdependência das nações, e os efeitos de pobreza e iniquidades que transcenderam as fronteiras. (ALMEIDA et.al, 2010; ROCHA et.al, 2011).

A partir da criação do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL (SIS-Mercosul), em 2005 a América Latina sinalizou com um processo de legalização das relações nessas regiões. A participação dos Ministérios de Saúde dos Estados-membros do MERCOSUL, foi formado o SIS-Mercosul tendendo promover maior agilidade nas ações de saúde nas áreas fronteiriças do Brasil com países da América do Sul (GALLO; COSTA, 2005).

No caso brasileiro, a análise dos discursos e das articulações endossadas pelos formuladores da política externa nacional demonstra que a América do Sul está cada vez mais presente como referência regional do país, para além de oratória diplomática, se buscou ações concretas, que ganham gradativamente espaço e relevância na agenda nacional (BUSS & FERREIRA, 2011).

Pontualmente no caso de fronteira entre o Brasil e Uruguai há décadas surgem alternativas políticas e diplomáticas com acordos bilaterais com intuito de suprir as necessidades apontadas pelos municípios fronteiriços como o Acordo de Cooperação Sanitária entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai no ano de 1981.

Entre várias contribuições para os municípios fronteiriços o Acordo Básico Cooperação Científica e Técnica de 1975 teve em 2003 um Ajuste Complementar. O citado Ajuste cria e implementa a Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai. Estas iniciativas buscaram consolidar as iniciativas experimentadas nas cidades gêmeas e seus comitês de saúde e expressavam a realidade vivenciada por estes municípios e seus gestores de saúde.

No ano de 2008 foi realizado no Brasil mais um Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios. Trata-se de um ajuste visando à troca de prestação de serviços de saúde nas localidades fronteiriças discriminadas como “localidades-vinculadas” (Decreto 5.105/2004) na fronteira entre Brasil e Uruguai (BRASIL, 2008).

Neste contexto devemos salientar que o acesso dos usuários dos sistemas de saúde em municípios de fronteira ocorre quando estes buscam alternativas de assistência no país vizinho preferencialmente para complementar os serviços e exames que não estão disponibilizados em seu país de origem.

A Atenção Primária em saúde tem grande parcela de acolhimento destes usuários, pois se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem as ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2001).

A APS se desenvolve nos municípios por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

No Brasil, a segmentação dos sistemas de saúde impõe desafios importantes para a implementação de uma Atenção Primária em Saúde como estratégia de reorganização do sistema de saúde (CONNIL, 2007).

Esta característica esta mais evidente nos municípios que não possuem uma rede assistencial adequada à demanda de seus usuários, e necessita ter apoio de outros municípios de referencia para complementar os recursos necessários para desempenhar suas atividades na perspectiva da integralidade (MAGALHÃES JUNIOR, 2006).

Nesta pesquisa foi utilizado o conceito de Região de Saúde utilizado por Brasil (2011) que indica como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, embora possuam políticas que incluem o espaço de nação independente podem integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

5. Metodologia

A metodologia utilizada para esta pesquisa foi estudo de caso. De acordo com Yin (2001), “os estudos de caso possibilitam investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Neste enfoque foi explorados as diferentes ações de gestão municipal de saúde relativas à rede assistencial, contextualizando região geopolítica, que expressa contrastes sociais, econômicos, demográficos e de infraestrutura na constituição de uma rede de assistência em região fronteiriça.

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, de caráter descritivo e delineamento transversal.

5.1 Caracterizações do Município

O vocábulo “Jaguarão” deriva da palavra tupi *jaguar*, que significa onça. Registros de viajantes estrangeiros que andavam pela região no século XVIII comprovam a grande quantidade e o tamanho dos jaguares existentes desde as margens do Rio Jaguarão até Montevideu (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2012).

O município de Jaguarão é o 29º maior município do Rio Grande do Sul, com 2.055 km², e está localizado na fronteira com a República Oriental do Uruguai na região denominada “Metade Sul” do Estado, situada às margens do Rio Jaguarão e próximo à Lagoa Mirim.

Os limites municipais são: ao norte, os municípios brasileiros de Arroio Grande e Herval; ao leste, a Lagoa Mirim e o município de Arroio Grande; ao sul a Lagoa Mirim e a República Oriental do Uruguai, através da cidade de Rio Branco; e a oeste, ainda o país vizinho e também o município brasileiro de Herval.

A distância do município até Porto Alegre é de 390 km. O acesso asfaltado à Jaguarão ocorre pela rodovia BR 116. A mesma rodovia é utilizada para acessar o município brasileiro mais próximo, Arroio Grande, distante 45 km. O segundo município mais próximo é Herval, distante 80 km. O acesso por terra ao município uruguaio de Rio Branco, com o qual faz fronteira, inclui a travessia da Ponte Barão de Mauá.

