

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE
– NÍVEL MESTRADO

LISETE TEIXEIRA PALMA DE LIMA

ITINERÁRIO TERAPEUTICO DE USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
TRIPLICE FRONTEIRA

CASCAVEL - PR

2017

LISETE TEIXEIRA PALMA DE LIMA

ITINERÁRIO TERAPEUTICO DE USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
TRIPLICE FRONTEIRA

Dissertação apresentada ao Programa De Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

ORIENTADOR: Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

CASCABEL-PR

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

LISETE TEIXEIRA PALMA DE LIMA

ITINERÁRIO TERAPEUTICO DE USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TRIPLICE FRONTEIRA

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Prof. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
UNIOESTE

Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues
UNIOESTE

Profa. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert
UFPB

CASCAVEL-PR
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai (in memoriam), exemplo de líder nato, que sempre me incentivou a estudar e buscar vencer desafios e aos usuários do SUS, cidadãos de certa forma impotentes e dependentes dos resultados dos processos de trabalho dos profissionais de saúde.

AGRADECIMENTOS

O reconhecimento de que este trabalho foi possível porque teve a colaboração direta ou indireta de muitas pessoas.

Minha família, em especial meu marido, companheiro, amigo, incentivador. Minha mãe, sempre presente durante toda a trajetória, além de companheira de viagens. Meus filhos, meu maior patrimônio. Meus tios com quem vivi ótimos momentos durante a estadia para as aulas do curso. Minha orientadora, que me conduziu com sabedoria, firmeza e experiência nesta trajetória, valorizando minha trajetória profissional, me auxiliando e compartilhando conhecimento científico. Aos profissionais envolvidos na etapa da pesquisa de campo, abrindo caminhos para o processo. Aos usuários do SUS que participaram da pesquisa. Todos os docentes do curso de mestrado, que dividiram seus conhecimentos de forma acolhedora e interativa. À Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, aos meus superiores hierárquicos, que autorizaram a minha participação neste curso. À UNIOESTE, fonte de conhecimento para a qual retorno de tempos em tempos para me fortalecer desde a graduação. À equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família Porto Belo, que me incentivou durante esta jornada. Os meus colegas de mestrado, profissionais que como eu, buscam a atualização com vistas a uma atuação melhor.

RESUMO GERAL

A busca por atendimentos em saúde advém da necessidade individual de encontrar a cura ou alívio para dores e incômodos e, independente dos fluxos, protocolos ou normas estabelecidas, novos caminhos são traçados, pessoas são envolvidas e os resultados acontecem com ou sem efetividade ou equidade. Estes caminhos denominam-se itinerários terapêuticos. Assim, este estudo objetivou conhecer o itinerário terapêutico e o acesso de usuários brasileiros no sistema de saúde pública, residentes no Paraguai ou na Argentina, na procura por cuidados em saúde na atenção primária, no município de Foz do Iguaçu, integrante da tríplice fronteira - Brasil, Paraguai e Argentina. Foi desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa, utilizando-se o referencial do materialismo histórico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, com brasileiros residentes na Argentina e no Paraguai, usuários do serviço de atenção primária em uma das unidades de saúde do município de Foz do Iguaçu, Brasil, e, em Puerto Iguazu, na Argentina. Os dados foram agrupados em unidades de sentido e sua análise foi temática, emergindo distintos temas para discussão: Na unidade temática um, discute-se o itinerário terapêutico: um olhar para a tríplice fronteira, por meio dos subtemas: o público e o privado na assistência à saúde para os brasiguaios; a decisão de procurar o Sistema Único de Saúde no Brasil; o acesso aos serviços de saúde e a atenção primária à saúde como (des) coordenadora da rede de atenção. Na unidade temática dois, resolutividade dos cuidados à saúde em região de fronteira, discute-se os achados por meio de duas subunidades temáticas: motivos para a busca por cuidados em saúde em Foz do Iguaçu, no Brasil; e, resolutividade encontrada pelos brasiguaios no atendimento recebido na atenção primária do Brasil. Na terceira unidade apresenta-se o acesso e acessibilidade dos brasileiros residentes em países vizinhos, na atenção primária de Foz do Iguaçu. Os resultados apontaram para uma atenção primária que precisa utilizar novas ferramentas para ampliar o acesso e a resolutividade em seu processo de trabalho, coordenando o sistema local de saúde e, tendo como consequência, uma melhor gestão do cuidado. O itinerário terapêutico percorrido compreendeu os três subsistemas: familiar, profissional e popular, em acordo com a literatura. Percebeu-se dificuldades com a equidade e com a informação em saúde, uma vez que nem todos os usuários usufruem das ofertas dos serviços de saúde, a exemplo dos usuários não residentes. E quanto à cobertura em saúde, os exemplos da utilização do mix público – privado como respostas aos desequilíbrios da saúde, nos mostra que estamos longe desta meta. No entanto, encontramos usuários residentes nos países vizinhos, satisfeitos com o atendimento recebido no Brasil.

Palavras - chave: atenção primária à saúde; acesso; itinerário terapêutico.

GENERAL ABSTRACT

The search for health care comes from the individual need to find healing or relief for pain and discomfort, and regardless of the flows, protocols or established norms new paths are drawn, people are involved and the results happen with or without effectiveness or equity. These paths are called therapeutic itineraries. Thus, this study aimed to know the therapeutic itinerary and access of Brazilian users in the public health system, residing in Paraguay or Argentina, in the search for health care in primary care, in the municipality of Foz do Iguaçu, a member of the triple border - Brazil, Paraguay and Argentina. It was developed through qualitative research, using the reference of historical materialism. Data collection was done through semi-structured interviews, with Brazilian residents in Argentina and Paraguay, users of the primary care service in one of the health units in the city of Foz do Iguaçu, Brazil, and in Puerto Iguazu, in Argentine. The data were grouped into units of meaning and their analysis was thematic, with different topics emerging for discussion: In thematic unit one, the therapeutic itinerary is discussed: a look at the triple frontier, through the subthemes: the public and the private in the Health care for brasiguaios; The decision to seek the Unified Health System in Brazil; Access to health services and primary health care as the (des) coordinator of the care network. In Unit Two, Resolving Health Care in Border Region, the findings are discussed through two thematic subunits: reasons for the search for health care in Foz do Iguaçu, Brazil; And, resoluteness found by brasiguaios in the care received in primary care in Brazil. The third unit presents the access and accessibility of Brazilian residents in neighboring countries, in the primary care of Foz do Iguaçu. The results pointed to a primary care that needs to use new tools to increase access and resolution in its work process, coordinating the local health system and, as a consequence, a better management of care. The therapeutic itinerary covered included the three subsystems: family, professional and popular, according to the literature. Difficulties with equity and health information were perceived, since not all users take advantage of health services offers, such as non-resident users. And as for health coverage, examples of using the public - private mix as responses to health imbalances show us that we are far from this goal. However, we found users residing in neighboring countries, satisfied with the service received in Brazil.

Keywords: primary health care; access; Therapeutic itinerary.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	14
OBJETIVOS	19
REVISÃO GERAL DE LITERATURA	20
1. Itinerário Terapêutico.....	20
2. Caracterização da região de Fronteira.....	22
3. Considerações sobre a organização dos serviços de saúde.....	25
4. Sistemas de saúde e a APS nos países da tríplice fronteira.....	28
5. Caracterização do serviço de saúde de Foz do Iguaçu.....	43
REFERÊNCIAS.....	50
RESULTADOS	56
ARTIGO 1: Itinerário terapêutico de brasileiros na tríplice fronteira.....	57
ARTIGO 2: Resolutividade dos cuidados à saúde na atenção primária em região de fronteira.....	77
ARTIGO 3: Acesso a saúde na tríplice fronteira sob a ótica do usuário brasileiro residente no Paraguai e na Argentina.....	90
APENDICES	
APENDICE 1 – Materiais e Métodos.....	102
APENDICE 2 – Roteiro da entrevista.....	114
APENDICE 3 – TCLE.....	115
ANEXOS	
ANEXO A – Parecer Comitê Ética.....	117
ANEXO B – Normas Revista Científica Saúde em Debate.....	120
ANEXO C – Normas Revista Científica Ciência, Cuidado e Saúde.....	124
ANEXO D – Normas Revista Científica Interface.....	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Número de usuários estrangeiros atendidos mensalmente nos serviços de saúde prestados pelos municípios em área de fronteira Brasil – Paraguai.....44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Sistemas de Saúde da Tríplice Fronteira.....	30
Quadro 2- Sistema de Saúde Segmentos de Cobertura Populacional na Argentina	38
Quadro 3- Sistema de Saúde Segmentos de Cobertura Populacional no Paraguai..	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica a Saúde

ACDD - Associação Cristã de Doentes e Deficientes

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS – Ações Integradas de Saúde

APAE - Associação de Pais e Amigos de Excepcionais

APS – Atenção Primária em Saúde

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

CABA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COREN-PR - Conselho Regional de Enfermagem do Paraná

CRM - Conselho Regional de Medicina

CSN – Comunidade Sul Americana de Nações

CUS - Cobertura Universal em Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmitida

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSSJP - Instituto Nacional de Servicios Sociales para aposentados e pensionistas

IPS - Instituto de Previsão Social

ISAGS - Instituto Suramericano de Gobierno em Salud

ISALUD - Fundación Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad

ITAI – Instituto de Tecnologia em Automação e Informática

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MSPBS - Ministério de Salud Pública y Bienestar Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAMI - Programa de Atención Médica Integral

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

PIB - Produto Interno Bruto

PMN – Partido da Mobilização Nacional

RPC – Rede Paranaense de Comunicação

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIATE – Serviço de Atendimento ao Trauma e Emergências

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIS FRONTEIRAS - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

SSS - Superintendência de Serviços de Salud

SUS – Sistema Único de Saúde

UNASUL – União das Nações Sul Americanas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UHC – Universal Health Coverage

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO GERAL

A partir da década de 1960, de um lado ocorreu no Brasil a Marcha ao Oeste do Paraná, com incentivo ao cultivo de terras e ao plantio de soja e de outros, o Governo Paraguaio acenou com mudanças em sua legislação de fronteira para estimular brasileiros com o movimento chamado Marcha ao Leste. Este movimento tinha como objetivo facilitar a entrada e a aquisição de terras por brasileiros no Leste paraguaio com baixa densidade populacional, à época. Atenderam ao chamado, atraídos pelos bons preços, agricultores que deixaram seus minifúndios no sul do Brasil, para se instalar às centenas e começar uma história de desenvolvimento agrícola no Leste paraguaio, mais especificamente no Departamento de Alto Paraná (SOUCHAUD, 2011).

A iniciativa deu resultados positivos e, hoje, estes imigrantes brasileiros no Paraguai, conhecidos como brasiguaios, expandiram suas atividades, contribuindo para a eclosão do desenvolvimento urbano, e com perfis diversificados, como de pequenos agricultores, trabalhadores rurais, do comércio, serviços, empresários, empregadas domésticas, operários da construção civil, técnicos, etc. Associado ainda a intensificação migratória na década de setenta, devido à construção da hidrelétrica de Itaipu, esta população pode ter chegado a 500 mil brasileiros residindo no Paraguai (SOUCHAUD, 2011).

Houve também a intensificação da migração brasileira para o lado argentino, na década de 1970, levando alguns autores e membros do governo argentino, a achar que fazia parte dos planos expansionistas brasileiros, modificar as "fronteiras mortas" pelas "fronteiras vivas" da colonização, expandindo seu território de ocupação (ITAUSSU; MELLO, 1996, apud ALBUQUERQUE, 2003).

Esta realidade compõe a população da região conhecida como Tríplice Fronteira, entre o Brasil, o Paraguai e a Argentina, com suas cidades fronteiriças, e suas peculiaridades, Foz do Iguaçu, no Brasil, Ciudad Del Este, no Paraguai e

Puerto Iguazu, na Argentina. Segundo dados do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2012), nas estimativas populacionais das comunidades brasileiras no mundo, no Paraguai vivem 201.527 brasileiros e na Argentina 41.330.

Segundo a Diplomacia Consular (BRASIL, 2012), a circulação de pessoas no mundo deve receber tanta atenção quanto a que é dispensada para mercadorias e fluxos financeiros, com adequada regulação, realizada por organismos competentes, com solução de controvérsias e promoção de direitos e reparação de injustiças. Além disso, reforça que o poder soberano dos Estados não está acima dos direitos inalienáveis do ser humano, sua dignidade, sua integridade, e do seu direito de ser tratado com respeito e sem discriminações em qualquer circunstância.

Deste modo, o interesse deste estudo é conhecer as razões da escolha e os caminhos utilizados por estes brasileiros residentes no Paraguai ou na Argentina, quando buscam atendimento à saúde em Foz do Iguaçu, tendo como porta de entrada, unidades da atenção primária.

A Atenção Primária à Saúde (APS), termo que, atualmente, no Brasil, é considerado equivalente à Atenção Básica à Saúde (ABS), pode ser caracterizada como um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, as quais abarquem prevenção, promoção, cura e reabilitação, além de redução de danos e manutenção da saúde. O cuidado deve ser integral, com potencialidade para transformar os determinantes de saúde e propiciar autonomia aos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2011).

Seu desenvolvimento se dá a partir da execução de ações de cuidado e gestão, respeitando-se a democracia e a participação dos atores envolvidos, com trabalho em equipe, para a população de um território adstrito, para o qual se assume a responsabilidade sanitária, levando-se em conta que esses territórios e sua população estão em contínua transformação. A atenção primária utiliza tecnologias complexas e com ampla variedade para execução do cuidado, considerando as demandas e necessidades de saúde de sua área de abrangência, e ainda, critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência, bem como os aspectos éticos para o acolhimento de toda demanda ou necessidade de saúde (BRASIL, 2011).

A APS, segundo definição da Declaração de Alma-Ata deve se orientar pelos problemas sanitários locais mais comuns e realizar ações e serviços que reflitam as

condições econômicas e os valores sociais de cada país, bem como, por consequência de suas comunidades, variando segundo os diversos países e cidades (ANDRADE et al., 2012).

O olhar sobre os caminhos percorridos por usuários no sistema de saúde, e, em especial na APS, nos fornece uma leitura sobre o funcionamento, organização e, ainda, sobre as ações práticas no desenvolvimento das políticas de saúde estabelecidas para determinada população. Acontece de forma clara ou conhecida para alguns, com rotinas ativas que atravessam os protocolos formais criados para a utilização dos serviços de saúde coletiva, e nem tão clara para outros, quando desconhecem sua organização. Estes caminhos em busca de atendimento e cura para os problemas de saúde são também denominados de itinerários terapêuticos, os quais podem ser entendidos, como

os percursos na busca por cuidados; como trajetórias na tentativa para solucionar problemas de doença; como movimentos para preservar ou recuperar a saúde. Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade. Menos que algo substancial ou retificado, tem-se uma multiplicidade heterogênea de movimentos, agenciamentos e concepções, a qual acarreta opções diversificadas (PINHO; PEREIRA, 2012, p. 439).

Sobre a procura por cuidados em saúde, na cidade de Foz do Iguaçu, Brasil, utilizando dados do Relatório Anual de Gestão do ano de 2013, onde aparece este indicador, atualizado, divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde, constata-se que, segundo parâmetros da Portaria 1.101/02 do Ministério da Saúde brasileiro, foram atendidas 741.247 pessoas em consulta médica, número que representa 44,7% acima do número preconizado, ou seja, 512.176 consultas para o número de habitantes da cidade, que conta com 256.088 pessoas. Outro dado das estatísticas da saúde, citado na Prestação de Contas do período de janeiro a agosto de 2014, mostra uma cobertura vacinal de 120,7% para o imunobiológico BCG (Bacilo de Calmette-Guérin ou vacina contra a tuberculose), aplicado no hospital logo após o nascimento, o que ilustra atendimento a população não residente (FOZ DO IGUAÇU, 2014).

Como integrante da equipe de saúde coletiva do município de Foz do Iguaçu há dezessete anos, com experiência tanto na assistência como na gestão de serviços, observo que parte dos usuários dos serviços públicos de saúde realiza uma busca itinerante por atenção à saúde entre as cidades da tríplice fronteira, por razões diversas, justificáveis ou não do ponto de vista dos profissionais e gestores da saúde. Relatos de colegas de trabalho, sobre atendimento a demanda em unidades de saúde, sem a estratégia saúde da família e sem área adscrita reconhecida, ou ainda, sem cobertura de agentes comunitários de saúde, constam que, ao chegar à unidade às sete horas da manhã, não raro, encontram em ruas próximas, vans de transporte com placa do Paraguai, aguardando usuários brasileiros que vieram em busca de consulta médica.

Desse modo, nos perguntamos cotidianamente, porque decidiram sair do seu país de residência em busca de atenção à saúde? Há quanto tempo estão esperando? Que dificuldades passam para chegar ao atendimento? A vivência nos microprocessos de trabalho, na assistência em unidade na área norte da cidade, durante o acolhimento a usuárias brasileiras, grávidas, residentes no Paraguai, reforça esses questionamentos, pois ao lhes ser perguntado o endereço, de forma tensa, buscavam anotações em suas bolsas com nome de rua e número, para a resposta, indicativo da sua não residência no local.

Ademais, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, o SINASC, em Foz do Iguaçu entre os anos de 2006 a 2012, foram incluídos dados de 34.456 gestantes, destas 1.507 informaram residir no Paraguai (MELLO et al., 2015). A questão do atendimento a estas gestantes, no município de Foz do Iguaçu, foi resolvida com a implantação, desde 2006, do Centro Materno Infantil, com recursos advindos de parceria do Governo Municipal com a Itaipu Binacional e o Ministério da Saúde, que atende brasileiras residentes nos países vizinhos, gestantes e crianças (FOZ DO IGUAÇU, 2010). Porém, os demais usuários, sem fluxos definidos oficialmente, buscam assistência a seus problemas de saúde de formas diversificadas.

Colaborando ainda com dados que confirmam a vinda dos brasileiros que residem no Paraguai, para Foz do Iguaçu em busca de atendimento de saúde, citamos a reportagem da Rede Paranaense de Comunicação (RPC), afiliada da

Rede Globo, exibida em 04.11.2015, “Vereador será investigado por orientar brasiguaios a burlar o recasdratamento eleitoral”, que traz, entre outras informações, que cidades como Naranjal, Santa Rosa Del Monday, Raúl Peña concentram cerca de 300 mil descendentes de brasileiros e, para eles, o título de eleitor é importante para conseguir atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo.

Ou ainda em matéria do Jornal de Foz do Iguaçu, A Gazeta de sábado e domingo, 4 e 5 de julho de 2015, com o título: Pedido de cancelamento dos cartões SUS é adiado, a proposta do vereador Zé Carlos do Partido da Mobilização Nacional (PMN) é uma forma de combater as fraudes que estão sendo observadas para obtenção dos cartões por parte das pessoas do Paraguai e de outras cidades. Ao defender o requerimento, o vereador voltou a afirmar que está havendo uma sangria no orçamento da saúde do município. São mais de 800 mil cartões emitidos, enquanto a população de Foz do Iguaçu não passa de 265 mil habitantes. Somando apenas os últimos três anos, são R\$ 110 milhões de prejuízos para o orçamento do município.

A realidade observada, atuando como membro da equipe em unidade de atenção primária, durante o acolhimento e anamnese que integra o atendimento, leva-nos a concluir que, em algum momento no processo terapêutico, os serviços não deram conta da assistência esperada pelo usuário, motivo que originou a busca de outros estabelecimentos ou níveis de atenção em sua cidade ou, no caso em questão, em outro país. E, em outros casos, estes usuários tiveram suas demandas por atendimento em saúde resolvidas em seu país de origem, por esse motivo, retornam sempre que sentem necessidade.

Sendo assim, questiona-se: neste nível de atenção, todos os serviços têm a sua porta de entrada claramente definida? Quais os programas e serviços públicos que são ofertados nos três municípios da região de fronteira? Estes usuários usufruíram destas ofertas antes da procura alternativa?