5.3 Revisão de literatura

A revisão de literatura foi realizada em fontes científicas confiáveis: PubMed, LiLacs, Bireme e contemplou os aspectos fundamentais do projeto que é o desenvolvimento de assistência à saúde em região de fronteira e articulado entre países vizinhos. Segundo esta revisão os trabalhos desenvolvidos no Brasil estão relacionados ao projeto SIS-fronteira, tese sobre vigilância à saúde em região de fronteira. Na literatura internacional foram inclusas experiências realizadas entre Portugal e Espanha e alguns textos desenvolvidos em parceria da Fiocruz com órgãos de fomento e pesquisa europeus e da América latina, que descreveram a organização de sistemas universais com articulação com a atenção primária à saúde.

5.3 Instrumentos

O instrumento que foi utilizado neste estudo foi um questionário estruturado para coleta de dados primários destinou-se a registrar informações, de formação profissional, experiência na gestão e caracterizar os aspectos político-institucionais da rede assistencial e experiências exitosas no acesso de usuários brasileiros e uruguaio no sistema de saúde em um município em região de fronteira.

Utilizou-se como alicerce um instrumento com validação científica, neste caso a base foi o questionário do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da família- PROESF, desenvolvido pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas- UFPel, Grupo de pesquisa AQUARES (Acesso e qualidade da rede de saúde no Brasil) onde o pesquisador é vinculado.

Este instrumento foi apresentado e logo após disponibilizado para o gestor municipal, e foi agendado uma data posterior a entrega do mesmo com as informações colhidas.

No segundo momento deste estudo, o pesquisador realizou uma visita técnica ao município onde desenvolveu o projeto para observar “in loco” as atividades desenvolvidas pela gestão, focando sua observação sobre o tema de integração de sistemas de saúde em região de fronteira.

5.4 Amostra do estudo

Fez parte deste estudo o município Jaguarão-RS

5.5 Recorte temporal

O estudo realizou a captação e análise dos dados no período janeiro à março de 2012.

5.6 Recorte espacial

Foi adotada a regionalização da Faixa de Fronteira criada pelo Grupo RETIS/UFRJ para o Ministério da Integração Nacional. Este estudo divide a Faixa de Fronteira em três macrorregiões: o Arco Norte, Central e Sul. Para este projeto de especialização a faixa estudada será Arco Sul no seu extremo sul região de fronteira somente com o Uruguai, município de Jaguarão-RS.

Figura 1. Localização geográfica do município do estudo



Fonte: Mapa da fronteira Jaguarão- Brasil – Rio Branco- Uruguai Fonte: Google Earth (2012).

6. Variáveis do Estudo

Formação do gestor

Inicialmente verificou-se do grau de escolaridade que poderá ser classificado em: Ensino Fundamental (primeiro grau) incompleto; Ensino Fundamental (primeiro grau) completo; Ensino Médio (segundo grau) incompleto; Ensino Médio (segundo grau) completo; Superior incompleto; Superior completo; Pós-Graduação. Esta variável foi analisada como categórica ordinal.

Formação para a gestão em saúde: cursos de aprimoramento na área de saúde que realizou / está realizando: Curso de aperfeiçoamento / atualização (menos de 360 horas) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva); Especialização / residência (360 horas ou mais) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva); Mestrado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva); Doutorado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva); Curso de aperfeiçoamento/atualização (menos de 360 horas) em outras áreas de saúde; Especialização/residência (igual ou mais que 360 horas) em outras áreas de saúde; Mestrado em outras áreas de saúde; Doutorado em outras áreas de saúde. Estas variáveis serão analisadas como categórica dicotômica. Sobre experiência em Gestão em saúde se participou como Secretário Municipal de Saúde em outra gestão ou outro município, esta variável foi analisada como categórica temporal.

Avaliação do tipo de gestão municipal do SUS que neste estudo foram consideradas: Plena do Sistema Municipal de Saúde; Plena da Atenção Básica, ou Outra que deverá ser especificada. Esta variável foi analisada como categórica ordinal.

Além disso, foi avaliado o tipo de gestão vigente no município, considerando facilidades e dificuldades para implementação de sua política de saúde. Esta questão foi aberta.

Foi descrito a adequação da Atenção Primária à Saúde em seu município para atender as necessidades de saúde da população, destacando questões relativas as necessidades de saúde dos usuários. Esta questão foi aberta.

Buscou-se caracterização das experiências inovadoras em Atenção primária à saúde no município, segundo a modalidade de acesso dos usuários, número fixo de consultas, dias fixos de agendamento, acolhimento e nacionalidade. Esta variável foi analisada como aberta.

Também foi pesquisado sobre a disponibilidade da secretaria municipal de saúde possuir um grupo ou núcleo dedicado a avaliação de serviços de saúde ou de doenças e agravos importantes para região de fronteira. Esta questão foi analisada como categórica dicotômica.

Na última questão o entrevistado descreveu as experiências exitosas entre Brasil e Uruguai para o acesso a atenção primária à saúde.

7. Análise dos dados

As questões abertas foram digitadas em programa de edição de textos para posterior análise descritivo-exploratória, que consiste em três etapas: pré-análise, exploração dos dados, tratamento e interpretação dos dados (MINAYO, 2007).