O pressuposto do estudo, portanto, é de que, em seu itinerário terapêutico, no momento de fragilidade propiciado pelo adoecimento, o brasileiro que reside em países vizinhos ao Brasil, tem retornado em busca de cuidados em seu país de origem e que a organização do Sistema Único de Saúde municipal tem acolhido os brasileiros residentes em países da fronteira, na atenção primária à saúde.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar o itinerário terapêutico de usuários brasileiros do sistema de saúde pública, residentes no Paraguai ou na Argentina, na procura por cuidados em saúde na atenção primária, no município de Foz do Iguaçu, integrante da tríplice fronteira - Brasil, Paraguai e Argentina.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Descrever o itinerário terapêutico percorrido pelos brasileiros, residentes nos países da tríplice fronteira, a partir da atenção primária à saúde, em Foz do Iguaçu.

Conhecer os motivos que levam estes brasileiros a buscar atendimento em saúde, prioritariamente na atenção primária, em Foz do Iguaçu, no Brasil, e como está acontecendo essa atenção em termos de resolução.

Compreender como se dá o acesso na atenção primária à saúde e a resposta do sistema quando da busca por cuidados de saúde por brasileiros residentes nos países vizinhos.

REVISÃO GERAL DE LITERATURA

1. Itinerário terapêutico

Para resolver seus problemas de saúde, os indivíduos, nos mais diversos contextos socioculturais, recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas, as quais são escolhidas de acordo com a capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e a cura. Desse modo, a escolha do tratamento à sua doença dar-se-á a partir da compreensão e entendimento que cada pessoa terá do seu estado biopsicossocial junto às diferentes representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em consonância ao universo que está inserido, a qual realizará percursos e processos terapêuticos visando uma melhor resposta à sua aflição (LANGDON, 1994).

Pelo prisma socioantropológico, os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento são denominados de itinerário terapêutico. O itinerário terapêutico se sustenta na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (CABRAL et al., 2011).

O itinerário terapêutico inclui seguidas tomadas de decisões e negociações entre pessoas e grupos com interpretações distintas sobre a definição da doença e a escolha do melhor tratamento. Inclui tanto o percurso feito na busca de tratamento e cura da doença, quanto as avaliações dos diferentes resultados obtidos. Para a escolha do percurso, são levados em conta aspectos como, sinais da doença (corporais e não corporais), crenças, diagnósticos e prognósticos. Além desses fatores, existe a pluralidade de interpretações, representadas pela posição da pessoa, a disponibilidade de recursos e a relação prévia com especialistas de cura (LANGDON, 1994).

É preciso hoje reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que se diferencia de um indivíduo a outro,

que pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a sequência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras. A procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, os valores e as ideologias quanto pelos perfis da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (GAËTAN, 1995 apud GERHARDT, 2006, p. 130).

O Sistema de Cuidado à Saúde, orientado pelo modelo de Arthur Kleinman, em outras palavras, descreve o itinerário terapêutico, uma vez que segundo o autor, este sistema fornece às pessoas, caminhos para o entendimento da sua condição, em momentos de ausência de saúde, bem como ações ou alternativas possíveis, em busca do tratamento para sua doença ou para restabelecer a sua saúde. Encontrando, portanto, seu processo de tratamento e cura na realidade social, que é dinâmica e vai se modificando (MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Internamente este sistema é subdividido em subsistema familiar, profissional e popular. O subsistema familiar inclui o indivíduo, com problemas de saúde, sua família, a rede social a que ele está vinculado, e a comunidade próxima. Neste âmbito, a doença é inicialmente identificada e, a partir daí acontecem os primeiros atos e decisões em busca de tratamento, iniciando também o processo terapêutico e o itinerário terapêutico. O subsistema profissional inclui, na maioria das sociedades, a biomedicina, propostas de cura legalizadas e organizadas, com sistematização nos registros e aprendizagem formal. São as ofertas dos sistemas de saúde dos diferentes modelos. E, os subsistemas populares, que geralmente estão ligados ao sistema familiar, não apresentam legalidade ou organização formal e sistematizada, com oferta de especialistas de cura informais e ainda, com amplo reconhecimento pela sociedade (MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Descrever o itinerário terapêutico de pessoas no sistema de saúde de uma determinada realidade não é tarefa simples. Em região de fronteira, em que os limites dados nem sempre são respeitados quando ocorre a busca por cuidados em saúde, essa ação torna-se mais complexa ainda. Vamos, portanto, a seguir caracterizar essa região.

2. Caracterização da região de fronteira

O Brasil tem uma faixa de fronteira (150 km paralelo à linha de fronteira) de 15.719 quilômetros, correspondente a 27% do território nacional, que pode ser considerada extensa, e onde estão sediados 588 municípios, de onze estados, que margeiam dez países da América do Sul, nos quais vivem aproximadamente 10 milhões de pessoas (GADELHA; COSTA, 2007).

De fato, a fronteira internacional quando associada à zona geográfica significa área ou lugar de contato e de integração espontânea pelas ações e iniciativas cotidianas da população fronteiriça, sobretudo em pontos constituídos por cidades gêmeas. Em tal sentido, o conceito de zona de fronteira internacional corresponde a uma área de interação, 'uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades-gêmeas' (BRASIL, 2005, p. 21 apud FERRARI, 2014, p. 22).

A legislação brasileira para a faixa de fronteira é oriunda de 1970, período em que o país se encontrava sob o regime da ditadura militar. Pode-se dizer que é caracterizada pela ausência de preocupação com o desenvolvimento e a integração sul americana. A fronteira é vista como local de isolamento e região de baixo desenvolvimento social e econômico, marcada por profundas iniquidades sociais (GADELHA; COSTA, 2007).

No contexto de constituição de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes. E a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões (GIOVANELLA et al., 2007).

Na saúde, mais especificamente, os municípios de fronteira do Brasil apresentam dificuldades para a provisão da atenção integral aos seus cidadãos.

Tanto pela falta de recursos humanos especializados, quanto pela insuficiência de equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade. Associam-se a estes problemas as distâncias entre os municípios e os centros de referência (GADELHA; COSTA, 2007).

Evidencia-se a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, devido à população flutuante, que utiliza o sistema de saúde, que assim como no Brasil, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, o que vem gerando dificuldades diversas cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço (GADELHA; COSTA, 2007).

Políticas sociais bem-intencionadas e com fins de colaboração mútua entre países acontecem e com resultados positivos ou não, mas que de alguma forma afetam a vida dos cidadãos, em vários aspectos incluindo o acesso a bens e serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2007).

Para enriquecer a citação de políticas com foco nas fronteiras registra-se a Política Nacional de Desenvolvimento Regional e o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, coordenadas pelo Ministério da Integração Nacional brasileiro desde 1999, que promoveu um estudo sobre sub-regionalização da faixa de fronteira. Como resultado, a regionalização da faixa de fronteira foi classificada em três grandes arcos, relacionados à suas peculiaridades de infraestrutura, aspectos culturais, étnicos entre outros (GADELHA; COSTA, 2007).

A fronteira relacionada a este estudo, localiza-se no arco sul que compreende a faixa de fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que é descrita como uma das fronteiras mais permeáveis e de interações mais intensas com os países vizinhos. Vêm sendo reestruturadas desde o início das negociações do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), e também a partir das relações bilaterais estabelecidas entre os países. Mostra que esta fronteira tem heranças da imigração europeia como marca fundamental da sociedade e economia regional (GADELHA; COSTA, 2007).

Com o objetivo de ampliar os mercados nacionais, bem como o desenvolvimento econômico com justiça social entre os parceiros, em 1991, foi criado o MERCOSUL, o bloco econômico criado pelo Tratado de Assunção, constituído para realizar a liberação do comércio de bens e de serviços e também

para garantir a livre circulação de pessoas e capitais entre os países associados. A Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai formam o MERCOSUL e são membros do bloco. O Chile e a Bolívia se tornaram sócios posteriormente (BRASIL, 2003).

A partir de 1997, a saúde passou a ser discutida no MERCOSUL, nas reuniões específicas dos Ministros da Saúde e no subgrupo de trabalho 11, com os seguintes temas centrais: produtos para a saúde, vigilância epidemiológica e controle sanitário e prestação de serviços de saúde que são trabalhados nas suas respectivas comissões (BRASIL, 2003).

Segundo Gomes (2008, p.3),

Além das três Comissões atuam ainda 11 (onze) Subcomissões Intergovernamentais que desenvolvem diretrizes e ações articuladas entre as instâncias governamentais, organizações sociais e organismos internacionais nas seguintes áreas: Controle do Tabaco, Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde Ambiental e do Trabalhador, Controle do HIV-Aids, Doação e Transplantes de Órgãos, Doenças Transmissíveis (dengue, sarampo, febre amarela, cólera e chagas); Vigilância e Controle do Aedes egípti, Regulamento Sanitário Internacional, Políticas de Medicamentos, Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde e Determinantes Sociais em Saúde – saúde e desenvolvimento – contas nacionais.

Gomes (2008) cita como dificuldades para a integração na área da saúde no MERCOSUL, as diferenças quanto à organização dos sistemas de saúde dos países membros, quanto ao financiamento do setor saúde e os indicadores de saúde.

Dentre os acordos internacionais, cita-se a criação, em 2004, da Comunidade Sul americana de Nações (CSN), com o objetivo de integrar os processos regionais desenvolvidos pelo MERCOSUL e pela Comunidade Andina (bloco econômico sul americano formado pela Bolívia, Colômbia, Equador e Peru). A CSN, em 2008, através do Tratado Constitutivo passa a ser denominada de União de Nações da América do Sul (UNASUL), ou UNASUR em espanhol (UNASUR, 2016).

A UNASUL conta, dentre outros, com o Conselho de Saúde Sul americano (com presidência Pro Tempore, exercida a cada ano por um dos países membro em sequência alfabética), que tem como objetivos, construir um espaço de integração em matéria de saúde, incorporando esforços e realizações com outros mecanismos de integração regional, promovendo políticas comuns e ações coordenadas entre os

países da UNASUL, referentes à saúde. Os 12 países da América do Sul que compõem a UNASUL são: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela (UNASUR, 2016).

A partir da compreensão dessas características, bem específicas, desses locais em que o país se avizinha a outros, vejamos a compreensão sobre a organização de serviços de saúde para pensarmos em suas peculiaridades em municípios situados em região de fronteira.

3. Considerações sobre a organização dos serviços de saúde

Durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, na então URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), ocorrida em setembro de 1978, elaborou-se um documento denominado Declaração de Alma-Ata, o qual reafirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (FERREIRA; BUSS, 2002).

Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos são elementos essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Enuncia e faz considerações sobre os cuidados primários de saúde, que são vistos como a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que possa levá-los a uma vida social e economicamente produtiva. Assim, os cuidados primários representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com um sistema nacional de saúde (FERREIRA; BUSS, 2002).

E como tal, devem ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades desta população. Chama ainda a atenção para que todos os governos colaborem num espírito de comunidade e serviço, para garantir os

cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países (FERREIRA; BUSS, 2002).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde finaliza suas recomendações convocando todos os países e, em especial os países em desenvolvimento para a execução de ações de cuidados básicos em saúde a níveis internacionais e nacionais de forma urgente e eficiente. Acrescenta que estas ações globais, portanto, estejam em consonância com a nova ordem econômica internacional, trabalhando com cooperação técnica entre os governos, a OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), entidades, organizações governamentais, bancos, profissionais de saúde e comunidade mundial com vistas ao objetivo traçado (UNICEF – BRASIL, 1979).

Portanto, desde 1978, como citado na Declaração de Alma-Ata, a recomendação aos governantes é a de organizar serviços de saúde com uma atenção primária forte e resolutiva, em especial em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, da Argentina e do Paraguai, países escolhidos para o presente estudo, com foco na atenção à saúde na tríplice fronteira.

Hoje sabemos que, sem uma orientação clara e uma administração firme, os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos por meio da APS, tal como pensado e registrado na Declaração de Alma-Ata. Os sistemas de saúde estão desenvolvendo-se em direções que pouco colaboram para a equidade e justiça social e são pouco eficientes na consecução de melhores resultados em saúde (OMS, 2008).

As três tendências mais preocupantes podem ser caracterizadas da seguinte forma: sistemas de saúde centrados de forma desproporcional, numa oferta limitada de cuidados curativos especializados; sistemas de saúde em que a prestação de serviços acontece fragmentada com foco no controle de doenças, objetivos imediatistas, num espírito de comando-e-controle; sistemas de saúde em que uma abordagem *laissez-faire* da administração facilitou a expansão de uma comercialização desregulamentada da saúde. Estas tendências vão totalmente contra uma resposta abrangente e equilibrada às necessidades de saúde. Em alguns países, a iniquidade de acesso, os custos empobrecedores e a erosão da

confiança nos cuidados de saúde resultantes, constituem uma ameaça à estabilidade social (OMS, 2008).

Segundo Akerman et al. (2012), a produção de saúde decorre de determinadas condições sócio-históricas, do jogo de interesses que acontece entre sujeitos que disputam recursos, cuja apropriação pode favorecer ou não a distribuição equitativa, da qual resultam graus de acesso da população a bens e consumo para a reprodução da vida. De outra parte, os serviços de saúde e modos de organização da atenção derivam e são afetados diretamente por este intrincado jogo.

Assim, serviços de saúde são respostas das sociedades às necessidades de saúde combinando, também, interesses de um conjunto de atores, entre os quais produtores de serviços, o Estado, trabalhadores e população, de determinadas concepções de saúde. Assim, a composição de sistemas e formas de organização dos serviços de saúde e a própria concepção de saúde, suas metas e objetivos em determinado contexto, são determinadas pelo jogo de interesses no âmbito de uma dada sociedade apresentando-se como espaços de disputa e síntese histórica da correlação de forças (AKERMAN et al., 2012).

A saúde para os autores citados resulta, portanto, das condições concretas de vida da população, que, por sua vez, são resultantes da ação política dos sujeitos sociais que disputam recursos de várias ordens (financeiros, políticos, institucionais, etc.). Os serviços de saúde, de sua parte, resultam de concepções de saúde e, também, de interesses de atores que jogam o jogo da saúde. Dessa forma, nenhum sistema ou serviço é reflexo imediato de necessidades da população incorporadas em distintos graus. Saúde e organização de serviços são, portanto, espaços de disputa, de afirmação ou de negação de direitos e de necessidades (AKERMAN et al., 2012; FERREIRA; BUSS, 2002; OMS, 2008).

Destarte, conhecer e compreender os sistemas de saúde dos países que integram a tríplice fronteira se faz necessário, motivo pelo qual os discorreremos de forma sintética a seguir.

4. Sistemas de saúde e a atenção primária nos países da tríplice fronteira

Na América do Sul, segundo Conill (2012), não há nenhuma tipologia que consiga expressar a diversidade dos arranjos que foram se conformando na tentativa de organizar os sistemas de saúde ao longo de tantos e distintos processos sociais vividos pela população. A segmentação do acesso é o traço predominante do modelo mais frequentemente encontrado nestes países, no qual, aproximadamente um terço da população tem algum tipo de seguro social, um terço utiliza serviços do setor público e o outro terço o setor privado, mediante pagamento direto ou de operadoras de seguro, as quais se expandiram fortemente na região, a partir dos ajustes neoliberais da década de 1980.

A partir da década de 1960, os sistemas de saúde estão em transição, com aumento da assistência via setor público, enfoque predominante sobre as doenças transmissíveis e assistência centrada no atendimento em hospital (FERREIRA, 2015). Na década de 1980, iniciam-se os processos de reforma em praticamente todos os países latino americanos, com tendência a participação do setor privado no financiamento e realização de serviços, que tem como resultado a redução da oferta dos serviços públicos (ARRIAGADA, 2005 apud FERREIRA, 2015).

Nos anos 1980 e 1990, em vários países da América do Sul, em contextos autoritários e de ajustes estruturais macroeconomicos, se adotaram APS seletivas e específicas promovidas pelas agências financeiras multilaterais que defendiam a redução do papel do setor público e a implementação de pacote mínimo de serviços de saúde, destinadas a grupos populacionais marginalizados (LABONTÉ et al., 2009).

Este modelo, característico de países com políticas neoliberais, significou para a América Latina, uma crescente redução da presença do Estado nas ações e serviços de saúde. O que teve como consequência a falta de regulação, as privatizações e a limitação das políticas públicas que priorizam ou trabalham com a focalização dos segmentos mais pobres e vulneráveis da população. Em termos de políticas de saúde, particularmente na APS, com o enfoque seletivo, acontece a redução de serviços com oferta de ações de baixa qualidade direcionadas aos

pobres. Paralelamente, o acesso a serviços em outros níveis de maior complexidade e qualidade ficou condicionado ao pagamento pelos usuários (FERREIRA, 2015).

Portanto, as mudanças nas políticas sociais que haviam sido iniciadas, foram interrompidas pelo modelo neoliberal e pela política de ajuste estrutural. Situação vivenciada pela população da maioria dos países latino americanos, nos quais, a partir de redução ou cortes de recursos públicos, justificados pela necessidade de diminuir o déficit fiscal e estabilizar contas públicas, estas ações de governo desmontaram a frágil institucionalidade destas políticas e, atravessaram os processos de mudança em curso, com maiores ou menores graus de desmonte dependendo da consolidação das políticas sociais em cada país (SOARES, 2012).

Com foco voltado à APS, importante nível de atenção na oferta de serviços de saúde independente do país, bem como nível ordenador dos demais níveis de atenção, deve-se considerar que, à época da Declaração de Alma Ata, em 1978, os países da tríplice fronteira estavam sob regimes políticos ditatoriais, contrariando os preceitos de ampla participação social e relacionamento interativo com a comunidade, inclusive no setor saúde, pois estas são ações que dependem da intervenção do Estado.

Citando a Declaração de Montevideu, Uruguai, elaborada em 2005, compromisso firmado por todos os governos das Américas para renovar a APS, entendida aqui como a base dos sistemas de saúde desta região, percebe-se que o entendimento é o de que é necessário renovar e repensar a organização dos sistemas de saúde. Conforme texto extraído do documento citado:

Os estados membros representados por seus governos deverão: 1. Liderar o desenvolvimento do processo de renovação da APS com a finalidade de melhorar as condições de saúde e equidade da população. 2. Avaliar a situação do país e desenvolver um plano de ação para a adoção em 10 anos de um sistema de saúde baseado na APS. 3. Desenvolver um plano de comunicação para divulgar a ideia de sistemas de saúde baseado na APS. 4. Favorecer e estimular a participação comunitária em todos os níveis dos sistemas de saúde (MACINKO et al., 2007, p. 82-83).

Desse modo, a APS é considerada como condição essencial para o alcance das metas internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OMS,

2003 apud MACINKO et al., 2007). Sendo que estes objetivos são considerados como marco geral para a revitalização da APS nos países onde vêm sendo desenvolvidos processos de reformas, algumas profundas, outras parciais, condicionadas às características de seus respectivos sistemas de saúde (FERREIRA, 2015).

No quadro 1, abaixo, apresenta-se a organização político administrativa e os sistemas de saúde da Argentina, do Brasil e do Paraguai.

Quadro 1 - Sistemas de Saúde da Tríplice Fronteira. Cascavel PR, 2017.

PAÍS	ORGANIZAÇÃO POLÍTICO ADMINISTRATIVA	SISTEMA DE SAÚDE
ARGENTINA	<ul style="list-style-type: none"> • 40.117.096 habitantes; 23 Províncias; uma cidade autônoma – Buenos Aires. • Sistema de governo republicano. • Regime de governo democrata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de saúde público com gestão nacional, provincial e municipal. • Seguro social e de saúde de afiliação obrigatória (liberdade de escolha) composto pelas obras sociais. • Cobertura de 47% da população, a maioria sem serviços próprios. • Prestadores privados. • Hospitais públicos.
BRASIL	<ul style="list-style-type: none"> • 202.799.518 habitantes, 27 Estados, 5.570 municípios (IBGE, 2015). • Sistema de governo republicano. • Regime de governo democrata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Único de Saúde, universal, gratuito, gestão compartilhada entre os 3 níveis de governo. • Cobertura duplicada e subsidiada (IR), acesso desigual, dificuldade de coordenação, qualidade questionada. • Gasto com saúde pública inferior ao gasto privado.
PARAGUAI	<ul style="list-style-type: none"> • 6.672.631 habitantes, 17 Departamentos e o Distrito de Asunción. • 97% da população reside na área leste (39% do território). • Pouco mais de 2% da população reside na área ocidental ou Chaco (61% do território). • Sistema de governo republicano. • Regime democrata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de saúde dividido em subsetores: público estatal, público não estatal, sistema privado e sistema misto. • Diferentes modalidades de filiação, financiamento e provisão de recursos. • 20% da população tem cobertura de algum tipo de seguro (social ou privado) • 35% da população tem dificuldade de acesso a serviços básicos de saúde.

Fonte: (FINDLING; ARRUNANDA; KLIMOVSKY, 2002; IRD EUROSOCIAL SALUD, 2007; BRASIL, 1988; CORDEIRO et al., 2011; ISAGS, 2012) apud FERREIRA (2015).

O **Brasil** é um país de dimensões continentais, com sistema de governo republicano e com regime de governo democrata. Classificado, segundo Atlas do Banco Mundial, como economia de renda média superior que varia de \$ 4.126 a \$ 12.735 para o ano fiscal de 2016 (WORLD BANK, 2015).

É constituído por 26 Estados e um Distrito Federal, 5.570 municípios e uma população de 202.799.518 habitantes, com esperança de vida ao nascer de 75,44 anos de idade em 2015 (IBGE, 2015), para os quais a Constituição de 1988 garantiu o acesso universal e a integralidade à saúde no plano legal. Foram extintos os serviços de assistência médica da previdência social estabelecendo-se um sistema descentralizado com gestão compartilhada entre União, Estado e municípios baseado em fontes fiscais, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

O setor privado brasileiro está constituído por operadoras de planos de saúde ou seguros privados pré-pagos com cobertura de 25% da população e ainda por serviços privados acionados por pagamento direto (GIOVANELLA et al., 2012).

Os gastos totais em saúde, no Brasil, equivalem a 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB). O financiamento do sistema público de saúde é de 3,67% do PIB, com participação do Governo Federal de 1,67%, dos Estados 0,93% e dos municípios de 1,07%. Estes dados correspondem a 56% dos gastos privados em saúde e de 44% dos gastos públicos em saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

No Brasil, a Constituição vigente é a de 1988, na qual o artigo 196 descreve a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que tem como objetivo a redução do risco de enfermidades e outros danos e o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. E no artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com princípios e diretrizes (GIOVANELLA et al., 2012).

O SUS, pensado e discutido amplamente na reforma sanitária é legalizado na Lei 8.080 no ano de 1990 (BRASIL, 1990).

Como princípios regulamentares tem-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, garantido através da articulação entre todos os níveis de atenção; a preservação da autonomia dos usuários do SUS na defesa de sua integridade física e moral; igualdade na

assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações acerca do tipo de serviços e de como deva ser utilizado pelos usuários; uso dos dados epidemiológicos para estabelecer prioridades, com relação ao uso de recursos e orientação programática; participação da comunidade organizada em conselhos de saúde nas três esferas de governo; descentralização tanto política quanto administrativa, porém, com direção única em cada nível governamental; priorização dos serviços descentralizados para os municípios; rede de serviços regionalizados e hierarquizados (com reforço no Decreto 7508 de 2011); integração das ações de saúde, ações relativas ao meio ambiente e ao saneamento básico a nível executivo; conjugação dos recursos financeiros, de tecnologia, de materiais e recursos humanos dos três níveis de governo na prestação de serviços de assistência à saúde da população; todos os níveis de assistência devem ter capacidade de resolução e serviços públicos organizados, evitando duplicidade de meios para os mesmos fins (BRASIL, 1990).

Antes de 1988, aproximadamente trinta milhões de brasileiros, menos da metade da população, tinham acesso aos serviços de saúde. Hoje, aproximadamente cento e quarenta milhões de pessoas, três quartos da população, tem a cobertura do SUS, com incremento do acesso da atenção primária em saúde à emergência. Está vinculado também a importantes melhorias em vários indicadores, como por exemplo, a redução da taxa de mortalidade infantil em crianças menores de um ano de idade (JURBERG; HUMPHREYS, 2010).

Porém, a ausência de investimentos de acordo com a oferta e a cobertura ajudou o aumento crescente dos seguros de empresas privadas, segmento suplementar, que atende aos serviços de saúde de trabalhadores conveniados e a população com maiores condições financeiras. Configura-se, portanto, hoje uma composição público-privada de financiamento, prestação e utilização dos serviços caracterizando um sistema universal com cobertura duplicada e subsidiada, uma vez que os gastos privados são descontados no imposto de renda. Esse cenário configura desigualdades no acesso (parcela da população possui a cobertura do SUS e a do plano, e outra exclusivamente do sistema público), dificuldades de coordenação, pressões tecnológicas e de consumo sobre o setor público, com

diversos arranjos em função da transversalidade dos profissionais e dos usuários nos dois subsistemas (CORDEIRO, et al., 2011 apud CONILL, 2012).

Os avanços do SUS são reconhecidos em diversas áreas (transplantes, imunizações, controle e tratamento de pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, desenvolvimento técnico-científico, formação de recursos humanos), com maior uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade em todas as regiões do País. Entretanto, há dificuldades na qualidade percebida pelos usuários (baixa oferta de serviços especializados, hospitalares e de diagnóstico; listas de espera para atendimento especializado, por exemplo). O gasto público no Brasil é inferior ao gasto privado revelando uma situação contraditória para um sistema que se pretende e é preconizado como universal (CONILL, 2012).

O SUS, segundo Akerman et al., (2012) compreende a saúde determinada por dupla combinação: como resultante da ação de fatores sociais e econômicos, entendimento esse registrado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), e como decorrência da própria capacidade de ação e resolutividade dos serviços de saúde. A saúde, no sistema público brasileiro resulta, então, da combinação e interação de vários planos de intervenção, tanto da sociedade como um todo, como dos serviços e práticas da saúde em particular. Ampliar o acesso, entendido como a capacidade dos serviços de acolher as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais, põe-se desde então como desafio importante para a agenda sanitária brasileira.

Segundo Decreto Nº 7.508, que regulamenta a Lei 8080, incluída na legislação que o institucionaliza, o SUS é organizado de forma regionalizada e hierarquizada, e se constitui por ações conjugadas de promoção, proteção e de recuperação da saúde, serviços executados pelos entes federativos, de forma direta, de forma indireta ou, ainda, com a participação complementar de entidades privadas (BRASIL, 2011).

O acesso preconizado aos usuários do SUS é ordenado, igualitário e de caráter universal. Tem como portas de entrada do sistema os serviços de atenção primária a saúde, os serviços de atenção às urgências e emergências, de atenção psicossocial e de atenção especiais de acesso aberto, tendo sequência pela rede regional e hierárquica, conforme a complexidade do serviço buscado (BRASIL,

2011). Estas portas de entrada podem ser modificadas conforme pactuação com base nas necessidades dos usuários dos serviços entre os gestores da região de saúde local, organizados nos colegiados de gestão. O processo de descentralização ocorreu para os municípios com débil atuação dos governos estaduais, havendo iniciativas recentes para institucionalizar redes regionalizadas de atenção para melhoria do acesso, os Colegiados de Gestão Regional – CGR (CORDEIRO, et al., 2011 apud CONILL, 2012).

Ao usuário deve ser garantida a continuidade do cuidado quer seja em ambiente hospitalar, nos serviços ambulatoriais, de apoio diagnóstico, ou em outras unidades dentro da rede de atenção (BRASIL, 2011).

O mesmo Decreto mencionado acima, no seu artigo 11, define a ordenação do acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde como responsabilidade do nível da atenção primária à saúde, que deve avaliar o risco individual e o coletivo para o devido encaminhamento (BRASIL, 2011).

Este estudo compreende a atenção primária à saúde segundo a definição de Starfield (2002), como uma forma de organização dos serviços de saúde, a qual se baseia em um modelo de atenção com valores, princípios e elementos próprios, visando à integração dos serviços em todos os seus aspectos e focalizando as necessidades de saúde da população.

A concepção da ABS, nominação da APS no Brasil, desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), definindo-a como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011, p. 3).

A ABS utiliza, na concepção oficial, tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de reorganizar a ABS, conforme citado na Portaria 2.488, de 2011, a Estratégia Saúde da Família (ESF), se apresenta como o principal modelo de atenção, para isso recebe incentivos financeiros para aumentar a cobertura populacional. A atuação das equipes, compostas na sua maioria de médico generalista, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, vem trabalhando na territorialização, que define o número de famílias assistidas por equipe, com responsabilidade sanitária por suas áreas de abrangência, com destaque ao trabalho do agente que é referência de cuidados para a população da área adscrita (BRASIL, 2011).

Dentre os desafios, persiste a necessidade da ABS se articular com os demais níveis de atenção à saúde, na busca da garantia da integralidade aliada à necessidade de ajustar a população à estratégia com vistas a superar as iniquidades e as diferentes necessidades entre as regiões do nosso país (MATTA; MOROSINI, 2008).

Para contextualizar o sistema de saúde da **Argentina** aborda-se as mesmas características descritas para o Brasil. Este é um país com sistema de governo republicano e regime de governo democrata, classificado pelo Atlas do Banco Mundial, como economia de alta renda \$ 12.736 ou mais, para o ano fiscal de 2016 (WORLD BANK, 2015).

A Argentina, segundo censo de 2010, contava com uma população de 40.117.096 milhões de pessoas, distribuídas em 23 províncias ou Estados e na Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) e, mais de 2.200 municípios.

O gasto total em saúde na Argentina compreendeu entre 8,6% e 9,4% do PIB, em 2009. O gasto público em saúde, incluindo a seguridade social, representa aproximadamente 70% do gasto total em saúde, e o gasto em saúde privada está entre 35% e 28% (GIOVANELLA et al., 2012).

Na Argentina, a Constituição vigente é a de 1994 e, o direito a saúde está mencionado como tal a partir da adesão à Declaração Universal dos Direitos Humanos (Art. 25) e ao Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado pela Argentina em 1986. Significa, portanto, que a saúde apareceu como um direito, a partir da adesão aos instrumentos internacionais que o país ratificou (GIOVANELLA et al., 2012).

O sistema público estatal abrange todo o país e está presente em todos os níveis regionais. Os serviços respondem, hierarquicamente, a diferentes autoridades: nação, províncias com total autonomia em questões de saúde, e municípios, de forma fragmentada. O financiamento do subsistema público ocorre por taxação fiscal e prestam atenção à saúde de populações que não tem cobertura por nenhum outro sistema (FERREIRA, 2015; GIOVANELLA et al., 2012).

O sistema de saúde é formado por três subsetores: o público, com gestão nacional do Ministério de Salud de la Nación, que financia a saúde de cada ministério provincial que, por sua vez, faz a provisão de recursos para os municípios. O setor da seguridade social que financia serviços prestados em sua maior parte por instituições privadas e com médicos contratados. A afiliação é obrigatória, sua composição conta com 298 Obras Sociales Nacionales e 24 Obras Sociales Provinciales, com incentivo à competição entre esses agentes e liberdade de escolha para os beneficiários. Esse sistema é responsável pela cobertura de 47% da população, mas em geral não possui serviços próprios, garantindo a prestação por meio de prestadores privados ou de hospitais públicos. E o setor responsável pelos aposentados e pensionistas, o Programa de Atención Médica Integral (PAMI). E ainda o sistema totalmente privado, a medicina pré-paga, com dados aproximados de 250 empresas estabelecidas. (FINDLING; ARRUNÁNDIA; KLIMOVSKY, 2002; IRD EUROSOCIAL SALUD, 2007 apud CONILL, 2012; GIOVANELLA et al., 2012).

O sistema de seguridade social agrupa as Obras Sociales e é financiado pelas contribuições obrigatórias dos trabalhadores formais e por seus empregadores. Às Obras Sociales Nacionales somam-se às Obras Sociales Provinciales, que correspondem aos Estados no Brasil, e que fazem a cobertura aos trabalhadores, funcionários públicos estaduais ou provinciais e para a cidade

autônoma de Buenos Aires, bem como para os funcionários dos municípios (FERREIRA, 2015).

Os aposentados são mantidos por meio do Instituto Nacional de Servicios Sociales para aposentados e pensionistas (INSSJP-PAMI), sendo que o PAMI tem seu fundo financeiro advindo de fontes de contribuição de trabalhadores ativos e empregadores, além do pagamento também dos aposentados. O sistema de seguridade social é regulado pela Superintendência de Servicios de Salud – SSS (FERREIRA, 2015).

O setor público detém uma rede própria de hospitais e centros de saúde. A maior parte do financiamento e da prestação de serviços está a cargo das províncias e dos municípios, enquanto que o Ministério da Saúde se responsabiliza pelas funções de normatização e regulação. As políticas de atenção primária são do tipo focalizado (distribuição de medicamentos, saúde materno–infantil, médicos comunitários para ações essencialmente de promoção e prevenção no nível local), com algumas experiências mais relevantes realizadas por municípios (BÁSCOLO; YAVICH, 2010; ROVERE, 2006 apud CONILL, 2012). O sistema continua essencialmente voltado para a atenção médica curativa e centrado na instituição hospitalar.

O subsistema de saúde privado funciona com o pré-pagamento e tem diferentes formas de organização como cooperativas e fundações. Tem fins lucrativos, e tem como público alvo a população de maior poder aquisitivo. Estas empresas são regulamentadas pelas leis da medicina privada e representam o subsistema de menor cobertura populacional (MORGENSTERN, 2013 apud FERREIRA, 2015). Ilustra-se o sistema de saúde Argentino no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Sistema de Saúde e Segmentos de Cobertura Populacional na Argentina. Cascavel, 2017.

Subsectores		
Sistema público estatal	Seguridad social	Sistema privado
Ministerio de Salud de la Nación	Obras Sociales	Prepagas ^a
23 ministerios provinciales + CABA	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI (Programa de Atención Médico Integral)	Cooperativas Mutuales Fundaciones
Cobertura ^a		
36%	46%	5%
Población		
Población carente de otras coberturas: Trabajadores en relación dependencia o autónomos no registrados Desempleados e inactivos sin capacidad de compra	Trabajadores formales Jubilados y pensionistas	Contratación voluntaria
Otros segmentos		
Programas y planes estatales de salud		Prepaga a través de Obra Social ^b
2%		11%

Fonte: (FERREIRA, 2015, p. 62).

Soares (2012), cita um estudo do Banco Mundial sobre o setor saúde da Argentina, que mostra o dramático impacto da privatização no sistema de obras sociais do país:

Altos custos, fragmentação e ausência de economia de escala; superposição de serviços em áreas rentáveis e brechas não cobertas nas menos rentáveis (como cuidado aos idosos, atenção materno infantil, reabilitação e atenção primária); diversificação de benefícios; custosas duplicações de infraestrutura; e regressividade. Por sua vez, os hospitais públicos que se descentralizaram e introduziram a cobrança por serviços enfrentam grave deterioração de serviços (SOARES, 2012, p. 808).

Em relação à atenção primária na Argentina, a partir da crise econômica de 2001, começou um processo de mudança no setor da saúde em resposta as

reivindicações do direito à saúde, com responsabilidade de Estado e, com ênfase no atendimento integral, acessibilidade e na descentralização dos serviços de saúde. Neste contexto são geradas várias iniciativas como o Programa Remédio e o Programa Médico da Comunidade, entre outros (FERREIRA, 2015).

O Plano Federal de Saúde define especificamente a estratégia da APS, como a mais efetiva para melhorias na saúde da população e traz propostas de desenhar um novo modelo de saúde baseado na construção de redes de atenção reconhecendo como sua base principal a estratégia da APS. Considera a estratégia da APS a mais eficaz para garantir a cobertura de cuidados para a população de cada território, promovendo a sua participação. O Plano se refere aos cuidados primários como prioridade absoluta e afirma que as ações de promoção e prevenção receberão uma alocação crescente de recursos com descentralização progressiva, sistemática e organizada (GABINETE DO PRESIDENTE, 2004, apud FERREIRA, 2015).

Para conhecer o sistema de saúde no **Paraguai**, aborda-se algumas características desse país, o qual possui sistema de governo republicano e com regime democrata. Classificado pelo Atlas do Banco Mundial para o ano fiscal de 2016 com economia de renda média superior, de \$ 4.126 a \$ 12.735 (WORLD BANK, 2015).

O Paraguai conta com 6.672.631 habitantes (GOBIERNO NACIONAL DO PARAGUAY, 2012) e possui duas regiões naturais, divididas pelo rio Paraguai: a região Leste, com 39% do território e pouco mais de 97% da população; e na região ocidental ou Chaco, com 61% do território e um pouco mais de 2% da população. É dividido em 17 Estados ou Departamentos e um Distrito Federal, Asunción, e unidades territoriais denominadas distritos.

O gasto total em saúde do Paraguai correspondeu a 7,4% do PIB de 2009. O gasto público em saúde correspondeu a 3,4% do PIB, que equivale a 46% do gasto público. E, o gasto privado em saúde foi de 4,0% do PIB, correspondente a 54% do gasto privado (GIOVANELLA et al., 2012).

No Paraguai, a Constituição vigente é a de 1992, na qual os artigos 6, 7, 68, 69 e 70 se referem ao direito à saúde:

O Estado protegerá e promoverá a saúde como direito fundamental do indivíduo e do interesse da comunidade. Ninguém será privado de assistência pública para prevenir ou tratar doenças, pragas e alívio em casos de desastres e acidentes. Todos são obrigados a submeter-se a medidas sanitárias estabelecidas por lei, respeitando a dignidade humana (artigo 68) (GIOVANELLA et al., 2012, p. 29).

Outro artigo refere-se à qualidade de vida. Reconhece condicionantes, como a pobreza extrema, e cita a pesquisa sobre fatores populacionais e seus vínculos com o desenvolvimento econômico e social, a preservação do ambiente e a qualidade de vida de seus habitantes (artigo 6). Cita o direito a ambientes saudáveis (artigo 7). E o artigo 69 que se refere ao Sistema Nacional de Saúde como executor das ações de saúde integradas que organizam, coordenam e complementam programas e recursos do setor público e privado. A partir de 2008, o Sistema Nacional de Saúde do Paraguai tem como princípios orientadores: a universalidade, a equidade, a integralidade, a interculturalidade e a participação social (GIOVANELLA et al., 2012).

Os subsetores do sistema de saúde incluem: público estatal, público não estatal, sistema privado e sistema misto. Esses sistemas coexistem com diferentes modalidades de filiação, financiamento e provisão de recursos, contudo, sem fragmentação no interior de cada subsistema, o qual tem forte integração vertical entre as funções de financiamento, planejamento e prestação de serviços (FERREIRA, 2015).

O sistema público estatal compreende o Ministério de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) e ainda, o setor de assistência aos militares, a polícia e a marinha. O MSPBS é o principal prestador de serviços, é financiado exclusivamente com recursos fiscais e, teoricamente, cobre a maior parte da população. Os demais serviços públicos estatais recebem fundos fiscais e contribuições obrigatórias da folha de pagamento dos servidores públicos e oferecem serviços aos policiais e militares. O restante do setor público compreende a chamada Administração Descentralizada, governos dos municípios e da Universidade Nacional de Assunção, com o Hospital de Clínicas e o Centro Materno-infantil. O Instituto de Previsão Social (IPS) atua como agente de seguridade social para o setor do mercado de trabalho

formal do Paraguai. É financiado pelas contribuições de empregados e empregadores que variam segundo o tipo de emprego e o período de ingresso no sistema. Abrange os trabalhadores formais tanto do setor público quanto do privado e cobre 16% da população paraguaia (FERREIRA, 2015).

O setor misto é formado pela Cruz Roja Paraguaia, financiada pelo Ministério da Saúde e de uma fundação privada sem fins lucrativos (ISAGS, 2012; MACEIRA, 2007 apud FERREIRA, 2015; GIOVANELLA et al., 2012).