8. Aspectos éticos

Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado aplicado ao gestor, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados coletados. O presente projeto envolveu exclusivamente a aplicação de questionário, não havendo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

9. Resultados e análises

O estudo descreveu a participação da gestão em saúde no contexto de fronteira, seus principais avanços e desafios para a organização da atenção primária em saúde e do acesso aos serviços, de brasileiros, brasileiros não residentes no Brasil e estrangeiros. Aprofundar esta discussão poderá incluir nas pautas do setor saúde esta demanda dos municípios de região de fronteira uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade *per capita*, deste modo não contabiliza a população itinerante, e no aspecto que se refere a busca dos estrangeiros por atenção à saúde traz dificuldades para a gestão do SUS, além das repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde (GIOVANELLA, 2007).

Gestor em saúde na fronteira - Formação para saúde

Neste estudo o gestor possui graduação na área da saúde, mais especificamente na área de Fisioterapia incluindo Pós-graduação em reabilitação o que configura positivamente para argumentações de suas decisões e projetos de atenção à saúde no município.

Segundo Ceccin 2004, a formação dos profissionais de saúde deve extrapolar a educação para o domínio técnico-científico da profissão, expandir para o enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, e de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde, a mudança nas práticas tradicionais de saúde e na organização dos serviços envolvem, necessariamente, mudanças na formação inicial e continuada dos profissionais.

Deste modo, ampliando a visibilidade para a situação em saúde e seus determinantes locais e loco regionais expõe um profissional capaz de desenvolver a função de gestor com habilidades de associar os contextos e operacionalizar o seu projeto de gestão (BRASIL, 2009).

O gestor estava pela primeira vez assumindo o cargo na área o que corrobora com o estudo de Giovanella, 2007 que destacou que a grande maioria dos secretários municipais de saúde encontrava-se no cargo entre 7 e 12 meses, exercendo o seu primeiro mandato como secretário municipal de saúde.

Dimensão político institucional

Ao descrever o efeito de uma política de saúde e o desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, se faz necessário a aproximação entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos recursos humanos a sua estrutura e sua organização para operar respostas eficazes as demandas de saúde (VIACAVA, et.al.2004; VICTORA et.al. 2004).

O município de Jaguarão, atualmente é responsável pela gestão plena da atenção básica (GPAB), A atenção básica em saúde é o primeiro nível da atenção em saúde e compreende um conjunto de ações, individuais e coletivas, englobando a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção.

Segundo a Norma Operacional Básica (NOB) 1996 as responsabilidades do município é elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual. Além de gerência de unidades ambulatoriais próprias. Também deve gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União.

Outro atributo deste modelo de gestão é reorganização das unidades sob gestão pública, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente. Cabe ainda a execução das ações básicas de vigilância sanitária, e execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências. Todo este aparato deve conter na elaboração do relatório anual de gestão que deve ser anualmente aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Como requisitos para a realização da gestão plena da atenção básica o município deve comprovar o funcionamento do CMS, operação do Fundo Municipal de Saúde, além de apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI) do estado,

bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

Deve ainda, comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, e de vigilância epidemiológica, para tanto deve comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados, deixando subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

Segundo Brasil, 2007 no município de Jaguarão a assistência esta sobre responsabilidade das seguintes unidades: Programa de agentes comunitários de saúde I Jaguarão, Unidade de Vigilância Sanitária e epidemiológica, estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente procedimentos de Atenção Básica; Posto Bela Vista estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade (MC); Posto Pindorama; Policlínica Municipal Jaguarão; Posto Vencato; Posto Vila Kennedy, estabelecimento de Saúde ambulatorial que realizam procedimentos de MC; Centro de apoio psicossocial: Sítio de Recuperação Terapêutica Renascer que é definido pelo M.S. estabelecimento de Saúde ambulatorial capacitado a realizar procedimentos de Alta Complexidade (AC) e a Santa Casa de Caridade de Jaguarão Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos de AC no âmbito hospitalar e ou ambulatorial.

A SMS possui uma unidade móvel, que nas quartas-feiras pela manhã se desloca até a região rural para dar atendimento à saúde através de procedimentos médicos e odontológicos. A data de atendimento é programada previamente e confirmada com os usuários pela rádio local. O tempo para que os usuários acessem a unidade móvel varia, pois suas residências são distantes uma das outras.

O espaço interno da unidade móvel é reduzido, comporta apenas o consultório dentário. O atendimento médico é prestado em espaços da comunidade, organizados

previamente, com escrivaninha, cadeiras e macas para exames. A enfermagem faz coleta de exame citopatológico a cada dois meses.

A prefeitura municipal mantém um convênio com a Santa Casa de Caridade intitulado Plano Operativo para a contratação de recursos humanos através da SMS e que preste assistência à saúde no hospital.

Facilidades e dificuldades na gestão municipal

Ao apontar as facilidades e dificuldades em gestão em saúde no município a secretária expõe que a principal dificuldade é as “peças básicas” foi como ela se referiu aos recursos humanos. A secretária expos que já foi realizado um concurso público e que neste assumiu mais de quarenta trabalhadores e que possivelmente no primeiro semestre de 2012 saia um novo edital para área administrativa que segundo ela é a mais debilitada.

Em 1995 o M.S., através de sua Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS apresentou junto à Câmara Técnica Nacional de Recursos Humanos (CTNRH-CONASS) proposta de agenda aos gestores estaduais e municipais enfocando a necessidade de atuação conjunta e articulada no sentido da superação dos problemas existentes nesta área.