O setor privado cobre 7% da população e atua de variadas formas, como pequenos fundos de poupança, cooperativas de saúde, seguros para grupos particulares e seguros privados, organizações sem fins lucrativos que compreendem a medicina pré-paga além dos provedores privados (HOLST, 2003 apud FERREIRA, 2015; GIOVANELLA et al., 2012). Os diferentes sistemas podem ser visualizados no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Sistema de Saúde e Segmentos de Cobertura Populacional no Paraguai. Cascavel PR, 2017.

Subsectores				
Público		Privado		Mixto
Financiamiento				
Fiscal	Contribuciones seguridad social	Premios sector privado		Aportes del Estado + Fundación privada
MSPBS	IPS	Sin fines de lucro	Con fines de lucro	
		Provincias, ONG	Medicina prepaga	
		Cooperativas, asociaciones	Proveedores privados	Cruz Roja paraguaya
Cobertura*				
77%	16%	7%		

Fonte: (FERREIRA, 2015, p. 63).

De acordo com Ferreira (2015), um dos maiores desafios que o sistema de saúde paraguaio enfrenta é ampliar a cobertura real da proteção social em saúde, pois somente 20% da população tem cobertura de algum tipo de seguro (social ou privado), a maior parte depende da oferta variável e muitas vezes limitada, do governo. Estima que cerca de 35% da população tem dificuldade de acesso regular

a serviços básicos de saúde e persistem importantes lacunas de cobertura e desigualdades no acesso a atenção a saúde entre a população urbana e rural.

Ainda, associada à segmentação da cobertura, observa-se a fragmentação do setor prestador de serviços de saúde no Paraguai, à medida que não existe coordenação entre os distintos prestadores de serviços de saúde da seguridade social e do Ministério. Outro aspecto importante do sistema é que os estabelecimentos de saúde que oferecem atenção de alta complexidade são prestadores do IPS e se concentram na capital e no Departamento Central, enquanto no restante do país só existem prestadores de menor complexidade (ISAGS, 2012 apud FERREIRA, 2015).

A rede utilitária inclui mais de 900 estabelecimentos, com quatro níveis de cuidados e sete níveis de complexidade. Existem, no modelo de atenção, disfunções de gestão e de financiamento, assim como debilidades na formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, além da desigualdade de sua distribuição e desempenho. Os elevados custos dos serviços de atenção à saúde para os usuários e a promoção da saúde insuficiente, impedem a melhoria do sistema (BURSZTYN, et. al., 2010).

A partir de 2008, com a troca de governo, teve início um processo de reforma sanitária para a construção de um sistema nacional de saúde com o propósito de incorporar, efetivamente, a atenção primária como porta de entrada e como ordenadora de um sistema integral de saúde (BURSZTYN et. al., 2010).

Assim, notam-se avanços jurídicos gradativos com a gratuidade no acesso e implantação de *Unidades de Atención a La Familia* como porta de entrada do sistema público, a partir de 2008. No entanto, estima-se que 40% da população ainda permanece sem cobertura, apenas 13,9% tem seguro público (*Instituto de Previsión Social*) e o gasto público continua muito baixo (DULLAK et al., 2011 apud CONILL, 2012).

No Paraguai, a implementação de programas da APS, tradicionalmente, priorizou programas verticais de cuidados materno-infantil, imunizações e a vigilância de surtos de doenças transmissíveis. Atividades realizadas no primeiro nível de atenção com pouca integração com os outros provedores de serviços da

rede. Concentradas no setor público com foco nas camadas mais pobres da população (FERREIRA, 2015).

A partir de 2008, com o início de um processo que visa garantir o direito a saúde dos cidadãos, a saúde é concebida como um direito apoiado nos princípios da universalidade, da equidade, da integração, do multiculturalismo e da participação social. Isso determina então, uma nova concepção de APS, que se materializou na iniciativa do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social, na criação da Direção Geral da APS e o projeto de instalação de Unidades de Saúde da Família em todo o país, desencadeando, portanto, uma reorientação do sistema de saúde (FERREIRA, 2015).

Na criação da Direção Geral da APS, são mencionadas as dimensões da APS, responsável por apoiar a implementação de uma rede de serviços de saúde, definindo as Unidades de Saúde da Família como a porta de entrada do sistema, com capacidade resolutive para dar respostas aos problemas de saúde dos territórios sociais. Além disso, as unidades de saúde da família devem promover, adaptar, difundir e socializar o modelo de atenção integral em saúde com enfoque familiar e comunitário, a nível nacional, regional e local (FERREIRA, 2015).

Uma vez que se conhece os sistemas de saúde dos países da tríplice fronteira pode-se intuir porque os brasileiros que residem nos países vizinhos ao Brasil retornam ao seu país de origem em busca de cuidados por saúde, pois este parece ser aquele com assistência mais abrangente e de menor custo ao indivíduo. Contudo, é necessário compreender se a forma como a atenção primária ocorre limita o acesso da população a esses serviços e à cobertura ofertada pelo sistema. Assim, caracteriza-se, a seguir, o serviço de saúde do município de Foz do Iguaçu.

5. Caracterização do serviço de saúde de Foz do Iguaçu

Com o objetivo de promover a integração de ações e serviços na região de fronteiras, além de contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - Sisfronteiras, foi

instituído por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.120/2005 - GM (BRASIL, 2005).

Foz do Iguaçu foi inserida neste programa, dentre os 121 municípios contemplados, recebendo recursos financeiros, conforme Portaria 1.189 de 05 de junho de 2006 (BRASIL, 2006).

Azevedo e Souza (2013) ilustra, conforme Tabela 1 abaixo, o número de usuários estrangeiros atendidos mensalmente nos serviços de saúde prestados pelos municípios em área de fronteira Brasil – Paraguai, com dados do diagnóstico local dos municípios paranaenses margeados pelo Lago de Itaipu e participantes do SIS FRONTEIRAS.

Tabela 1 - Número de usuários estrangeiros atendidos mensalmente nos serviços de saúde prestados pelos municípios em área de fronteira Brasil – Paraguai. Cascavel , 2017.

Municípios que integram o programa SIS-Fronteiras	País de residência dos usuários		
	Brasil	Paraguai	Outro
Entre Rios do Oeste	3085	22	54
Foz do Iguaçu	41627	475	55
Guaíra	2697	53	75
Itaipulândia	3925	4	22
Marechal Cândido Rondon	8159	269	71
Mercedes	1666	23	15
Missal	4743	93	197
Pato Bragado	4659	351	42
Santa Helena	10708	138	248
Santa Terezinha de Itaipu	6384	77	52
São Miguel do Iguaçu	7952	20	60

Fonte: Azevedo e Souza (2013).

Como apoio às ações e serviços de saúde da tríplice fronteira, e que interferem de forma direta ou indireta nas ofertas aos cidadãos, com financiamento da Itaipu Binacional para cidades brasileiras e paraguaias, cita-se o Grupo de Trabalho Itaipu Saúde que, entre outras ações, define o repasse de recursos da Instituição na área de saúde. O grupo criado em 2003, tem sua sede em Foz do Iguaçu, nas dependências da Itaipu e é formado por representantes brasileiros e paraguaios de diferentes esferas governamentais relacionadas à saúde pública. Em parceria, portanto, com os Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai, a Secretaria de Saúde do Paraná, prefeituras e as regiões sanitárias de Alto Paraná e Canindeyú, o programa atua em 28 cidades brasileiras, dentre estas Foz do Iguaçu e 31 cidades paraguaias, dentre as quais Ciudad Del Este, região que soma 1,5 milhão de habitantes (ITAIPU, 2016). O Grupo de Trabalho Itaipu Saúde tem como missão institucional,

articular as organizações governamentais e não governamentais dos países da fronteira conjugando esforços para promover ações prioritárias de impacto nos níveis sanitários da população da área de influência da Itaipu, subsidiando a Entidade na formulação e execução de suas políticas e iniciativas de responsabilidade social, contemplando a cooperação, a integração, a consonância com as diretrizes dos sistemas nacionais de saúde, a ênfase na atenção primária e a busca da equidade no trato das questões da saúde (ITAIPU, 2016, p. 01).

Os investimentos da Itaipu na área de saúde incluem também o Hospital Ministro Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu, inaugurado em 1979, administrado através da Fundação Itaipu desde 1994, que atende, além da cidade sede, outros oito municípios da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, conveniado ao Sistema Único de Saúde desde 1996. E no Paraguai, em Ciudad Del Este, através da Fundación Tesãi, que administra o Hospital del Área 2, desde 1997, de referencia regional e nacional. A Fundación Tesãi tem como objetivo institucional atender aos funcionários da Itaipu Binacional, seus beneficiários e a população carente da região (ITAIPU, 2016; HMCC, 2016; FUNDACIÓN TESÃI, 2016).

Relacionado à fronteira com a Argentina, especificamente, registramos o Decreto Nº 8.636, de 13 de janeiro de 2016, que promulga o Acordo entre a

República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, firmado em Puerto Iguazú, em 30 de novembro de 2005 (BRASIL, 2016). Dentre as localidades fronteiriças vinculadas estão Foz do Iguaçu e Puerto Iguazú, no Brasil e na Argentina respectivamente. Entre outros aspectos, o acordo cita no seu artigo VII, nominado áreas de cooperação que,

as Instituições Públicas responsáveis pela prevenção e o combate a enfermidades, assim como pela vigilância epidemiológica e sanitária das Partes deverão colaborar com seus homólogos nas localidades fronteiriças vinculadas para a realização de trabalhos conjuntos nessas áreas. Este trabalho será efetuado conforme as normas e procedimentos harmonizados entre as Partes ou, em sua ausência, com as respectivas legislações nacionais (DECRETO Nº 8.636 de 13 de janeiro de 2016, artigo VII, parágrafo 1).

Foz do Iguaçu, cidade brasileira, oferece, na área de saúde coletiva para os usuários do SUS, serviços próprios do município, contratados e/ou conveniados, a saber: na atenção básica em saúde o município conta com 15 unidades de saúde da família, nas quais estão inseridas 32 equipes de ESF e 26 equipes de saúde bucal; oito unidades básicas de saúde, distribuídas em cinco Distritos Sanitários de Saúde (Norte, Nordeste, Centro, Leste e Sul), e quatro Centros de Referência da Família, que atendem casos referenciados das unidades do seu respectivo Distrito Sanitário, com exceção do Distrito Sanitário Central. Um Centro Materno Infantil, que atende mulheres e crianças residentes nos países vizinhos, e ainda quatro consultórios de odontologia isolados que atendem fora das estruturas das unidades de saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2014).

Na atenção especializada ou segundo nível de atenção à saúde os usuários do SUS tem a disposição: um Centro de Especialidades Médicas, um Poliambulatório, com serviços de apoio ao diagnóstico próprio e contratados (laboratório de análises clínicas, raios-x, tomografia, ecografias, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas), sendo que outros exames não ofertados nestas estruturas são ofertados em clínicas particulares contratadas. Tem ainda um CAPS – Centro de

Atenção Psicossocial para transtornos mentais, um Centro de Atenção Psicossocial ad – para atendimento a dependentes químicos de álcool e drogas, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, um Laboratório Regional de Próteses Dentárias, um Centro Municipal de Reabilitação Auditiva, um Centro Municipal de Reabilitação Física, Motora e Social (FOZ DO IGUAÇU, 2014).

A capacidade instalada para o atendimento de urgência e emergência do município conta com atendimento de duas Unidades de Pronto Atendimento, um Pronto Socorro Municipal, contrato de atendimento para urgências e emergências cardiológicas, obstétricas e oncológicas no Hospital Ministro Costa Cavalcanti e emergências ginecológicas no Hospital e Maternidade Cataratas; para atendimentos de traumas, o SIATE – Serviço de Atendimento ao Trauma e Emergências; para atendimentos de emergências clínicas, o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e uma Central Regional de Regulação de Urgências e Emergências (FOZ DO IGUAÇU, 2014).

A atenção hospitalar é composta pelos serviços ofertados pelo Hospital Municipal Germano Lauk com 138 leitos de clínica geral e 11 leitos de UTI – Unidade de Terapia Intensiva, em convênio com o Hospital Ministro Costa Cavalcanti para 122 leitos, 21 leitos de UTI e 10 leitos de Unidade Coronariana Intensivos, sendo este hospital a referência regional para atendimentos obstétricos de baixo risco, risco intermediário e de alto risco gestacional, e 22 leitos conveniados no Hospital e Maternidade Cataratas (FOZ DO IGUAÇU, 2014).

A Vigilância em Saúde conta com um Centro de Controle de Zoonoses, um Centro de Vigilância Epidemiológica, um Centro de Vigilância Sanitária, um Ambulatório de Hepatites e um Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de tratamento e acompanhamento para portadores e doentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) (FOZ DO IGUAÇU, 2014).

Quanto aos recursos humanos que atendem a população usuária do SUS municipal, trabalham na Secretaria Municipal da Saúde, 1500 funcionários, sendo destes 102 médicos e 105 enfermeiros. A este número de médicos somam-se outros 59 profissionais contratados segundo o mesmo relatório, que atendem em diversos pontos de atenção conforme dimensionamento da Secretaria (FOZ DO IGUAÇU,

2014). No total do município, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (DATASUS, 2015), há 245 enfermeiros e 607 médicos, o que corresponde a 4,64 e 2,27 profissionais por habitante, respectivamente, em comparação ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de dois enfermeiros e um médico para cada mil habitantes.

Em paralelo aos dados acima, cita-se os registros de profissionais dos conselhos profissionais, o Conselho Regional de Medicina (CRM), em seu sítio online, informa que Foz do Iguaçu tem registrados 441 médicos, o que corresponde a 1,6 médicos por mil habitantes. E o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR), por meio de contato telefônico, informou que o Estado do Paraná tem registrado 20.669 enfermeiros o que corresponde a 2,21 enfermeiros por mil habitantes.

E, neste espaço de fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina acontecem, portanto, relações no âmbito da saúde entre usuários flutuantes, citado por Gadelha e Costa (2007), os brasileiros que residem nos países vizinhos à cidade de Foz do Iguaçu, Brasil, em busca de atendimentos por saúde, conforme números anteriormente mencionados.

Alves e Souza (1999) e Rabelo (1999) citados por Gerhardt (2006, p. 2450) propõem que não existe um padrão único e pré-definido no processo de busca terapêutica, ou seja, a busca para resolver problemas de saúde e que o itinerário é um processo complexo não podendo ser reduzido,

a generalidades que procedem pela descoberta de leis, normas ou protocolos, que ordenam o social. A recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a questão terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados.

Quando se estuda os processos de escolha de tratamento, deve-se considerar que os mesmos não são meramente fatos que podem ser apreendidos baseando-se em conceitos genéricos, pois são ações humanas significativas, as

quais dependem de coordenadas definidas no mundo intersubjetivo do senso comum (ALVES 1993, apud ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Velho (1994, p. 27, apud ALVES; SOUZA, 1999, p. 132), toda análise sobre o itinerário terapêutico deve evidenciar experiências, trajetórias e projetos do indivíduo que foram planejados e executados dentro de um campo de possibilidades, “circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes”.

Após explicitar os conceitos anteriores, e em busca de identificar os elementos descritos anteriormente na atenção ofertada aos usuários do sistema público de saúde, aborda-se o percurso teórico-metodológico traçado para entender os caminhos do usuário pelos serviços e se a atenção primária está sendo efetiva a esses indivíduos.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M., RIGHI, L. B.; PASCHE, D. F.; TRUFELLI, D.; LOPES, P. R. Saúde e desenvolvimento: que conexões?. In: CAMPOS, G. W. de S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 115.

ALBUQUERQUE, J. L. C. Identidade e fronteiras nacionais: conflitos e representações simbólicas entre imigrantes brasileiros e população paraguaia na região fronteira. **Anais** do XI Congresso Brasileiro de Sociologia. UNICAMP, Campinas, São Paulo – 1 a 5 de setembro de 2003.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde**: considerações sobre o itinerário terapêutico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C.; SILVA, R.M. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 115.

AZEVEDO, S. T.; SOUZA, E. B. C. **SIS-FRONTEIRAS**: o acesso à saúde para estrangeiros nos municípios paranaenses margeados pelo lago de Itaipu. VIII Semana Acadêmica e VIII Expedição Geográfica: Ensino, práticas e formação em Geografia. Unioeste. Cascavel – Pr, 04- 06 de setembro de 2013.

BRASIL. **Decreto 8636 de 12 de janeiro de 2016**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8636.htm Acesso em 21 jul.2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf> . Acesso em 21 jun.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no Mercosul**. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mercosul.pdf Acesso em: 25 jul.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.120 de 06 de julho de 2005**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html Acesso em 22 jul.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.189 de 05 de junho de 2006**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1189_05_06_2006_comp.html Acesso em: 24 jul.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em 17 jul.2016.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Subsecretaria-Geral das Comunidades Brasileiras no Exterior. **Diplomacia Consular, 2007 a 2012**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2012. 176 p.: il.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. P.10.

BRASIL. **Portaria no.2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 22 jun. 2015.

BURSZTY, I.; KUSHNIR, R.; GIOVANELLA, L.; STOLKNER, A.; HEIMANN, L.S.; RIVEROS, M.I.; SOLLAZZO, A.; Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. **Rev. Salud Pública**. Bogotá, v. 12 n. Sup 1, p. S77 – S88, 2010.

CABRAL, A. L. L. V.; HEMÁEZ, A.M.; ANDRADE, E.L.G.; CHERCHIGLIA, M.L.; Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n. 11, p. 4433 – 4442, 2011.

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 636 – 641.

DATASUS - **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em: 21 jun.2015.

FERRARI, M. As Noções de Fronteira em Geografia. **Revista Perspectiva Geográfica**. Cascavel, v.9, n.10, 2014.

FERREIRA, G. R. Atención primaria de salud em Argentina, Paraguay y Uruguay. In: GIOVANELLA, L.; (Org.). Atención primaria de salud em Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno em Salud: Unasur, 2015. p. 59 – 64.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, 2002. p. 33.

FUNDACIÓN TESÁY. Disponível em: <http://www.tesai.org.py/categorias/historiatesai.html> . Acesso em: mar.2016.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, Sup 2, p. S214 – S226, 2007.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIOVANELLA, L (org) – Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. Ed. Organizado por Ligia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L.; NOGUEIRA, V. M. R.; LOBATO, I. V. C.; DAMACENA, 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Sup 2, p. S251 - S266, 2007.

GIOVANELLA, L.; RUIZ, G.; FEO, O.; TOBAR, S.; FARIA, M. Sistemas de Salud em América del Sur. In: GIOVANELLA, L.; (Org.) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno em Salud: UNASUR, 2012. p. 26 – 32.

GOBIERNO Nacional do Paraguay. Disponível em: <http://www.paraguay.gov.py>
Acesso em: 13 mai. 2015.

GOMES, F. B. C. **Assimetrias em saúde no MERCOSUL**. Câmara dos Deputados, Praça dos 3 Poderes, consultoria legislativa. Brasília, 2008

HMCC. HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI. Disponível em:
<http://www.hmcc.com.br/institucional.php> Acesso em: 29 jul.2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em:
www.cidades.ibge.gov.br . Acesso em: 13 mai. 2015.

ITAIPU BINACIONAL. Disponível em:
<https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude>. Acesso em: 29 jul.2016.

JURBERG C, HUMPHREYS G. La marcha del Brasil hacia cobertura universal. Boletín de La Organización Mundial de La Salud, 2010. In: Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal, Organización Mundial de la Salud,p. 13, 2014.

LABONTÉ, R.; SANDERS, D.; BAUM, F.; SCHAAY, N.; PACKER, C.; LAPLANTE, D.; VEGA-ROMERO, R.; VISWANATHA, V.; BARTEN, F.; HURLEY, C.; TUJUBA A. H.; MANOLAKOS, H.; ACOSTA-RAMÍREZ, N.; POLLARD, J.; NARAYAN, T.; MOHAMED, S.; PEPERKAMP, L.; JOHNS, J.; OULDZEIDOUNE, N.; SINCLAIR, R.; POOYAK, S. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial.

Revista Gerencia y Políticas de Salud, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia v. 8, n. 16, p. 13-29, 2009.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. 1994. Disponível em:

<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>

Acesso em: 27 mai. 2015.

MACINKO, J; MONTENEGRO, H; ADELL, C.N; ETIENNE, C; GRUPO DE TRABAJO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.

Revista Panamericana Salud Publica. Washington, v.21, n.2-3, p. 73 – 84, 2007.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 47-49.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA D. M. G. V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev. Latino-am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1113 – 1119, 2007.

MELLO F.; VICTORA C. G.; GONÇALVES H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n. 7 p.2135-2145, 2015.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**. Botucatu – São Paulo, v. 16, n.41, p. 435 – 447, 2012.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em:

<http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950>. Acesso em: 23 mai.2015.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. Prestação de Contas da Secretaria Municipal da Saúde, 2º. Quadrimestre de 2014. Disponível em: <http://www.pmfri.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=34> . Acesso em 29 jul.2016.

SOARES, L. T. Políticas sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, L (org) – **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 803-814.

SOUCHAUD, S. A visão do Paraguai no Brasil. **Contexto internacional**. Rio de Janeiro, v.33, n.1, p. 136-139, 2011.

UNASUR - Unión de Naciones Suramericanas. Disponível em: <http://www.unasursg.org/es/node/31> . Acesso em 30 jul.2016.

UNICEF – BRASIL. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferencia Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata, 6 – 12 setembro de 1978, 1979.

WORLD BANK CLASSIFICATION IN THE WORLD DEVELOPMENT REPORT 2015. Disponível em: (<http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>) acesso em 21 ago.2015.

RESULTADOS

ARTIGOS CIENTIFICOS

Artigo 1 - Itinerário terapêutico de brasileiros na tríplice fronteira

Lisete Teixeira Palma de Lima

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Resumo

Estudo que objetivou identificar o itinerário terapêutico de brasileiros, residentes no Paraguai ou na Argentina, em busca de cuidados a saúde, em Foz do Iguazu. Pesquisa qualitativa, exploratória, utilizando entrevistas semiestruturadas com usuários em unidade básica de saúde no Brasil e em Puerto Iguazu, na Argentina com análise de dados temática. Os caminhos são percorridos com fragilidades na integralidade da atenção e na equidade da informação com relação às respostas do sistema de saúde frente à pluralidade de carências destes usuários, entretanto houve satisfação pelo atendimento recebido. Ainda, percebeu-se necessidade de revisão dos acordos estabelecidos nos processos de trabalho na tríplice fronteira.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidado em Saúde. Acesso. Itinerário terapêutico.

Abstract:

This study aimed to identify the therapeutic itinerary of Brazilians living in Paraguay or Argentina in search of health care in Foz do Iguazu. Qualitative, exploratory research using semi-structured interviews with users in a basic health unit in Brazil and in Puerto Iguazu, Argentina, with thematic data analysis. The paths are covered with weaknesses in the integrality of the attention and the equity of the information with respect to the answers of the health system in face of the plurality of these users' needs, despite the mentioned satisfaction with the service received. Also, was observed the need to review the agreements established in the work processes in the triplicate border.

Key words: Primary Health Care. Health Care. Access. Therapeutic Itinerary.

Introdução:

As fronteiras são delimitadas por linhas invisíveis fora dos mapas, sendo que as zonas geográficas de fronteira são espaços em que se criam relações que ultrapassam estes limites (FERRARI, 2014). Estas relações refletem o intercâmbio de mercadorias, de moedas, do trânsito de pessoas em busca de serviços e ficam mais intensos se os municípios estiverem localizados nas zonas limites internacionais. São chamadas de cidades gêmeas, e a tríplice fronteira da cidade de Foz do Iguazu no Paraná é a maior delas, fazendo fronteira com Ciudad Del Este no Paraguai e Puerto Iguazu na Argentina (BRASIL, 2012).

Os adensamentos populacionais das áreas de fronteira apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, além de conviver com os problemas característicos da fronteira, que se expressam com maior densidade e, com reflexos diretos sobre o desenvolvimento regional, local e sobre a cidadania (BRASIL, 2012).

Azevedo e Souza (2013) citam que, conforme diagnóstico local dos municípios contemplados no programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) do Ministério da Saúde do Brasil, realizado em 2006, mensalmente Foz do Iguaçu atende 41.627 usuários estrangeiros nos seus serviços de saúde. Dentre estes, estão os brasileiros que residem nos países da fronteira e voltam ao seu país natal em busca de atenção à saúde, por meio da atenção primária.

Segundo a Portaria 2.488 (Brasil, 2011), que trata da Política Nacional da Atenção Básica, esta deve funcionar como a porta de entrada do sistema de saúde. Utiliza, na concepção oficial, tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

Para atender a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção primária em saúde (APS), a cidade de Foz do Iguaçu oferta serviços em oito Unidades Básicas de Saúde, 15 unidades de saúde da família, onde estão inseridas 35 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 26 equipes de saúde bucal; distribuídas em cinco Distritos Sanitários (Norte, Nordeste, Centro, Leste e Sul), um Centro Materno Infantil, que atende gestantes e crianças residentes nos países vizinhos, e ainda quatro consultórios de odontologia isolados que atendem fora das estruturas das unidades de saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2015).

Como os serviços citados são utilizados pelos brasileiros que residem nos outros países da fronteira com Foz do Iguaçu, que caminhos são percorridos e como acontece esse acesso, são elementos que descrevem o itinerário terapêutico em região de fronteira destes usuários em busca de saúde, objeto deste estudo. Ferreira e Silva (2012), a respeito dos caminhos que definem os diferentes modos de trilhar o sistema oficial, independente de existirem protocolos e fluxogramas bem estabelecidos pela rede assistencial, referem que os

indivíduos desenham sua trajetória singular, por meio de escolhas emolduradas pelas suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais.

Arthur Kleinman descreve o itinerário terapêutico dividido em subsistema familiar, profissional e popular. O primeiro inclui o indivíduo, com problemas de saúde, sua família, a rede social a que ele está vinculado, e a comunidade próxima. Neste âmbito, a doença é inicialmente identificada e a partir daí acontecem os primeiros atos e decisões em busca de tratamento, iniciando também o processo terapêutico e o itinerário terapêutico. O subsistema profissional inclui na maioria das sociedades a biomedicina, propostas de cura legalizadas e organizadas, com sistematização nos registros, e aprendizagem formal. São as ofertas dos sistemas de saúde dos diferentes modelos. E, os subsistemas populares que, geralmente estão ligados ao sistema familiar, não apresentam legalidade ou organização formal e sistematizada, com oferta de especialistas de cura informais e ainda, com amplo reconhecimento pela sociedade (MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Assim, este estudo tem por objetivo descrever o itinerário terapêutico percorrido pelos brasileiros, residentes nos países da tríplice fronteira, na atenção primária à saúde, em Foz do Iguaçu.

Metodologia:

A pesquisa é de natureza qualitativa, aplicada, com objetivo exploratório. Ocorreu na unidade básica de saúde (UBS) Jardim América, do município de Foz do Iguaçu, unidade referência do município para atendimento de uma população local de 15.000 pessoas e para brasiguaios (brasileiros que residem no Paraguai) e brasileiros que residem na Argentina. E, em Puerto Iguazu, na Feira Iguazu, para incluir os brasileiros residentes na Argentina, uma vez que, durante o período de coleta de dados, não foi possível entrevista-los na UBS citada.

O período de coleta compreendeu os meses de fevereiro e março de 2016. E, na Argentina, no mês de janeiro de 2017.

Como estratégia para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Cada entrevista durou em média 40 minutos e os relatos dos sujeitos foram gravados. Para minimizar o constrangimento em relação à participação para aqueles entrevistados na UBS, a pesquisadora explicava inicialmente que não fazia parte daquele serviço e que as respostas em nada influenciariam no atendimento naquela unidade de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser brasileiro, não ser residente em Foz do Iguaçu e residir em cidades dos países vizinhos a cidade; ter mais de 18 anos ou, se menor, estar acompanhado de responsável e, participar voluntariamente da pesquisa. E, como critério de exclusão, brasileiros ou estrangeiros que residem no Brasil. O número de entrevistas não foi determinado a priori e definiu-se em 13 sujeitos (11 no Brasil e 02 na Argentina), a partir das transcrições simultâneas à realização de cada entrevista, leitura do material e verificação da qualidade do material coletado, a fim de responder ao objetivo do estudo, atrelado ao critério de saturação.

As falas estão citadas no texto, identificadas com a letra E, de entrevistado, seguida do número da entrevista, por exemplo, E1.

Com relação às técnicas de análise do material, foi utilizada a análise temática, com base em Minayo (2008) e, organizado para as leituras flutuantes, onde foram sendo destacadas as unidades de sentido no texto, momento em que foram processados os resultados do trabalho realizado e feita a seleção qualitativa do material coletado, tendo o cuidado de manter o objetivo da pesquisa, para construção das unidades temáticas.

Foram seguidos os preceitos éticos da resolução 466/2012-CNS e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob Parecer CEP nº 1.180.900.

Resultados e discussão

Todos os entrevistados na UBS residem no Paraguai. Durante a pesquisa de campo não foram encontrados brasileiros que residissem na Argentina utilizando o serviço de atenção primária do município de Foz do Iguaçu no Brasil. Dos brasiguaios abordados, todos concordaram em participar da pesquisa.

Devido a este cenário, a busca dos brasileiros residentes na Argentina passou para os serviços de saúde de Puerto Iguazu, cidade que faz fronteira com Foz do Iguaçu. Alguns destes serviços foram visitados conforme orientações recebidas da administração local, inicialmente, e, finalmente, após a busca sem sucesso, seguindo sugestões do Consulado Brasileiro na Argentina, as entrevistas foram realizadas em um dos locais de trabalho de brasileiros, a Feira Iguazu, feira artesanal de comércio de produtos alimentícios e ponto turístico local. A caracterização dos sujeitos entrevistados na UBS de Foz do Iguaçu, está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados, brasileiros residentes no Paraguai. Cascavel PR, 2017.

Caracterização dos entrevistados, brasileiros residentes no Paraguai		
Características	Resultados	Quantidade
Sexo	Feminino	8
	Masculino	3
Etnia	Branco	8
	Pardo	3
Faixa Etária	< 20 anos	1
	35 55 anos	8
	> 65 anos	2
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	6
	Ensino médio incompleto	4
	Não estudaram	1
Estado Civil	Casado no Brasil	4
	Casado no Paraguai com brasileiro	3
	Casado no Paraguai com paraguaio	3
	solteiro	1
Número de filhos	Uma três filhos	7
	Quatro a seis filhos	3
	Não tem filhos	1
Ocupação	Trabalham sem vínculo formal	8
	Do lar	2
	Aposentado	1
Renda Familiar	< um salário mínimo (Brasil)	5
	Até dois salários mínimos	5
	Até quatro salários mínimos	1
Tempo de residência no Paraguai	10 a 30 anos	4
	30 a 45 anos	7

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Cascavel PR, 2017.

Não surpreende o fato de a maioria dos entrevistados ser do sexo feminino. Isso se observa empiricamente nas unidades básicas de saúde, em que as mulheres são mais constantes no acompanhamento de questões de saúde e também em estudos sobre o perfil da demanda em unidades de saúde da Atenção Básica de Saúde (ABS). Corroborando essa afirmativa, cita-se Pimentel et al. (2011), que em estudo da caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família, tem como resultados 72,2% de mulheres e de 27,8% de homens nos atendimentos. Ainda, Sousa et al. (2011), em pesquisa sobre o perfil dos usuários atendidos em uma unidade básica de saúde em Ananindeua (Pará, Brasil), encontrou a predominância de 70,1% de mulheres.

Com relação à faixa etária, 73% dos entrevistados encontram-se na faixa etária de 35 a 65 anos, semelhante ao estudo de Pimentel et al. (2011), realizado em Fortaleza, Ceará, que analisou o perfil de 244 usuários e encontrou 38,1% de usuários na faixa etária de 41 a 60 anos.

As distâncias entre a residência destes usuários e a unidade de saúde em que buscam o cuidado, no Brasil, variam de 12 a 210 Km, o que pode demorar de 30 minutos a até 3 horas de viagem, contando, com o trânsito da Ponte da Amizade (que liga Foz do Iguaçu, no Brasil, a Ciudad Del Este, no Paraguai), que faz parte do caminho obrigatório.

O itinerário terapêutico avaliado está discutido nas subcategorias: o público e o privado na assistência à saúde para os brasiguaios; a decisão de procurar o Sistema Único de Saúde no Brasil; o acesso aos serviços de saúde e a atenção primária à saúde como (des) coordenadora da rede de atenção.

O público e o privado na assistência à saúde para os brasiguaios

A utilização do sistema público de saúde em paralelo ao sistema privado de saúde, no caso dos brasiguaios, aparece de forma frequente, uma vez que, na tentativa de resolver seus problemas de saúde, buscam atendimento em clínicas privadas, em especial quando da necessidade de atendimento especializado, até que o serviço se torna mais caro do que as posses do usuário, denotando a existência de um sistema duplo, que impõe o fracionamento das ações e impede o uso dos fluxos definidos (quando existentes) quer seja no Paraguai, quer seja no Brasil. Essa duplicidade de utilização do sistema aparece nas falas abaixo:

[...] tenho problema de coração há 5 anos, fui no Posto São João aqui, fiz exames aqui no Brasil e depois no Paraguai, 'lá tudo pago' [...] é um tumorzinho vamos pesquisa, disse o médico, e vai e volta [...] depois disso, semana passada piorei, dor forte no peito, fui pro médico e fui internado lá. 'Não tinha como pagar, vim pela emergência'(me deram) 3 meses de vida (no Paraguai) [...] tem que fazer cirurgia de peito aberto, colocar três pontes de safena, mexer na aorta, não sei o que de aorta [...] vai buscar recurso do lado de lá porque aqui não tem recurso só o básico ou ir para a Argentina (médico do Paraguai), pensei vou pra minha terra porque ir pra Argentina meu Deus, eu que sou brasileiro vou pra minha terra (E1).

Fomos pra Assunção, que não resolveu, fez exames e exames e mandou pra casa, 'como lá é caro' daí fomos na Tesã (Fundación Tesã, instituída pela Itaipu Binacional e criada através do Tratado de Itaipu firmado entre Paraguai e Brasil, entidade sem fins lucrativos)

aqui em Cidade de leste... [...] só que levamos lá pelo IPS (Instituto de Previsão Social) e tudo [...] levamos a menina lá na quinta feira só que deram um calmante e mandaram pra casa, 'trouxemos pra UPA' (Unidade de Pronto Atendimento em Foz do Iguaçu) na segunda de manhã, ficou na UPA o dia e a noite toda, diz que é dengue (E2).

'Trato aqui faz já uns 07 anos'. [...] Passei lá sim, lá em Santa Rosa, passei pelo médico, ele me mandou tomar remédio controlado, só que 'tinha que comprar tudo e era muito caro', gastava uns 90 mil guaranis, (R\$ 37,80 no cambio atual) cada vez, já não aguentava mais (E6).

Isso não faz muito tempo, a gente começou a se sentir mal e veio procurar recurso foi 'consultando (particular)' e foi a um ponto que 'foi encaminhado para o SUS' e fez o tratamento necessário [...] no cardiologista, fui consultado por ele [...] 'Pagando sempre pagando' [...] Tinha endoscopia, fiz uma, dali 40 dias fiz a outra, fiz três endoscopias pra ter certeza do problema [...] 'paguei particular' [...] porque era de urgência, quanto antes melhor (E10).

Em relação à utilização dos serviços de saúde, tanto brasileiros quanto brasiguaios estão, ora na rede privada ou conveniada, ora no sistema público de saúde, quer seja no Paraguai ou no Brasil. Essas tentativas de resolver seus problemas de saúde muitas vezes não são bem-sucedidas resultando em novas buscas, novos recomeços, onerando sistemas de saúde e o próprio orçamento familiar.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016), 27,1% dos brasileiros, no Paraná, tem planos de saúde. Sendo que, alguns destes planos muitas vezes não fazem cobertura de todos os procedimentos necessários, resultando em utilização mista do convênio, do setor privado e ainda do Sistema Único de Saúde. O mesmo acontece com os brasileiros que residem no Paraguai com a diferença de que, ao chegar à decisão de utilizar o serviço público, muitos atravessam a fronteira e o fazem no lado brasileiro ou, utilizam o serviço privado no Brasil, ou ainda ambos.

De acordo com Fertoni et al., (2015), o modelo assistencial brasileiro atual, na atenção primária, tem a saúde da família em sua centralidade e promoveu ampliação do acesso e incorporação do acolhimento e humanização das práticas. No entanto, verifica-se a persistência no tratamento de patologias e dos cuidados ao corpo biológico, as dificuldades na implantação da integralidade e déficits na formação das equipes e nas condições e relações de trabalho, o que influencia no itinerário terapêutico dos indivíduos.

Conill et al., (2008) referem que nos espaços do público e do privado, coexistem atores sociais que pensam em seus próprios projetos, seja na esfera do Estado, nos sistemas públicos, ou no mercado. Esses projetos aparecem, portanto, nas práticas e nos arranjos tecnoassistenciais que estão em constante tensão, porque as duas categorias permanecem paralelas no sistema de saúde, a categoria do consumidor e a categoria do cidadão ou usuário.

Na busca por assistência em saúde deve-se considerar ainda que a utilização dos serviços resulta da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e da forma como é conduzido dentro do sistema de saúde. Viegas, Carmo e Luz (2015), em estudo sobre os fatores que influenciam o acesso em unidade básica de saúde, mencionam três dimensões, uma estrutural (financiamento, cobertura), uma relacional (compreensão do processo saúde-doença) e outra operacional (organização dos serviços). Na primeira, verificaram que o subfinanciamento do sistema de saúde constituiu uma dificuldade para o acesso e para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF); na relacional, destacam a ausência de alinhamento entre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema com impacto negativo na relação do profissional com o usuário; e na operacional, profissionais de saúde e usuários relataram lacunas como baixa cobertura da ESF, marcação de consulta, acolhimento, barreiras geográficas, problemas na referência e contrarreferência. Todos os fatores mencionados influenciam o itinerário terapêutico do usuário no sistema de saúde.

No caso das brasileiras residentes na Argentina, a utilização do mix público e privado acontece de forma diferente do relatado pelos brasiguaios, uma vez que utilizam o público, usufruindo ou da gratuidade, ou das obras sociales pagas na Argentina e, ao optarem pelo Brasil utilizam somente serviços privados: “[...] *Tivemos vários problemas de saúde e sempre fomos à Foz do Iguaçu para resolver. Pagamos uma clinica particular aqui [...] obras sociales, mas uma coisa mais séria, daí vai pra Foz [...] lá sempre paguei particular, não tem obras sociales*” (E12).

Estudo de Santos, Ugá e Porto (2008), o qual analisa o mix público-privado do sistema de saúde brasileiro, a partir da oferta, utilização e financiamento dos serviços de saúde, mostrou que existem desigualdades na oferta e na utilização de serviços em prol da população com plano de saúde, em decorrência da peculiar inserção do setor suplementar, oferecem cobertura suplementar e duplicada ao sistema público (SUS). Demonstram que as desigualdades que ocorrem no sistema de saúde brasileiro se dão pelo fato de a cobertura de serviços ofertados pelo segmento de seguro privado ser duplicada à cobertura de serviços do

SUS. Ainda, que as desigualdades verificadas no sistema de saúde brasileiro ocorrem num sistema de saúde em que o financiamento público ao SUS é minoritário e existem grandes subsídios públicos para o setor privado. Esta é a realidade que os brasileiros residentes nos países vizinhos encontram quando procuram por serviços de saúde no seu país de origem.