A partir dos pressupostos de comprometimento com os princípios do SUS, da fixação dos profissionais necessários aos serviços, da adesão ao modelo assistencial a partir do perfil epidemiológico, de um novo pacto entre gestores e servidores, baseado na valorização da equipe de saúde e na relação com os clientes e população, são apontadas áreas representativas da construção de uma agenda nacional para a formulação da Política de Recursos Humanos (BRASIL 1998).

Percebe-se que apesar das discussões a respeito do tema recursos humanos em saúde ter iniciado a vários anos este problema reflete diretamente no desenvolvimento de projetos municipais de saúde, em destaque nos municípios pequenos, em áreas remotas e de difícil acesso.

Para tanto no ano de 2011 surge a proposta do governo federal do Programa de Valorização dos Profissionais de Saúde de Atenção Básica (portaria interministerial 2.087/2011), que concede benefícios aos profissionais de saúde que aturem em áreas

mais distantes das regiões metropolitanas. Este programa foi apresentado na reunião da Comissão Binacional de saúde como uma solução para a carência de profissionais de saúde brasileiros na região fronteiriça (BRASIL, 2011).

Adequação da APS as necessidades de saúde dos usuários

Quando questionada sobre a adequação da Atenção Primária à Saúde em seu município para atender as necessidades de saúde da população, destacando questões relativas a sua implantação e expansão e adequação as necessidades de saúde dos usuários a gestora assinala que na SMS há mais de trinta programas voltados a melhoria da APS de acordo com as necessidades da população e destaca o Programa Municipal Mamãe Coruja, que é desenvolvido por visitadoras treinadas por uma assistente social. O trabalho desenvolvido neste programa é de acompanhamento de gestantes e pós-parto durante dois anos possibilitando as equipes monitoramento de mães e seus filhos e diminuição da mortalidade infantil.

A atuação em pontos estratégicos possibilita aos gestores qualificar a sua atuação, com a definição de prioridades em saúde e a tradução das demandas emergentes, assim, possibilita a realização de um “feedback” mais fidedigno sobre as limitações de cada proposta programando-os para avançarem em suas propostas definidoras.

O desenvolvimento de um programa específico de orientação a trabalhadores da APS quanto a registrar os atendimentos a uruguaios no sistema brasileiro ou de brasileiros não residentes, poderia facilitar o reconhecimento deste panorama para fins de subsidiar as futuras discussões do Comitê de Fronteira Jaguarão/Rio Branco, constituído pelo Prefeito e pelo Secretário de Saúde de Jaguarão, pelo Intendente e pelo Secretário de Saúde de Melo, por cónsules dos dois países e por representantes dos hospitais de Jaguarão e Rio Branco.

Outro ponto crucial para melhoria da atenção em APS no município é ampliar a discussão da validação de médicos uruguaios e brasileiros residentes no Uruguai possam atuar indistintamente nos dois lados da fronteira, no limite de 20 km estipulado no Acordo de Residência, Estudo e Trabalho, Considerando os intensos laços históricos de fraterna amizade existentes entre as duas Nações, que a fronteira entre o Brasil e o Uruguai constitui um elemento de união e integração de suas populações e que o desejo

de encontrar soluções comuns para o bem estar e a saúde das populações dos dois países; Destacando a importância de consolidar soluções por meio de instrumentos jurídicos que facilitem o acesso dos cidadãos fronteiriços aos serviços de saúde, nos dois lados da fronteira e que busque amparar o intercâmbio que já existe na prestação de serviços de saúde humana na região fronteira, a fim de considerar a legislação e a organização dos Sistemas de Saúde de ambos os países (Brasil, 2010).

Experiências inovadoras em APS, acesso, acolhimento e nacionalidade

As experiências inovadoras em Atenção primária à saúde em seu município, a gestora indica que possui duas equipes de estratégia saúde da família (ESF) e seguem a portaria que rege este programa. Para organização do acesso dos usuários define que no momento estas unidades de saúde trabalham com a disponibilidade de dezesseis fichas de atendimento pela manhã e dezesseis fichas no período da tarde.

No tema de acolhimento a gestora refere o aumento da lista de medicamentos disponibilizados pelo SUS na SMS. A proposta foi no primeiro momento uma pesquisa com todos os médicos da rede para ver quais eram os medicamentos mais usados conforme as patologias características da região, e que não constavam na lista do governo do Estado ou Federal, para posteriormente disponibiliza-las aos usuários.

A conduta proposta é um sistema onde o paciente que utiliza medicamento de uso contínuo ou controlado não tivesse que entrar na fila para conseguir a sua receita. A modalidade adotada no município é a realização da troca de receita a parte das dezesseis consultas agendadas por médico, ou seja, sem necessidade de agendamento.

Sobre a nacionalidade a gestora indica que é difícil esta classificação sendo que muitos usuários possuem dupla cidadania ou se utiliza de documentos e comprovações de parentes residentes no Brasil quando há necessidade de assistência, especialmente na APS e que a facilidade de acesso entre os dois países possibilita uma interação entre as duas nacionalidades muito intensa.