A decisão de procurar o Sistema Único de Saúde no Brasil

A decisão de buscar a cura para suas doenças, alívio para suas dores e retomar o cotidiano da vida pode ser influenciada por parentes, amigos, por experiências anteriores bem-sucedidas ou não, por ter vínculo com o profissional de saúde, entre outros, considerado o primeiro subsistema do itinerário terapêutico. Sendo que cada processo de doença e cura diferente pode suscitar itinerários diferentes.

Os grupos sociais e religiosos que podem compor o itinerário terapêutico, também foram citados nesse estudo, como se evidencia nas falas a seguir: “[...] *Dra. I* (se referindo à pastora da igreja que frequentava) *já tinha falado que era perto do Ceasa*” (E1). “[...] *daí falei com algumas pessoas para vir prá cá, consultar aqui, umas irmãs da igreja*” (E6).

Como os relatos acima demonstram, o itinerário não é circunscrito aos serviços de saúde, as opções podem variar e se multiplicar, sem conferir qualquer preponderância às soluções do setor saúde. Para não enxergar apenas parte de uma travessia, que é maior e mais complexa, é preciso compreender o itinerário não somente pelo vagar por instâncias médico-hospitalares, pois esta não é a única trajetória dos indivíduos, cujos itinerários recorrem às possibilidades oferecidas também pela religião, a exemplo do estudo de Pinho e Pereira (2012).

Segundo Maliska e Padilha (2007), o itinerário terapêutico é construído por caminhos diversos, não há uma regra que determine o que fazer e quando fazer. Algumas alternativas se aproximam ao modelo biomédico enquanto outras recaem no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso. Sendo que no estudo em questão, quando se apresentou essa alternativa, foi baseada no conhecimento religioso.

Considera-se, portanto, que a saúde é um processo social dinâmico relacionado com outros processos sociais, no qual cada indivíduo constrói e entende sua saúde e sua doença através da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive (SILVA-JUNIOR; GONÇALVES; FRANKLIN, 2012).

Ademais, a influência de amigos ou pessoa fora do círculo de amigos ou familiar, mas com experiência positiva anterior no processo de cura, também pode influenciar nos motivos pela procura de determinado serviço de saúde, conforme relatos a seguir.

[...] começamos a conversar com os outros, a gente conversava com os outros lá enquanto ela ficava internada e um cara ali me disse pra levar pro Rio Grande do Sul que lá ia resolver [...] e daí fomos (pai) (E2).

[...] Não, eu fui por opção, porque muitas amigas minhas já foram lá, porque lá diz que atendem brasileiras residentes no Paraguai, e é mais fácil lá, é pouca gente, é pra isso mesmo, o doutor atende, achei mais fácil lá (E11).

[...] Ah. Nem juntando os amigos aqui (na Argentina) a gente tinha como pagar, na época 41.000 reais [...] Mas daí um brasileiro amigo nosso, foi lá e conseguiu passar tudo pro SUS, foi a salvação nossa (E12).

Soigner (1996 apud GERHARDT, 2006), define o pluralismo terapêutico como o amplo resultado de relações sociais que transcendem as condutas individuais. As escolhas são, portanto, pressionadas por elas, orientando, favorecendo ou penalizando as decisões.

Outro fator que influencia a procura pelo serviço em Foz do Iguaçu é o vínculo de confiança com o serviço ou com os profissionais de saúde, conforme se evidencia nos depoimentos a seguir:

[...] quando a Dra. A (que trabalhava antes em outra UBS), foi pra lá eu fui junto (E3).

Naquele posto da Avenida Paraná, dali me mandaram pro Dr. A., e tô até hoje, mais ou menos a cada 6 meses ele manda voltar (E4).

[...] venho aqui porque prefiro não confiar no tratamento de lá, porque as poucas vezes que fui lá o médico já queria me operar urgente, consultei por causa da vesícula, passei alguma dor, mas quando ele falou na operação, na cirurgia achei melhor vir pra cá (E8).

[...] mas coisa mais séria prefiro ir pra lá, (residente na Argentina se referindo a preferência pelo serviço de saúde privado de Foz do Iguaçu) eu pelo menos gosto de ir lá, tenho mais confiança (E12).

O vínculo é um fator preponderante na escolha do serviço de saúde, conforme menciona Campos (1997), uma vez que amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Cita ainda que esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

A importância do vínculo aparece também institucionalizada na Política Nacional de Atenção Básica, a qual indica que, o vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, possibilita o processo de corresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo (BRASIL, 2011).

Caminhando na subjetividade, o cuidado pode ser traduzido segundo Ayres (2004), num lugar terapêutico de certa confiança “quase incondicional”, que a pessoa fragilizada por algum padecimento de saúde tende a depositar no seu cuidador. O cuidado pode ser transportado para o nosso estudo como vínculo, uma vez que estes brasileiros, além da busca pelo cuidado, têm a confiança no serviço do seu país de origem.

Outro fator que levou à procura do serviço em Foz do Iguaçu foi a influência de familiares, conforme o depoimento a seguir: “[...] *na verdade, foi a minha cunhada acho que ela vinha aqui quando tava doente [...] Sim, ela que me orientou vir aqui, eu não conhecia aqui na verdade*” (E11).

O referencial do itinerário terapêutico mostra que um dos subsistemas de cuidado é o familiar, segundo Mattosinho e Silva (2007) se referindo ao modelo de cuidado a saúde de Kleinman. O subsistema familiar é o espaço da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista, onde as doenças são primeiramente identificadas e enfrentadas.

Ainda, outra possibilidade dentro dos itinerários terapêuticos, na tentativa de conseguir a cura ou restabelecimento de uma situação de saúde próxima ao esperado, são os tratamentos alternativos ao sistema oficial, conforme depoimento a seguir:

Começou com uma dor de estomago há acho mais ou menos um ano atrás, daí aquela coisa, fui na farmácia, tomei remédio, lá é assim, a gente vai na farmácia se resolver, resolveu (E7).

[...] por último estava ela (aponta para a filha), com garganta inflamada, vou na A.P., é uma farmácia (em Foz do Iguaçu), aí tem o

doutor e tudo que atende [...] vou lá com o dr. S., é farmacêutico, sempre foi ele que resolveu (E13).

Sobre a busca de solução para um problema de saúde diretamente com a automedicação ou com a orientação da farmácia, Leite e Vasconcellos (2006), defendem que, de modo geral, há uma tendência em construir modelos com os quais é possível explicar as escolhas que os indivíduos fazem sobre terapêutica: os modelos etiológico-terapêuticos ou de relação causa-tratamento, o modelo de decisão terapêutica, o modelo de crenças de saúde, os modelos explicativos, e as justificativas eminentemente práticas, baseadas em ações do cotidiano. A maior parte dessas abordagens sugere que o sujeito, ao identificar uma doença opta por este ou aquele recurso terapêutico, e o faz de forma racionalizada, calculada, sustentado por diversas concepções.

Para Conrad (1985 apud Leite e Vasconcellos, 2006), os pacientes procuram obter um controle sobre o seu estado, através do controle do uso de medicamentos, uma perspectiva, portanto, racionalizada e de caráter individual sobre o uso de medicamentos.

O acesso aos serviços de saúde

Sobre o acesso aos serviços de saúde, há uma variedade de aspectos que o favorecem ou limitam, entre eles encontram-se a disponibilidade de serviços, de recursos humanos, das ofertas organizadas, de questões burocráticas que funcionam como reguladoras do sistema, como por exemplo, o cartão SUS, dos fluxos estabelecidos dentro do sistema, que ora funcionam como uma barreira, ora como a chave para o atendimento desejado ou necessário. Nesse sentido, os depoimentos a seguir ilustram a facilidade de acesso aos serviços:

Falei que era do Paraguai e atenderam mesma coisa, porque agora eu falo que não sou daqui (E2).

Já saí de lá com a consulta marcada, a secretária já marca, e às vezes quando ela não marca passa uns dois dias já liga, que nem agora tem consulta com Dr. A. para dois de março, daqui poucos dias, às nove e meia da manhã, foi ela que ligou falando (E4).

[...] como eu tenho os documentos tudo certo, vim fazer as consultas aqui, cheguei às sete horas por aí, tinha consulta já marcada daqui do outro dia que vim trazer o exame positivo. [...] tenho uma comadre aqui em Foz e dou o telefone dela e ela me avisa (E5).

Só desde que eles invento que o povo do Paraguai é pra consulta aqui, eu venho, que nem hoje, com o Dr. R. (E6).

[...] Também consegui uma vaga pra dentista hoje, porque cheguei bem cedo só tinha três vagas e eu consegui uma, agora comecei o tratamento ainda bem (E9).

[...] é marcado, agendado, marcado trinta, quarenta dias antes o dia e daí, e eles até chamam, olha tal dia o senhor tem consulta (E10).

[...] Uma semana, vim agendar aqui, porque eles mandam agendar aqui no posto, uma semana depois já fiz (se referindo ao exame de ultrassom) (E11).

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, o acesso deve ser universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, sendo um direito fundamental a todo cidadão brasileiro. Garantir e proporcionar esse acesso tem sido um dos grandes desafios, uma vez que este atributo da atenção primária à saúde, segundo Starfield (2002) é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.

Souza et al. (2008) apontam que o acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolutividade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços.

O que se espera, portanto, é que os serviços no primeiro nível de atenção, sejam acessíveis e resolutivos frente às necessidades de saúde trazidas pela população. Para dar conta desta tarefa existem algumas ferramentas que podem apoiar o trabalho gerencial, como a equipe multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Esta dimensão do acesso esteve presente nas falas, direcionada a barreiras ou a ausência delas para conseguir o atendimento. Por outro lado, em relação à oferta de serviços para resolução dos problemas de saúde, têm-se aspectos dificultadores, os quais se evidenciam nos depoimentos a seguir:

[...] única coisa que está enroscando é o meu cartão do SUS, que diz que está vencido (E1).

[...] no SUS, a gente mentia que era daqui [...] pegamos o endereço de um amigo que morava no Paraguai e veio morar pra cá [...] até

uns anos atrás, até que mudaram a lei no Brasil [...] E também tem o ortopedista que tem uma fila de marcação enorme, que não sei quando vou conseguir e eu tenho dores no joelho, fica tudo vermelho, daí quando chegar lá, ele vai me olhar e falar você tem problema de neuro e daí outra fila (E2).

[...] um ano pra voltar no especialista, quando ele me chamou, que me chamaram, o exame não valia mais, tinha que fazer de novo ah. Nem fui mais atrás (E9).

[...] como tenho endereço aqui (na Argentina), nunca fiz nem sabia que podia (se referindo ao cartão SUS e a não utilização do serviço público de saúde de Foz do Iguaçu) (E12).

Entre as barreiras para o acesso, corroborando os relatos de nossos entrevistados, cita-se Assis e Jesus, (2012), que conceituam o acesso como um tema multifacetado e multidimensional que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção no SUS.

Considerando o cenário da trílice fronteira, o acesso pode ser dificultado sob o prisma organizativo, pois esta é uma população que utiliza os serviços de saúde, porém, não aparece nas estatísticas para, por exemplo, que a gestão possa pleitear aporte financeiro para o atendimento, tendo como consequência direta, a dificuldade na organização da assistência dos usuários, residentes e não residentes do município. Incluindo aqui a ausência de políticas claras para o atendimento destes brasileiros, que muitas vezes, devido à desinformação tem prejuízos diretos na assistência à sua saúde.

Cabe ainda ressaltar, sob este mesmo aspecto, concordando com Pires et al. (2010), que a desarticulação entre os níveis de atenção, citados no estudo, entre os níveis primário e secundário, figura como um aspecto crítico a ser enfrentado, para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Esta estruturação das redes de atenção a partir da atenção básica, tendo como princípio a hierarquização do SUS, é um aspecto central para a organização.

O acesso efetivo, citado também por Pires et al. (2010) pode não acontecer, devido a dissonância entre as razões que levam as pessoas a buscar os serviços e a capacidade dos profissionais em escutá-las adequadamente. Referindo que a voz destes cidadãos nem sempre é clara. Sendo necessária para a adequação da acessibilidade, a inversão da lógica de organização dos profissionais e tecnologias às necessidades dos usuários. Ao invés de criar demandas a partir da oferta indiscriminada e desigual de serviços, estes devem ser organizados a partir das exigências das pessoas.

Baracho (2013) contribui dizendo que as dificuldades no acesso às consultas, aos exames e atendimento especializado, com longos períodos de espera, falta de estrutura e de pessoal são falhas que contribuem para a perpetuação das iniquidades do SUS, e o impedem de seguir com excelência, os caminhos traçados por seus princípios.

A concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros”, onde não tenhamos barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, da residência ao hospital, dos especialistas e dos generalistas, dos setores públicos e privados, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à melhor utilização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora seja consensual em seus princípios, tem se mostrado na prática longe da realidade e com muitas dificuldades para sua realização, o que demanda estudos de avaliação que possam contribuir para a sua efetiva implantação (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A atenção primária à saúde como (des)coordenadora da rede de atenção

A atenção primária em saúde, é definida por Starfield (2002), como o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Uma das ações de coordenação da rede de atenção é o encaminhamento orientado dos usuários para os outros níveis de atenção, conforme a hierarquização do sistema de saúde local.

Os brasileiros que residem fora do país, precisam em especial desta coordenação para garantir a continuidade do seu tratamento, uma vez que além das questões específicas da saúde, alia-se a dificuldade de mobilidade e o desconhecimento de endereços e dos novos fluxos. Vejamos os depoimentos relacionados a esse aspecto:

[...] primeiro passei com um clínico, que não é especialista, daí que cheguei pra Dra. M. por causa da dor no pé [...] fui também no médico de estômago. [...] Dr. R. me deu encaminhamento pro médico de vista, ano passado e agora em dezembro, a assistente social me deu papel pra fazer os óculos, peguei faz uma semana, nem me acostumei com ele ainda (E6).

Desde outubro do ano passado porque ele começou com dor, daí trouxe ele com a cara inchada e foi tratando, não precisou arrancar dente, ainda bem (E8).

Procurar o posto de saúde, primeira coisa o posto de saúde [...] Ah. Orientou a passar pra outro medico do Costa Cavalcanti [...] É foi feito antes da cirurgia foi feito um monte de exames (E10).

Sobre o fluxo de cuidado na rede de atenção, corroborando com os achados de nosso estudo, Starfield (2002) diz que com a hierarquização, a APS perde seu valor e papel como centro coordenador de toda a rede. A falta de comunicação entre seus pontos isolados, a ausência de informações pela falta de referência e contrarreferência, ausência de atenção compartilhada, conflitos entre cuidados prescritos por diversos profissionais, ausência de acompanhamento e continuidade e inexistência de registros acerca da história clínica de pacientes, acabam por gerar duplicidade de serviços, alto custo ao sistema, demora no diagnóstico e no tratamento de agravos à saúde e, até mesmo, o afastamento do usuário da APS, ficando por vezes apenas sob acompanhamento dos outros níveis de atenção. Situações estas que, devido à falta de coordenação no cuidado, refletem uma assistência pouco resolutive e de baixa eficiência aos usuários.

A atenção coordenada é justificada e necessária, segundo Oliveira e Pereira (2013), porque é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde de diversos profissionais e de diferentes especialidades. Uma vez que as necessidades de saúde são bastante complexas e, em geral não são adequadamente atendidas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva.

Uma atenção primária forte é aquela que consegue oferecer aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos, as orientações necessárias para encontrar seu caminho no sistema de saúde, através da coordenação do cuidado, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção por meio das equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2011).

Considerações

Neste estudo evidenciou-se a valorização de ser brasileiro diante das aflições que acompanham os processos de adoecimento. O SUS do Brasil aparece como o caminho para a

recuperação das funções da vida cotidiana. O brasiguaiio reforça seu sentimento de pertencimento, mesmo, não residindo no seu país. Acredita-se que, apesar de perceber as dificuldades impostas pelo Sistema, quase que com resignação, segue as orientações sem queixas, como se não tivesse o direito de reclamar, afinal aqui ele não é brasileiro, ele é brasiguaiio, assim como no Paraguai ou Argentina, é estrangeiro.

Quanto ao acesso, especificamente, a maioria dos depoimentos revela satisfação com o atendimento e o itinerário terapêutico que está seguindo, o qual, em nosso entendimento precisa ser melhorado, mas para este usuário, talvez, por ter vivenciado em vários casos citados, situações de pré-pagamento para o acesso, mesmo percebendo falhas no SUS, comparativamente, a ele parece melhor.

Existem, portanto, limites associados ao acesso e a continuidade da atenção a estes usuários, ligados a fatores socioeconômicos ou as barreiras e distâncias geográficas, porém, para aqueles que conseguem chegar à unidade de saúde, parecem não impedir a assistência, mesmo que, acompanhada das suas deficiências, que são as mesmas para todos, independente do local de residência.

Menciona-se como limitação do estudo o número de entrevistados, o fato das entrevistas terem sido realizadas em uma única unidade de saúde, embora esta seja o ponto de atenção de referência institucionalizada, com uma mesma população usuária dos serviços de saúde do Brasil. Sugere-se estudos futuros ampliando apreendendo opiniões e itinerários terapêuticos percorridos em serviços de saúde de outros pontos de atenção dos países vizinhos, ou ainda o acesso da população do estudo a outros níveis de atenção.

Referências

AGENCIA Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acesso em 13 ago.2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17 (11), p. 2865 – 2875, 2012.dam

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – comunicação, Saúde, Educ**. São Paulo, v.8, n.14, p. 73 – 92, set. 2003 – fev. 2004.

AZEVEDO, S. T.; SOUZA, E. B. C. SIS-FRONTIERS: o acesso à saúde para estrangeiros nos municípios paranaenses margeados pelo lago de Itaipu - VIII Semana Acadêmica e VIII

Expedição Geográfica: Ensino, práticas e formação em Geografia. Unioeste, Cascavel, Paraná - 04 a 06 de setembro de 2013.

BARACHO, M. Batalha entre o SUS formal e o real perpetuam as iniquidades em saúde. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/02/batalha-entre-o-sus-formal-e-o-real-perpetuam-as-iniquidades-em-saude>. Acesso em 20 ago.2016

BRASIL. Ministério da Integração Nacional, CDIF - Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/comissao-permanente-para-o-desenvolvimento-e-a-integracao-da-faixa-de-fronteira>. Acesso em 11 ago.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 13 ago.2016.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: Cecilio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 29-87.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. 1 ed. São Paulo: HUCITEC: FAPESP, 2015. p.93.

CONILL, E.; PIRES, D.; SISSON, M. C.; OLIVEIRA, M. C.; BOING, A. F.; FERTONANI, H. P. O mix público – privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n. 5, p.1501-1510, set - out, 2008.

FERRARI, M. As Noções de Fronteira em Geografia. **Revista Perspectiva Geográfica**. Cascavel, v.9, n.10, 2014.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. Caminhos do cuidado – itinerários terapêuticos de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, p. 3087 – 3098, 2012.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2015. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=97328>. Acesso em 06 jan.2017.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22(11), p. 2449-2463, 2006.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20 Sup 2, S331- S336, 2004.

- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciência e Saúde**. Manguinhos, v.13, n.1, p. 113 – 128, 2006.
- MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v.09, n.03, p.687-698, 2007.
- MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA D. M. G. V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev. Latino-am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1113 – 1119, 2007.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.66, n.esp, 2013.
- PIMENTEL, R. S.; COELHO, B. C. C.; LIMA, J. C.; RIBEIRO, F. G.; SAMPAIO, I. F. P. C.; PINHEIRO, R. P.; ROCHA, F. S. Caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de medicina família e comunidade**. Florianópolis, v. jul - set, p.175-18, 2011.
- PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun. 2012.
- PIRES, M. R. G. M; GOTTEMS, L. B. D; MARTINS, C. M. F; GUILHEM, D; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, S 1, p. S 1009 – S 1019, 2010.
- SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M.. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Mar. 2017.
- SILVA-JUNIOR, N. D.; GONÇALVES, G.; FRANKLIN, D. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. III Encontro Baiano de Estudos em Cultura. Cachoeira, Recôncavo da Bahia, abril, 2012.
- SOUZA, E. C. F. D.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, S1, p. s100 – s110, 2008.

SOUZA, I. M. A. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.89-123.

SOUZA, M. S.; MARANHÃO, L. C.; OLIVEIRA, K. M.; FIGUEREDO, L. S.; RODRIGUES, D. M.; PIRES, C. A. A. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade básica de saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v.4, n.2, p. 50-58, 2011.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

Artigo 2 – Resolutividade dos cuidados à saúde na atenção primária em região de fronteira

Lisete Teixeira Palma de Lima

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Resumo

A busca por cuidados em saúde mobiliza pessoas independente de nacionalidade, cultura, credo, posição social ou local de residência. Em região de fronteira, essa mobilidade é ampliada para além dos limites geográficos e pela necessidade comum a todos, de recuperar ou manter condição de saúde condizente com as atividades cotidianas. O objetivo do estudo foi identificar a trajetória e como os usuários brasileiros, que residem no Paraguai ou na Argentina, estão sendo atendidos em Foz do Iguaçu no Brasil, em termos de resolução de suas demandas por saúde. Pesquisa qualitativa, exploratória, utilizando-se o referencial do materialismo histórico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários do serviço de atenção primária em uma das unidades de saúde do município de Foz do Iguaçu, e, em Puerto Iguazu, na Argentina e a análise dos dados foi temática. Foram identificadas razões comuns bem como específicas de usuários que tem trilhado caminhos longos para buscar saúde para si ou para seus familiares e, com resolutividade questionável em muitos casos, ou sem resolutividade em outros, apontando para que novas e diferentes intervenções relacionadas à gestão do cuidado sejam realizadas com vistas a uma atenção primária a saúde resolutiva.

Palavras – chave: Cuidados em saúde. Resolutividade. Atenção primária a saúde.

Abstract

The search for health care mobilizes people regardless of nationality, culture, creed, social position or place of residence. In a border region, this mobility is extended beyond geographical limits and by the common need of all, to recover or maintain a health condition that is consistent with daily activities. The objective of the study was to identify the trajectory and how the Brazilian users residing in Paraguay or Argentina are being treated in Foz do Iguaçu in Brazil in terms of solving their demands for health. Qualitative, exploratory research, using the reference of historical materialism. Data collection was done through semi-structured interviews with users of the primary care service in one of the health units in the city of Foz do Iguaçu, and in Puerto Iguazu, Argentina, and data analysis was thematic. Common and specific reasons have been identified for users who have traveled long ways to seek health care for themselves or their families and, with a doubtful resolution in many cases, or without resolution in others, pointing out that new and different interventions related to care management Are performed with a view to primary health care.

Key-words: Health care. Rolutivity. Primary health care.

Resumen

La búsqueda de cuidados en salud moviliza a personas independientes de nacionalidad, cultura, credo, posición social o lugar de residencia. En regiones fronterizas, esta movilidad se amplía más allá de los límites geográficos y la necesidad común a todos, de recuperar o mantener condición de salud conforme a las actividades cotidianas. El objetivo del estudio fue identificar la trayectoria y cómo los usuarios brasileños, que residen en Paraguay o Argentina, están siendo atendidos en Foz do Iguazu en Brasil, en términos de resolución de sus demandas por salud. Investigación cualitativa, exploratoria, utilizando el referencial del materialismo histórico. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas con usuarios del servicio de atención primaria en una de las unidades de salud del municipio de Foz do Iguazu, y en Puerto Iguazú, Argentina y el análisis de los datos fue temático. Se identificaron razones comunes así como específicas de usuarios que han caminado largos para buscar salud para sí o para sus familiares y, con resolutividad dudosa en muchos casos, o sin resolutividad en otros, apuntando para que nuevas y diferentes intervenciones relacionadas a la gestión del cuidado se realicen con vistas a una atención primaria a la salud resolutiva.

Palabras-clave: Cuidado de la salud. Resolutivita. Atención primaria de salud.

Introdução

A perturbação física ou psíquica, sendo doença ou não, causa o desequilíbrio da nossa rotina, do nosso dia a dia, e, pode nos mover em busca de cuidados em saúde, determinando assim nossa trajetória, nossas ações que causam reações positivas, resolutivas ou ainda, outros tantos desfechos diferentes.

Segundo Campos⁽²⁾, o usuário quando procura o serviço de saúde, o faz em busca da devolução de um bem inestimável, a sua saúde, que o permite manter-se vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

Cecílio⁽³⁾ define a mobilização das pessoas em busca de saúde, como o móbil do agir leigo, que tem como motivos o adoecimento, a dor, o sofrimento e o sentimento de fragilidades inerentes à condição humana. Essa busca tem por motivos, portanto, as suas necessidades de saúde, e, para a manutenção da sua autonomia no modo de andar a vida. Buscando o vínculo e o cuidado, o bem-estar, o fim da dor, a alegria de viver, a beleza. Sendo, então este o ponto de partida e o ponto de chegada encontrado nas narrativas de usuários de serviços de saúde.

Os motivos, portanto, de maneira geral, não devem ser diferentes para os brasileiros que por razões de busca de melhores condições de vida atravessaram a fronteira do Brasil e residem no Paraguai ou na Argentina. Os brasiguaios, assim como são conhecidos na fronteira, atraídos pelos bons preços das terras paraguaias, na época da Marcha Del Leste, na

década de sessenta, e mais tarde nos anos setenta, pela construção da Hidrelétrica da Itaipu Binacional hoje, em torno de duzentos mil, compõem o quadro demográfico do Paraguai⁽⁴⁾.

Na Argentina, residem 41.330 brasileiros, segundo dados do Ministério das Relações Exteriores, com migração mais intensa na década de 1970⁽⁵⁻⁶⁾. Em Foz do Iguaçu no Brasil, cidade que tem como fronteiras, Ciudad Del Este no Paraguai e Puerto Iguazu na Argentina, municípios que compõem a tríplice fronteira, a convivência com estes brasileiros e estrangeiros que residem ou visitam a cidade é cena comum, no comércio, nas casas de cambio, nas áreas de lazer e, também nos serviços de saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

As fronteiras são espaços sempre diversificados, com relações diplomáticas importantes e limites geográficos invisíveis aos cidadãos que transitam conforme seus interesses e necessidades⁽⁵⁾. Dentre estas, independentemente do local de residência, está à necessidade por cuidados de saúde. O cidadão, se sentindo doente, busca a recuperação do seu estado considerado normal, motivado por orientação de familiares, amigos, experiência anterior satisfatória, condições financeiras, vínculo com profissionais de saúde e confiança⁽⁹⁾.

A escolha da Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS) termo utilizado no Brasil justifica-se, segundo a Política Nacional de 2012⁽¹⁰⁾, por ser o nível de atenção que deve coordenar a rede de atenção em saúde local, ser o contato preferencial do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e, considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Desse modo, os objetivos do estudo foram identificar a trajetória e como os usuários brasileiros, que residem no Paraguai ou na Argentina, estão sendo atendidos em Foz do Iguaçu no Brasil, em termos de resolução de suas demandas por saúde.

Metodologia

A pesquisa é de natureza qualitativa, aplicada, com objetivo exploratório, realizada por meio de levantamento bibliográfico e pesquisa de campo, tendo como base o materialismo histórico. Ocorreu na unidade básica de saúde (UBS) Jardim América, do município de Foz do Iguaçu, unidade referência do município para atendimento de uma população local de 15.000 pessoas e para brasiguaios (brasileiros que residem no Paraguai) e a brasileiros que residem na Argentina. E, em Puerto Iguazu, na Feira Iguazu, para garantir a participação de brasileiros residentes na Argentina, uma vez que não foi possível abordá-los, à época da coleta de dados, na unidade de saúde, no Brasil. A população do estudo constituiu-se de

brasileiros residentes em cidades do Paraguai e da Argentina que buscam assistência à saúde via atenção primária em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

A maior parte da coleta de dados ocorreu na unidade mencionada no Brasil, em horário de atendimento, em que as pessoas identificadas como brasiguaias ou brasileiros residentes na Argentina, que estavam aguardando atendimento, foram abordadas na área de espera e convidadas a participar da pesquisa, e ao aceitarem, foi realizada a coleta de dados. O período de coleta compreendeu os meses de fevereiro e março de 2016. E, na Argentina, no mês de janeiro de 2017, em local de trabalho de brasileiros residentes neste país.

Como estratégia para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Cada entrevista durou em média 40 minutos e os relatos dos sujeitos foram gravados. Para minimizar o constrangimento em relação à participação para aqueles entrevistados na UBS, a pesquisadora explicava inicialmente que não fazia parte daquele serviço e que as respostas em nada influenciariam no atendimento naquela unidade de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser brasileiro, não ser residente em Foz do Iguaçu e residir em cidades dos países vizinhos a cidade; ter mais de 18 anos ou, se menor, estar acompanhado de responsável e, participar voluntariamente da pesquisa. E, como critério de exclusão, brasileiros ou estrangeiros que residem no Brasil. O número de entrevistas não foi determinado a priori e definiu-se em 13 sujeitos (11 no Brasil e 02 na Argentina), a partir das transcrições simultâneas à realização de cada entrevista, leitura do material e verificação da qualidade do material coletado, a fim de responder ao objetivo do estudo, atrelado ao critério de saturação.

As falas estão citadas no texto, identificadas com a letra E, de entrevistado, seguida do número da entrevista, por exemplo, E1.

Com relação às técnicas de análise do material coletado, foi utilizada a análise temática, com base em Minayo⁽¹¹⁾. Atendendo os preceitos éticos da resolução 466/2012-CNS⁽¹²⁾, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da sob Parecer CEP nº 1.180.900.

Resultados e discussão

O perfil dos entrevistados demonstra que são majoritariamente femininos, brancos, na faixa etária de 35 a 55 anos, possuem ensino fundamental incompleto, são casados, têm de um

a três filhos, trabalham sem vínculo formal e tem renda de menos de um salário mínimo do Brasil.

Pimentel et al.⁽¹³⁾, em estudo da caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família, demonstrou resultados de 72,2% de mulheres e de 27,8% de homens nos atendimentos, além de 38,1% de usuários na faixa etária de 41 a 60 anos, ou, 54,5% com idade superior a 40 anos, corroborando nossos dados. Ainda, Sousa et al. (2011), em pesquisa sobre o perfil dos usuários atendidos em uma unidade básica de saúde em Ananindeua (Pará, Brasil), encontrou a predominância de 70,1% de mulheres.

Como resultado da análise temática, o material obtido permitiu a elaboração de duas unidades, conforme o objetivo do estudo, a saber: “motivos para a busca por cuidados em saúde em Foz do Iguaçu, no Brasil” e “resolutividade encontrada pelos brasiguaios no atendimento recebido na APS do Brasil”.

Motivos para a busca por cuidados em saúde em Foz do Iguaçu, no Brasil

Segundo Merhy e Onocko⁽¹⁴⁾, a ida de uma pessoa a um serviço de saúde é representada por um problema ou uma necessidade de saúde que ele sinceramente vive, que pode ser um sofrimento ou o risco de sofrimento, traduzida por ele como uma questão de saúde, que precisa ser enfrentada com a ajuda de alguém.

A busca dessa ajuda faz com que brasileiros que optaram por residir no Paraguai, separado do Brasil por fronteiras geográficas, e distante em alguns casos até 200 quilômetros, da cidade de Foz do Iguaçu, retornem ao seu país de origem por razões diversas relacionadas ao cuidado em saúde, algumas citadas pelos usuários entrevistados neste estudo:

[...] Tenho problema de coração há 5 anos, fui no Posto aqui, fiz exames aqui no Brasil e depois no Paraguai, lá tudo pago [...] Não tinha como pagar, vim pela emergência (E1).

[...] a médica falou para vir para Foz porque lá não tinha especialista de rim [...] lá não tem especialista [...] tem só particular, nós de empregado, não conseguia pagar, médica falou pra mim, você tem marido brasileiro, leva ela pro Brasil, porque no particular, era 50 mil só pra consultar, dois milhões de guaranis pra internar e nós não tinha (E2).

[...] Sim, mas não consegui o que eu queria que era aquela consulta mais detalhada, queria fazer uns exames, o Papanicolau. [...] Pra nós não, se você quiser você paga, nós lá não temos saúde, não temos nada [...] sempre fui bem atendida aqui e nem fui buscar lá, porque aqui eu não tenho do que reclamar [...] se eu quero eu tenho que pagar, esse é o problema, eu sou estrangeira, só pagando, não tenho os mesmos privilégios que o pessoal de lá (E3).

[...] to esperando ela (se referindo a recepcionista) marcar o exame da minha esposa sabe, ela trata aqui também [...] Veja aqui ó (com impresso em mãos de

encaminhamento para o reumatologista e a solicitação de densitometria óssea) [...] Bom eu agora to fazendo exame, investigando se tem problema na próstata, já to tomando medicamento [...] desde 2011 por aí [...] não, não quis ir no posto perto lá, uns 3 km da casa, fui pra Santa Rita que é perto, uns 20 km [...] resolvemos vir aqui em Foz, no Costa Cavalcanti (E4).

[...] hoje o negócio é comigo mesmo, acredita que agora depois de doze anos, minha filha caçula tem 12, eu to grávida? [...] Dinheiro a gente não tem, daí vim consultar aqui [...] como eu tenho os documento tudo certo, vim fazer as consulta aqui [...] (E5).

[...] é porque lá não tem médico pra criança (se referindo ao neto que trouxe para consultar com o pediatra) [...] (E6).

[...] lá tem posto de saúde sabe, uns 1000 metros da minha casa, mas o problema é que é muito precário, vou lá sim nas campanhas de vacina, pra vacinar as crianças, mas não tem médico, só tem uma farmacêutica que trabalha lá como enfermeira, faz até parto se precisar [...] Não lá só se você pagar, assim que nem no meu caso que é de operar tem que pagar, então como já sei venho aqui (E7).

[...] mas, pras crianças vou no Brasil, principalmente no Brasil, não por mim [...] vou lá com o S. é farmacêutico, sempre foi ele que resolveu [...] mais rápido atendimento, não gosto de ficar na fila esperando, então lá na farmácia tem quatro cinco na frente, consulta e pronto, mais rápido né. Pago e vai embora [...] agora pra coisa mais séria se eu precisar vou em Foz daí [...] (E13).

Nesta amostra de necessidades, nos referindo aos motivos destes brasileiros, pelos relatos todos vieram também por questões financeiras, a falta de recursos para custear despesas com a saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), universal e gratuito do Brasil oferece atendimento em todos os níveis de atenção e, independente da qualidade da atenção, garante a assistência em saúde para os brasiguaios.

Além da insuficiência financeira para custear as ações em saúde para atender as suas necessidades, percebe-se que a atenção volta-se para outros níveis de assistência que não somente a primária, como nos relatos de necessidade de realizarem cirurgias. Embora residam em outro país, estes brasileiros têm os mesmos direitos que aqueles que aqui residem, e conseqüentemente passam pelos mesmos problemas para obter acesso aos serviços, de modo agravado pelo fato de serem quase estrangeiros.

Estudo de Viegas, Carmen e Luz⁽¹⁵⁾ analisou fatores que influenciam no acesso a atenção primária em unidade básica de saúde por meio das dimensões estrutural (financiamento, cobertura), relacional (compreensão do processo saúde-doença) e operacional (organização dos serviços). Verificaram que o subfinanciamento do sistema de saúde foi uma dificuldade para o acesso, perceberam ausência de alinhamento entre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema e relataram importantes lacunas na cobertura da ESF, na marcação

de consulta, no acolhimento, barreiras geográficas, referência e contrarreferência. Dados que corroboram os do presente estudo. Situação diferente vista com o olhar dos brasileiros residentes na Argentina que, não utilizam o SUS por desconhecimento dos seus direitos, como aparece nestes trechos das entrevistas:

[...] como tenho endereço aqui (na Argentina), nunca fiz nem sabia que podia (E12).

[...] Eu nem sabia disso (E13).

Quanto à gratuidade ofertada aos usuários do SUS, Dallari e Júnior^(16:74), citam em termos de direito sanitário que, a constituição brasileira definiu a saúde como um dever do Estado, revestindo-lhe, pois, do caráter de serviço público a ser obrigatória e adequadamente prestada pelo Estado. A utilização deste princípio do SUS, a não cobrança direta pelos serviços, uma vez que são financiados com impostos pagos por todos, aparece de forma quase que acidental na fala de um dos entrevistados do lado argentino,

[...] Ah. Nem juntando os amigos aqui a gente tinha como pagar, na época 41.000 reais. A família dele, coitados [...] mas daí um brasileiro amigo nosso, foi lá e conseguiu passar tudo pro SUS, foi a salvação nossa [...] (E12).

Percebe-se que estes brasileiros vêm em busca do SUS, sistema hierarquizado e de referência e contrarreferência, que deve garantir aos seus usuários acesso a todos os seus serviços, desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as necessidades de cada um. Porém, a hierarquização é um dos nós críticos dos sistemas de saúde municipais, a exemplo do que dizem Barata et al.⁽¹⁷⁾, os quais mencionam que a hierarquização, entre outras diretrizes, precisa avançar com a devida mudança do papel e das funções dos serviços de saúde, com análises da viabilidade e da funcionalidade, uma vez que os serviços de média e alta complexidade são os de maior custo para o sistema.

Essa análise, portanto, deve ser realizada nesta região de fronteira, uma vez que, além da garantia de atenção à população residente que, por si só, representa um desafio para a gestão do SUS, garantir atendimento para essa população que não aparece nos indicadores demográficos acrescenta um grau de dificuldade no planejamento e oferta dos serviços.

Como motivo de busca também consta a realização de exame preventivo do câncer de colo de útero, o papanicolau, um dos exames que está no rol de ofertas da APS brasileira, que integra o dia a dia das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família. E, que além deste procedimento reúne outras ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação utilizando tecnologias do cuidado e de gestão necessárias⁽¹⁰⁾. Preocupante, portanto, pensar nas mulheres brasiguaias, que não buscam este

exame na fase da prevenção, e que vão aumentar as estatísticas brasileiras mais sombrias da doença, quando da busca tardia.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁽¹⁸⁾, o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Hoje o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce devido ao incremento de ações e avanços da APS. Ademais, os depoimentos mostram ainda, como motivo da busca por cuidados de saúde o fator confiança e vínculo que, segundo Política Nacional de Atenção Básica⁽¹⁰⁾, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, possibilitando a corresponsabilização pela saúde.

Aqui, podemos pensar inclusive em questões culturais, da linguagem e costumes que, por serem diferentes no Paraguai, aumentam no usuário brasileiro a sensação de confiança, quando é assistido por profissionais da sua nacionalidade e no seu país de origem. E, no caso dos brasileiros residentes na Argentina, o fator confiança também aparece na utilização dos serviços privados de saúde e/ou tratamentos alternativos em farmácias e as pessoas que ali atendem. Assim como no Brasil, na Argentina, em Puerto Iguazu a população residente tem acesso a clínicas particulares, exames e farmácias, e a escolha destes é pela travessia da fronteira para serem assistidos do lado brasileiro e também compõe os subsistemas do itinerário terapêutico.

A resolutividade encontrada pelos brasiguaios no atendimento recebido na APS do Brasil

Para introduzir o tema resolutividade, cita-se um trecho da entrevista de Nelson Ibañez, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e pesquisador do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, à Região e Redes⁽¹⁹⁾, discorrendo que o paciente deve ser o sujeito e não o objeto do sistema de saúde da APS.

Se eu estou com dor às 19h30, vou à Unidade Básica de Saúde (UBS)? Não, vou ao Pronto Socorro (PS). E lá vão falar para mim que eu devia estar na UBS. Mas essa dor não está classificada dentro do sistema de urgência e emergência. Então, autoritariamente, me falam: para você entrar aqui tem de passar por ali. Só que essa passagem está obstruída. Se eu tivesse médico na UBS, talvez a situação fosse outra. Ora, quem deveria educar o paciente? O próprio sistema, colocando suficiência naquilo que se propõe a fazer. O que é colocar suficiência? A Atenção Básica se propõe a fazer isso, isso e isso. Ela faz?