Em outro estudo os secretários municipais de saúde informaram existência de demanda de estrangeiros para atendimento no SUS em 75% dos municípios, sendo freqüente ou muito freqüente em 36% das localidades. Essa demanda é mais importante nos segmentos de fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai. E quanto ao direito

dos estrangeiros a atendimento no SUS municipal, 70% dos secretários municipais de saúde afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento. Do mesmo modo, todos os secretários informaram que prestam algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS municipal. Todavia, em 28% dos municípios, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência, indicando retorno ao país de origem após o primeiro atendimento (GIOVANELLA, 2007).

Organização da gestão para doenças e agravos em região de fronteira

Quando questionada se a SMS dispõe de um grupo ou núcleo dedicado à avaliação de serviços de saúde ou de doenças e agravos importantes para região de fronteira a gestora indica que as ações de vigilância sanitária e epidemiológica mantêm reuniões com equipe do município de Rio Branco- Uruguai e realizam ações conjuntas.

Um marco inicial de cooperação a nível sanitário foi realizado em 09 de dezembro de 1981 é promulgado o Acordo de Cooperação Sanitária entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai (BRASIL, 1981).

Do ponto de vista da saúde, chama a atenção a grande interconectividade e interação transfronteiriça, que requer maior esforço do ponto de vista da vigilância sanitária (PEITER, 2005).

De outras formas e com mesmo intuito destaca-se o trabalho da Comissão Binacional Assessora de Saúde da Fronteira Brasil-Uruguai, com participação de representantes dos governos nacionais e do estadual do Rio Grande do Sul, com atuação em vigilância epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador, integração assistencial e hidatidose (GIOVANELLA, 2007).

Alguns problemas são comuns às cidades fronteiriças como o problema dos fluxos transfronteiriços de pacientes, a interdependência dos programas de prevenção, vigilância e imunização, por mais eficientes que sejam os programas de controle de doenças transmissíveis no lado brasileiro da faixa de fronteira sempre haverá a possibilidade de introdução de patógenos a partir dos vizinhos caso não haja uma forte cooperação com os mesmos (PEITER,2005).

Experiências Exitosas entre Brasil e Uruguai na saúde

Quanto à questão de experiências exitosas entre Brasil e Uruguai para o acesso a atenção primária à saúde, e demais serviços da rede e ressarcimento ao sistema SUS a gestora aponta para a criação de um Comitê Binacional e Fronteiras. Mas assinala que ainda e recente esta proposta e estão em tratativas. Neste comitê serão discutidos os problemas e as possíveis soluções para conseguirmos trabalhar de uma forma mais integrada.

Nas regiões de fronteira entre Brasil e Uruguai existem várias alternativas criadas de forma local ou loco- regional no intuito de minimizar as limitações e problemáticas específicas da região e que por muitos anos tornaram-se negligenciadas pelos dois Estados. No ano de 2004 houve a segunda reunião da Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai, instituída em 2003, entre Jaguarão, no Brasil e Rio Branco, Uruguai, nos dias 14 e 15 de outubro.

Neste cenário é importante destacar o Ajuste Complementar ao Acordo Básico Cooperação Científica e Técnica também conhecido como Tratado de Amizade de 1975. O Ajuste considera a necessidade de uma atenção especial à problemática particular e em especial da saúde na fronteira, além de criar e implementar a Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai assinado em 31 de julho de 2003, em Montevideu. (BRASIL, 2003).

Além de diversos acordos bilaterais que vem surgindo e dando relevância as questões que são transfronteiriças a realização nos dias 11 e 12 de outubro de 2005, na cidade de Rivera, Uruguai da 1ª Conferência de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai foi o marco da iniciativa de cooperação binacional no enfrentamento da problemática da saúde na fronteira entre Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai (SILVA, 2011).

O Comitê Binacional de Integração em Saúde a partir deste evento promoveria a elaboração de propostas, planos e acordos, destinados a facilitar os procedimentos de prevenção, controle e aperfeiçoamento da saúde nas comunidades fronteiriças, além de ser também um órgão de assessoramento técnico, participativo e deliberativo em temas

de saúde, em todas as áreas, elaborando projetos de desenvolvimento binacional de saúde da fronteira Rivera /Santana do Livramento, acompanhando sua implantação e avaliação de seus resultados (SILVA, 2011).

10. Conclusões

A defesa de constituir espaços de harmonização entre dois sistemas de saúde que interagem por conta de seus usuários expõe que os ajustamentos locais são emergentes e que retratam a realidade vivenciada no cotidiano de quem necessita utilizar a rede de serviços de saúde.

As alternativas que surgem para integrar ações entre cidades gêmeas que convivem com nações com diferentes arranjos políticos surgem com mais clareza nas duas últimas décadas, estudos com este entre Brasil e Uruguai pode servir como fonte para evoluir em acordos para além do setor saúde.

No caso brasileiro as características do crescimento econômico é apontada por este pesquisador como um grande desafio para o Estado, e que este deve determinar em suas metas e agendas estratégicas como desenvolver um sistema universal e integral de saúde com uma atenção primária à saúde que se estabeleça como porta de entrada a este sistema. Além de reconhecer que a procura por estrangeiros nos municípios fronteiriços poderá aumentar e, portanto deve com agilidade formalizar as ações entre os dois países com finalidade a valorizar os atendimentos de brasileiros no Uruguai e de uruguaios no Brasil.

Outro destaque para a temática e que aproxima os dois países são as particularidades culturais no povo gaúcho que muito se mescla as propriedades do povo uruguaio, como um aspecto que podemos alinhar é a linguagem utilizada nestes municípios que interagem e buscam formas de comunicação que ultrapassam as demarcações de país e utilizam o “dialeto Portunhol” para facilitar a sua interação.

Perceber que os hábitos, costumes e tradições são características definidoras de alguns processos de saúde e doença nas populações infere positivamente quando trabalhamos com vigilância em saúde e prevenção de doenças e suas representações sociais que neste caso ultrapassam limites jurídicos e políticos.

A questão atual nos municípios de área de fronteira diz respeito, à possibilidade de surgimento de um novo modo de desenvolvimento regional ou de organização social desenvolvimentista e modernizadora, que tenha uma base social, econômica, cultural e ambiental mais sustentável (ALMEIDA, 2009).

11. Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Trabalho de conclusão de especialização em gestão em saúde;
- Artigo para publicação em periódico científico;
- Resumo Executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa.
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

Referências:

ALMEIDA, C; CAMPOS, R.P; BUSS, P. **A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde.** R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010

ALMEIDA, J. **Políticas públicas e desenvolvimento rural: Percepções e perspectivas no Brasil e em Moçambique.** Jalcione Almeida organizador. – Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós Graduação em desenvolvimento rural, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde (NOB- SUS 01/96):** Gestão Plena com Responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1997.

_____. Conselho Nacional De Secretários De Saúde (CONASS) **CTNRH; regulamento interno,** CONASS, Brasília, Brasil, março de 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01** e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Integração Nacional. **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; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Indicadores. **Níveis de Hierarquia.** Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Hierarquia.asp?VEstado=43&VMun=431100>. Acesso em: 12 jan. 2012.

_____. **(Reflexões aos novos gestores municipais de saúde)** Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2009.

_____. DECRETO Nº 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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7239.htm

Acessado em: 31/03/2012 às 19:00.

_____. **Ata do Acordo de Cooperação Sanitária entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai**, 1981.

Disponível em: http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_170_4027.htm. Acessado em 28 de março de 2012.

_____. **Ata do Ajuste Complementar de criação e implementação da Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil – Uruguai**, 2003.

Disponível em: http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_261_4932.htm. Acessado em 28 de março de 2012.

_____. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Acessado em: 15 de junho de 2012.

BUSS.P.M; FERREIRA. J.R; **Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2699-2711, 2011.

CECCIN, R.B; FEUERWERKER L.C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Histórico de Jaguarão**. Disponível em:

<<http://www.cnm.org.br/municipio/historia.asp?iIdMun=100143207>>. Acesso em: fev. 2012.

CONILL EM, Fausto MCR. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social**. Rio de Janeiro: Documento Técnico EuroSocial Salud; 2007.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. **Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento**. *Cad Saúde Pública*. v. 23, p. S214-26. 2007

GALLO, E.; COSTA, L. **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL**.

SISMERCOSUL: Uma agenda para integração. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: DF. 2004. ISBN 85-87943-35-9. Nacional, 2005. 418 p.

GIOVANELLA, Lúgia (coord.) **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro: ENSP / Fiocruz, 2007.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. **O Desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte.**/ Helvécio Miranda Magalhães Júnior. Campinas, SP: [s.n.], 2006 (Tese de doutorado).

MINAYO MC. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA FILHO, José Luiz de. **Multiterritorialidade em regiões transfronteiriças: estudo de duas cidades gêmeas na fronteira Brasil/Uruguai**. Tese de Doutorado em Desenvolvimento Regional. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2010.

NOGUEIRA VMR. et al. **A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S227-S236, 2007

NOGUEIRA VMR; DAL PRÀ KR. **Mercosul: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira**. Ser Social, Brasília, n. 18, p. 159-188, jan./jun. 2006.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Negociação coletiva do trabalho em saúde**, OPAS, Brasília, DF, 1998.

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai. Ministérios da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina – Brasil – Paraguai 2001-2002**. Brasília: OPAS, 2004.

PEITER, Paulo Cesar. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio** / Paulo Cesar Peiter. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG, 2005. xix, 314p. il.; 30cm Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG.

ROCHA, C.M.F; GÓMEZ-ARIAS, R.D; PADRÓN, G.J. **La salud pública internacional: entre viejos y nuevos paradigmas**. Editorial Rev Panam Salud Publica 30(2), 2011

RODRIGUES, Antonio Luiz. **Epidemias na Faixa de Fronteira Brasileira (Paper)**. Apresentado durante o VII Encontro Nacional de Estudos Estratégicos – Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República do Brasil, nos dias 06, 07 e 08 de novembro de 2007, Brasília-DF.

SILVA. M. P., Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai **Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento-Rivera. ISBN 978-85-7590-139-7 Pelotas-RS. 2011.**

VIACAVA F, ALMEIDA C, CAETANO R, FAUSTO M, MASINKO J, MARTINS M et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** Rev C S Col 2004.

VICTORA CG, HABICHT JP, BRYCE J. **Evidence-based public health: moving beyond randomized trials.** Am J Publ Health 2004.

WISMAR, M. et. Al. **Cross-border health care in the European Union Mapping and analysing practices and policies.** European Observatory on Health Systems and Policies. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>. Acessado em: fev. de 2012.

YIN R K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE

Apêndice A

	<p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p align="center">ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO</p> <p align="center">ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE</p>	
<p align="center">Bloco A- IDENTIFICAÇÃO</p>		
<p>IDENTIFICAÇÃO GERAL</p> <p>1) Estado: __ __</p> <p>2) Cidade: _____</p> <p>3) Nome do Gestor: _____</p> <p>4) EMail: _____</p> <p>5) Telefone para contato: _____</p> <p>6) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino</p> <p>7) Qual a sua idade? __ __ anos</p>		
<p>8) Indique seu grau de escolaridade.</p> <p>(0) Ensino Fundamental (primeiro grau) incompleto</p> <p>(1) Ensino Fundamental (primeiro grau) completo</p> <p>(2) Ensino Médio (segundo grau) incompleto</p>		

(3) Ensino Médio (segundo grau) completo

(4) Superior incompleto

(5) Superior completo

(6) Pós-Graduação

9) Qual sua profissão?

Especifique _____

10) Informe os cursos de aprimoramento na área de saúde que realizou / está realizando:

Curso de aperfeiçoamento / atualização (menos de 360 horas) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva)

(0) Não (1) Sim

Especialização / residência (360 horas ou mais) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva)

(0) Não (1) Sim

Mestrado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva)

(0) Não (1) Sim

Doutorado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva)

(0) Não (1) Sim

Curso de aperfeiçoamento/atualização (menos de 360 horas) em outras áreas de saúde

(0) Não (1) Sim

Especialização/residência (igual ou mais que 360 horas) em outras áreas de saúde

(0) Não (1) Sim

Mestrado em outras áreas de saúde

(0) Não (1) Sim

Doutorado em outras áreas de saúde

(0) Não (1) Sim

Outros. Especifique: _____

12) Participou como Secretário Municipal de Saúde em outra gestão ou outro município? (0) Não (1) Sim Por quanto tempo? __ __ anos e __ __ meses

DIMENSÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

13) Atualmente, a gestão municipal do SUS é do tipo:

(1) Plena do Sistema Municipal de Saúde

(2) Plena da Atenção Básica

(3) Outra. Especifique: _____

14) Avalie o tipo de gestão vigente no seu município, considerando facilidades e dificuldades para implementação de sua política de saúde:

resposta:

15) Comente a adequação da Atenção Primária à Saúde em seu município para atender as necessidades de saúde da população, destacando questões relativas a sua implantação e expansão e adequação as necessidades de saúde dos usuários.

resposta:

16) Caracterize as experiências inovadoras em Atenção primária à saúde em seu município, segundo a modalidade de acesso dos usuários (número fixo de consultas, dias fixos de agendamento, acolhimento e NACIONALIDADE).

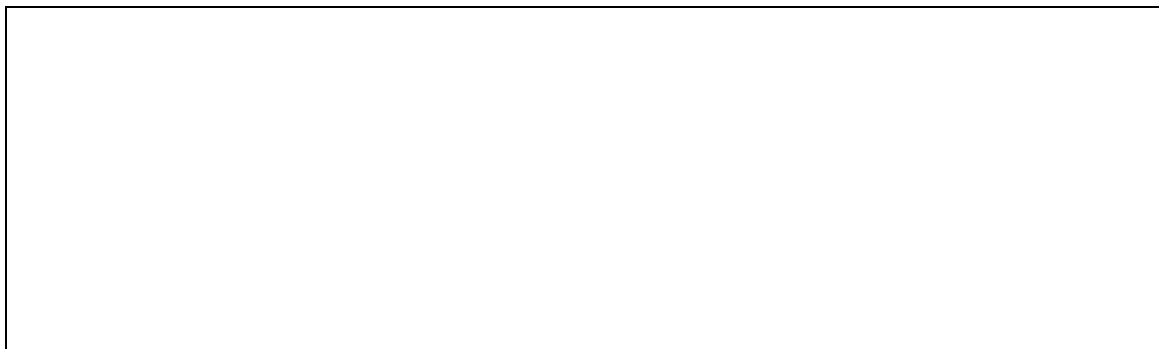
resposta:

17) A SMS dispõe de um grupo ou núcleo dedicado a avaliação de serviços de saúde ou de doenças e agravos importantes para região de fronteira?

Resposta:

18) Descreva experiências exitosas entre Brasil e Uruguai para o acesso a atenção primária à saúde, e demais serviços da rede e ressarcimento ao sistema SUS.

Resposta:



Apêndice B

Quadro 1- Revisão sistematizada do tema em estudo, 2011.

<u>Título</u>	<u>Autor/ ano</u>	<u>País</u>	<u>Tipo de estudo</u>	<u>Resumo</u>
Relatório do Município de Jaguarão- Projeto SIS-Fronteira-UFRGS- Escola de Administração.	Brasil, 2007	Brasil	Estudo de caso	Relatório retrata os municípios de Jaguarão-Brasil e Rio Branco-Uruguaí-diagnóstico realizado no Projeto SIS-fronteira do Ministério da Saúde.
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	Giovanella <i>et al</i> ; 2007	Brasil	Inquérito e estudo de caso	Este trabalho apresenta resultados de pesquisa com o objetivo de analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL. Foi realizado inquérito com secretários municipais de saúde das 69 localidades brasileiras da linha de fronteira

				<p>com países do MERCOSUL referentes aos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul.</p> <p>Buscou-se identificar ações demandadas pela população fronteiriça, mecanismos utilizados para acesso, fluxos entre serviços e sistemas, estratégias de resposta e acordos locais. Iniciativas de cooperação entre gestores locais brasileiros e estrangeiros, identificadas em quase metade dos municípios, podem orientar a formulação de diretrizes para situações de fronteira que possibilitem a melhoria do acesso integral à atenção à saúde.</p>
Saúde nas Fronteiras: A Questão dos Recursos Humanos	Souza. <i>et al</i> , 2004	Brasil	Simulado	<p>Simulação do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, sobre a situação de recursos humanos para o trabalho na</p>

				<p>área da saúde em região de fronteira. Objetiva-se, alimentar a discussão sobre o comprometimento dos Estados-membros com as decisões tomadas pela OPAS.</p>
<p>Cross-border Health Care in the European Union</p>	<p>Observatório Europeu de políticas e sistemas de saúde</p>	<p>U.E.</p>	<p>Estudo de Caso</p>	<p>O texto livro traz um apanhado de revisões sobre os sistemas de saúde da união europeia, com resultados sobre acesso, qualidade e utilização dos serviços de saúde.</p>
<p>SIS-MERCOSUL Uma agenda para a integração</p>	<p>organizado por Edmundo Gallo; Laís Costa. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Série técnica – projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde sis-mercosul uma agenda para integração.</p>	<p>Texto técnico que Aponta para gestores e trabalhadores da área de gestão os desafios de desenvolver sistemas integrados de saúde na região do MERCOSUL.</p>
<p>A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL</p>	<p>Nogueira; Dal Prá; Fermiano. 2004.</p>	<p>Brasil</p>	<p>coleta dos dados, foram utilizados quatro instrumentos: levantamentos em base de dados oficiais sobre indicadores municipais de saúde; entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, considerados assim os gestores,</p>	<p>O destaque foi a diversidade de compreensão sobre o significado do direito à saúde, indicando dois fatores: inexistência de princípios éticos e políticos comuns e níveis de institucionalidade frágeis, incapazes de absorver a demanda dos usuários não</p>

			<p>profissionais e conselheiros de saúde nos municípios-pólo; formulários aplicados nos municípios; registro de observações em diário de campo e reuniões com profissionais.</p>	<p>brasileiros. Verificou-se que os acordos entre os governos nacionais não têm tido repercussão, ocorrendo desconhecimento pelos gestores e profissionais. Na população estrangeira, permanece a incerteza quanto ao atendimento. No Brasil, evidencia-se a inexistência de padrões uniformes de atenção, favorecendo decisões pessoais dos gestores e profissionais de saúde, dificultando as ações integradas.</p>
<p>Mercosul: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira</p>	<p>Nogueira; Dal Prá. 2006</p>	<p>Brasil</p>	<p>Na terceira e última parte trata-se de evidenciar como o direito à saúde na região da fronteira ainda é uma questão burocratizada e personalista, alheia às normatizações do Sistema Único de Saúde do Brasil e distante dos documentos legais que organizam o trânsito interfronteiras.</p>	<p>Este artigo identifica os perfis distintos de atenção que evidenciam as desigualdades verificadas na garantia e fruição do direito à saúde na linha da fronteira Mercosul. A questão que mais se destacou foi a diversidade de compreensão sobre o significado do direito à saúde na região.</p>

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante, Elaine Nunes- Secretária de saúde do município de Jaguarão-RS.

Sou aluno do Curso de Especialização Gestão em Saúde, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação da Professora Andrea Bonamigo, cujo objetivo é conhecer como se organiza a assistência à saúde de forma a disponibilizar serviços orientados pela Atenção Primária à saúde (APS) e as demandas prioritárias de saúde locais, e como o gestor articula a assistência para atender os usuários moradores no Brasil e Uruguai.

A sua participação envolve uma entrevista. Essa participação no estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Apesar de que você não terá benefícios diretos em decorrência de sua participação, o provável benefício que lhe advirá por ter tomado parte nesta pesquisa é a consciência de ter contribuído para a compreensão do fenômeno estudado e para produção de conhecimento científico. Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para (53) 91614136 ou 81005610. (falar com Marcos Aurélio Matos Lemões). Desde já agradecemos sua contribuição no estudo proposto.

Atenciosamente,

Cursista _____

Assinatura

Local e data

Consinto em participar deste estudo

entrevistado _____

Assinatura

Local e data