A orientação de fluxo do sistema municipal de saúde de Foz do Iguaçu segue as prerrogativas da Política Nacional de Atenção Básica, portanto, o usuário do SUS municipal deve buscar atendimento, preferencialmente, na Unidade Básica de Saúde do seu território, com exceção dos casos de urgência e emergência, quando deve ser atendido via direta ou via serviço de atendimento pré-hospitalar, nos pronto-atendimentos ou nos hospitais, conforme cada caso. O brasiguaió é direcionado pela rede de serviços públicos de saúde da cidade, para a Unidade Básica de Saúde Jardim América, referenciada para estes brasileiros residentes nos países fronteiriços. Esses usuários, assim como os demais, serão então encaminhados para outros pontos de atenção, se necessário. Neste estudo, os entrevistados revelam sua visão sobre a resolução dos serviços utilizados:

[...] Eu vim aqui, me deram medicação que em vez de melhorar, piorou daí me deram indicação pra ir nessa doutora consultar, [...]. Eu já fui à secretaria por conta de um exame do fígado, uma ultrassonografia, porque tenho gordura no fígado, que já vai vencer duas vezes e não consigo consultar, porque depois de 6 meses não tem mais validade, a vaga para o gastro é para mais de 6 meses, quando eu chegar lá o exame não vai adiantar mais. E também tem o ortopedista, que tem uma fila de marcação enorme que não sei quando vou conseguir e eu tenho dores no joelho, fica tudo vermelho, daí quando chegar lá, ele vai me olhar e falar você tem problema de neuro e daí outra fila [...] em setembro eu quebrei o braço fui pra UPA me mandaram pra Paraná e já orientaram tudo, engessaram tudo tão bom [...] queria assim resolver mais rápido [...] nem lá e aqui tá restrito também, porque agora que eles liberaram para fazer exame preventivo pra câncer, e a minha família tem problema de câncer, e eu to há dois anos tentando fazer o papanicolau e eles não tão resolvendo entendeu [...] porque fronteira não é fácil, lá o consulado tá pedindo CPF pra ver onde a gente está. Eu fiz a minha parte, mas, aí eu fui honesta e fui prejudicada, às vezes dá vontade de mentir [...](E3).

[...] nada, que nada, vim pra cá, fui mandada pro médico de estômago, intestino [...] e ele pediu uma ecografia e também uma endoscopia, [...] uns 8 – 9 meses depois mais um tempo pra sair o agendamento com o médico de novo, mas consegui daí, resultado tinha que fazer cirurgia [...] o caso complicou um pouco porque eu estava menstruada há uns 5 dias já e fiquei menstruada por uns 30 dias ainda depois que me liberaram do hospital saí do hospital com uns 10 dias de internação sem operar[...] Passado uns três dias fui no ginecologista lá no Centro de Nutrição Infantil (se referindo ao Centro Materno Infantil onde são atendidas mulheres e gestantes brasileiras que moram no Paraguai) [...]Dr. F. continua me acompanhando, venho pra fazer os exames de [...] pra ver se a anemia está melhor, mais ainda tem, o último exame deu 7, [...] então o Dr. do centro encaminhou para marcar com o Dr. L., (motivo da vinda a unidade neste dia) porque como vai demorar até chegar minha vez (para fazer a cirurgia ele vai me acompanhando [...]) (E7).

[...] acredita que eu to há três anos esperando consulta com o neurologista e hoje consegui pra terça feira, agora na outra semana [...] Bom agora eu vou lá, mais o negócio começou com o problema no meu estômago há uns 2, 3 anos, fiz endoscopia que também demorou, daí esperei, tive que esperar né, um ano pra voltar no especialista, quando ele me chamou, que me chamaram o exame não valia mais, tinha que fazer de novo. Nem fui mais atrás [...] (E9).

Segundo Silva⁽²⁰⁾, para se avaliar um serviço ou programa de saúde pode-se utilizar de atributos ou características relacionadas às práticas, e, dentre estas está o acesso e a acessibilidade que contribuem para a efetividade e a resolutividade em saúde. Relacionada a este atributo a autora cita estudo em que pessoas que procuraram atendimento não foram atendidas por diversos motivos. Dentre eles os obstáculos organizacionais, como por exemplo, a dificuldade em conseguir vaga ou senha, ou ainda longa espera pelo atendimento a ponto de desistirem.

Estes dados revelam o sofrimento de usuários de saúde obrigados a aguardar em longas filas ou quando são vítimas da demora em conseguir atendimento especializado com efeitos negativos nos resultados do cuidado, como relatado pelos entrevistados deste estudo.

Vasconcelos e Pache⁽²¹⁾ referem que o maior desafio do sistema, atualmente, é assegurar acesso oportuno, resolutivo e humanizado aos cidadãos que buscam atendimento. O que decorre da ampliação dos serviços nos municípios, principalmente na atenção básica, os quais não tem conseguido equacionar os problemas do conjunto da população, pois esta continua a enfrentar dificuldades de acesso, baixa resolutividade e longo tempo de espera, principalmente na atenção especializada.

A baixa resolutividade, a demora no atendimento de consultas especializadas, de exames de média complexidade com seus efeitos sobre o tratamento dos usuários deste estudo mostram um grande problema a ser enfrentado pelo SUS municipal. Além dos riscos a que estas pessoas podem estar expostas, a insatisfação quanto ao atendimento recebido, os altos custos da repetição de exames e complicação da situação de saúde sobrecarregam os gastos com saúde do município e revelam que o cuidado integral não é garantido para os brasileiros que vivem no Paraguai.

Considerações

O SUS deve garantir aos seus usuários, entre outros princípios, a universalidade, a integralidade e a gratuidade para a utilização de todos os serviços e programas da sua rede de atenção.

Os brasileiros entrevistados demonstram graus variados de sofrimento, ditos abertamente ou não. Como exemplo, os prejuízos causados a saúde destes usuários, com a demora em prosseguir no fluxo de cuidado dentro da rede de atenção, expressos como danos não visíveis da falta do monitoramento adequado e em tempo oportuno das condições

crônicas; na dificuldade imposta pelos fluxos administrativos quando da liberação de exames ou da realização do preventivo, citado por uma das entrevistadas, que deve ser feito em outro ponto de atenção. Na queixa clara com relação à qualidade da atenção recebida em consulta médica ou a ausência do acolhimento como estratégia de atendimento prioritário para quem mais precisa e não conforme a “fila”.

A resolutividade depende da acessibilidade, a qual deve ser compreendida não apenas como a garantia do acesso, da porta aberta da unidade para os usuários brasileiros não residentes, mas da garantia do atendimento efetivo, com resultados que todos esperamos: melhora da condição de saúde para manter as atividades da sua vida. Aparecem ainda lacunas na longitudinalidade, importante atributo da APS e para uma assistência integral.

Vale destacar que, apesar da fragilidade da atenção, os brasileiros estão sendo atendidos. Por outro lado, descortinam-se através da pesquisa os nós críticos do sistema local de saúde, que não são notícias ruins novas, mas velhas conhecidas deficiências de difícil enfrentamento. Transportando essas preocupações especificamente para a fronteira, elas aumentam, dada a complexidade dos processos de gestão municipal. Porém, com possibilidades de avaliação, implementação e mudança de processos de trabalho e da gestão do cuidado.

Acrescenta-se como limitação do estudo o número de entrevistados, o fato das entrevistas terem sido realizadas, em sua maioria, em uma única unidade de saúde, apesar deste ponto de atenção ser a referencia institucionalizada. Sugere-se a realização de novos estudos sobre a resolutividade dos serviços dos países vizinhos e a opinião destes usuários sobre o atendimento nos demais níveis de atenção no Brasil, como contribuições importantes para o debate.

Referências

1. FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: **Editora Nova Fronteira**; 1986.
2. CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: **Hucitec**; 1992.
3. CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. 1 ed. São Paulo: **HUCITEC: FAPESP**, 2015. p.93.
4. SOUCHAUD, S. A visão do Paraguai no Brasil. **Contexto Internacional**. Rio de Janeiro, v.33, n.1, p. 136-139, 2011.

5. BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Subsecretaria-Geral das Comunidades Brasileiras no Exterior. **Diplomacia Consular, 2007 a 2012**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2012. 176 p.: il.
6. ALBUQUERQUE, J. L. C. Identidade e fronteiras nacionais: conflitos e representações simbólicas entre imigrantes brasileiros e população paraguaia na região fronteiriça. XI Congresso Brasileiro de Sociologia. UNICAMP, Campinas, São Paulo - 1 a 5 de setembro de 2003.
7. PREFEITURA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU - Portal do Turismo de Foz do Iguaçu. <http://www.pmfi.pr.gov.br/turismo/?idMenu=722> Acesso em: 24 jan.2017.
8. AZEVEDO, S. T.; SOUZA, E. B. C. **SIS-FRONTEIRAS**: o acesso à saúde para estrangeiros nos municípios paranaenses margeados pelo lago de Itaipu. VIII Semana Acadêmica e VIII Expedição Geográfica: Ensino, práticas e formação em Geografia. Unioeste. Cascavel – Pr, 04- 06 de setembro de 2013.
9. LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm> Acesso em: 17 jan. 2017.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html . Acesso em 24 jan.2017.
11. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 10 jan.2017.
13. PIMENTEL, R. S.; COELHO, B. C. C.; LIMA, J. C.; RIBEIRO, F. G.; SAMPAIO, I. F. P. C.; PINHEIRO, R. P.; ROCHA, F. S. Caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de medicina família e comunidade**. Florianópolis, v. jul - set, p.175-18, 2011.
14. MERHY, E. E ; ONOCKO, R.ROSANA ONOCKO. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.p.7.
15. VIEGAS, APB.; CARMO, RF.; LUZ, ZMP.; Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.
16. DALLARI, S.G; JÚNIOR, V.S.N. Direito Sanitário. São Paulo: Editora Verbatim, 2010. p. 74.

17. BARATA, L. R. B, TANAKA, O.Y, MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. São Paulo, v.13, S1, p. S15 – S24, 2004.
18. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA - CÂNCER DE COLO DE ÚTERO. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterо/definicao . Acesso em 26 jan.2017.
19. Revista Região e Redes de 23 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-paciente-deve-ser-sujeito-e-nao-objeto-do-sistema-de-saude/#>. WldY4IMrLIV. Acesso em: 24 jan.2017.
20. SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 25.
21. VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G. W. de S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 581.

Artigo 3: Acesso a saúde na tríplice fronteira sob a ótica do usuário brasileiro residente no Paraguai e na Argentina

El acceso a la salud en la triple frontera desde la perspectiva del usuario residente de Brasil Paraguay y Argentina

Access to health in the triple border from the perspective of the Brazilian user residing in Paraguay and Argentina

Lisete Teixeira Palma de Lima

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Resumo

Os serviços de saúde devem ser organizados para dar acesso ao cidadão que precisa de cuidados. Assim, o objetivo do estudo foi descrever como ocorre o acesso e a acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil, aos brasileiros residentes no Paraguai e Argentina. Estudo qualitativo, exploratório, com dados coletados por meio de entrevista semiestruturada com usuários em uma das unidades de saúde de Foz do Iguaçu, e, em Puerto Iguazu, na Argentina e a análise dos dados foi temática. Quanto à acessibilidade os resultados refletem o bom funcionamento dos serviços de saúde, e, quanto ao acesso novas ferramentas de processos de trabalho precisam ser trabalhadas para que as linhas do cuidado não sejam interrompidas ou tenham barreiras que impeçam o encontro do usuário com o seu desejo de saúde.

Palavras – chave: Acesso. Acessibilidade. Atenção primária a saúde.

Resumen

Los servicios de salud deben organizarse para dar acceso al ciudadano que necesita cuidados. Así, el objetivo del estudio fue describir cómo ocurre el acceso y la accesibilidad en la atención primaria a la salud en Brasil, a los brasileños residentes en Paraguay y Argentina. Estudio cualitativo, exploratorio, con datos recolectados por medio de entrevista semiestructurada con con usuarios en una de las unidades de salud de Foz do Iguaçu, y en Puerto Iguazú, Argentina y el análisis de los datos fue temático. En cuanto a la accesibilidad los resultados reflejan el buen funcionamiento de los servicios de salud, y en cuanto al acceso nuevas herramientas de procesos de trabajo necesitan ser trabajadas para que las líneas del cuidado no sean interrumpidas o tengan barreras que impidan el encuentro del usuario con su deseo De salud.

Palabras - clave: acceso. Accesibilidad. atención primaria de salud.

Summary

Health services should be organized to give access to the citizen in need of care. Thus, the objective of the study was to describe how access and accessibility occur in primary health care in Brazil, to Brazilians living in Paraguay and Argentina. A qualitative, exploratory study with data collected through a semi-structured interview with users in one of the health units of Foz do Iguaçu, and in Puerto Iguazu, Argentina, and data analysis was thematic. Regarding accessibility, the results reflect the good functioning of the health services, and, in terms of access, new tools of work processes need to be worked so that the care lines are not interrupted or have barriers that prevent the user meeting with their desire of health.

Key words: Access. Accessibility. Primary health care.

Introdução

Saúde é uma das principais necessidades humanas básicas para manter e dar continuidade as ações cotidianas. Uma vez ameaçada, amplifica-se a sensação de impotência e de fragilidade frente ao desequilíbrio, o qual foge ao controle pessoal e inicia-se a busca por portas abertas dos sistemas de saúde, aonde quer que elas estejam. Nesta situação, a busca por cuidados em saúde faz com que brasileiros, que optaram por viver no Paraguai ou na Argentina, por razões, na maioria das vezes, ligadas a tentativas de melhorar a qualidade de vida, retornem ao Brasil, em busca de atenção à saúde.

Estes brasiguaios, brasileiros que residem no Paraguai, como são conhecidos na fronteira estão há muitos anos fora do Brasil, uma vez que os registros da migração datam da década de 1960⁽¹⁾. Na Argentina, residem 41.330 brasileiros, segundo dados do Ministério das Relações Exteriores, com migração mais intensa na década de 1970⁽²⁻³⁾.

Os dados acima demonstram que a tríplice fronteira delimitada pelas cidades de Foz do Iguaçu, no Brasil, Ciudad Del Este, no Paraguai e Puerto Iguazu, na Argentina é uma região que favorece encontros, trocas, mistura de culturas, intercambio monetário e de necessidades, entre elas a saúde.

Segundo políticas institucionalizadas⁽⁴⁾, a atenção primária à saúde, este nível de atenção deve ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, possibilitando o acesso universal e contínuo. Nesse âmbito, deve-se acolher os

usuários, promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, além de estabelecer mecanismos que assegurem a acessibilidade a todos que procuram seus serviços, ouvindo a todos, ofertando atendimento de modo universal e sem diferenciações excludentes.

O acesso e a acessibilidade⁽⁵⁾, apesar de serem usados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade se traduz em possibilitar a entrada das pessoas nos serviços de saúde; o acesso permite o uso no momento da necessidade dos usuários por saúde, alcançando os melhores resultados possíveis. Tem inter-relação, portanto, com a resolutividade e extrapolam a dimensão geográfica, econômica, cultural e funcional da oferta de serviços.

O Sistema Único de Saúde (SUS) de Foz do Iguaçu, no Brasil tem especificidades próprias de município de fronteira. Neste sentido, este estudo tem por objetivo descrever como ocorre o acesso e a acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil, aos brasileiros residentes no Paraguai e Argentina. Como acontece o encontro desses usuários com o serviço de saúde. As suas expectativas são atendidas? A atenção primária facilita o caminhar desse usuário na rede de atenção à saúde?

Metodologia

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, aplicada e exploratória, a qual foi desenvolvida na unidade básica de saúde (UBS) Jardim América, do município de Foz do Iguaçu, unidade referência para atendimento de uma população local de 15.000 pessoas⁽⁶⁾ e para brasiguaios (brasileiros que residem no Paraguai) e a brasileiros que residem na Argentina. E, em Puerto Iguazu, na Feira Iguazu, para garantir a participação de brasileiros residentes na Argentina, uma vez que não foi possível entrevistá-los diretamente na unidade de saúde, à época da coleta de dados. A população do estudo constituiu-se de brasileiros residentes em cidades do Paraguai e da Argentina que buscam assistência à saúde via atenção primária em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

A maior parte da coleta de dados ocorreu na unidade mencionada no Brasil, em horário de atendimento, em que as pessoas identificadas como brasiguaias ou brasileiros residentes na Argentina, que estavam aguardando atendimento, foram abordadas na área de espera e convidadas a participar da pesquisa, e ao aceitarem,

foram entrevistados. O período de coleta compreendeu os meses de fevereiro e março de 2016. E, na Argentina, no mês de janeiro de 2017, em local de trabalho de brasileiros residentes naquele país.

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Cada entrevista durou em média 40 minutos e os relatos dos sujeitos foram gravados. Para minimizar o constrangimento em relação à participação para aqueles entrevistados na UBS, a pesquisadora explicava inicialmente que não fazia parte daquele serviço e que as respostas em nada influenciariam no atendimento naquela unidade de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser brasileiro, não ser residente em Foz do Iguaçu e residir em cidades dos países vizinhos; ter mais de 18 anos ou, se menor, estar acompanhado de responsável e, participar voluntariamente da pesquisa. E, como critério de exclusão, brasileiros ou estrangeiros que residem no Brasil. O número de entrevistas não foi determinado a priori e definiu-se em 13 sujeitos (11 no Brasil e 02 na Argentina), a partir das transcrições simultâneas à realização de cada entrevista, leitura do material e verificação da qualidade do material coletado, a fim de responder ao objetivo do estudo, atrelado ao critério de saturação.

As falas estão citadas no texto, identificadas com a letra E, de entrevistado, seguida do número da entrevista, por exemplo, E1.

Com relação às técnicas de análise do material coletado, foi utilizada a análise temática ⁽⁷⁾. Atendendo os preceitos éticos da resolução 466/2012-CNS⁽⁸⁾, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob Parecer CEP nº 1.180.900.

Resultados e discussão

Como resultado da análise temática do material empírico, construiu-se a categoria ⁽⁵⁾ “acesso e acessibilidade dos brasileiros residentes em países vizinhos, na atenção primária de Foz do Iguaçu, no Brasil”, a qual se apresenta a seguir.

Acesso e acessibilidade dos brasileiros residentes nos países vizinhos, na atenção primária de Foz do Iguaçu, no Brasil

Os problemas relacionados aos diversos componentes da acessibilidade aos serviços de saúde ainda persistem. Podem ser dificuldades decorrentes das características organizacionais dos serviços ou de como os usuários superam as barreiras existentes. Acrescenta-se aqui a localização dos serviços, dias e horários de atendimento ⁽⁹⁾.

Para outros autores ⁽¹⁰⁾, a acessibilidade está relacionada: às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir.

Os trechos das entrevistas abaixo evidenciam a presença ou ausência da acessibilidade para a utilização dos serviços da APS em uma unidade brasileira:

[...] “dali mandou pra UPA. Lá nem ficamos meia hora, e já foi atendida e daí passou a noite lá e agora aqui [...] falei que era do Paraguai e atenderam mesma coisa, porque agora eu falo que não sou daqui [...] antigamente não podia falar” [...] (E2); [...] “chegou a Foz do Iguaçu às 6 horas, aproximadamente e já tinha fila, hoje pegou a senha número 08” [...] (E7); [...] “eu resolvi ir fazer lá no materno infantil, por ter menos gente [...] Porque lá eles atendem as gestantes” [...] (E11).

[...] “Foi fácil consultar aqui, Dra. I já tinha falado que era perto do Ceasa, [...] e vim, falei com uma senhora na fila, que falou que é só indo na fila, (a recepcionista) [...] primeira vez que venho aqui, única coisa que está enroscando é o meu cartão do SUS, que diz que está vencido” [...] (E1).

[...] “Ah, um lugar pra gente ficar enquanto não abre a porta, hoje nós chegamos às quatro da manhã, e estou aqui até agora (11 horas) [...] eu era a sexta, daí tinham duas pessoas de prioridade, outras com dengue, eu respeito, mas fomos ficando pra trás, entendi a prioridade [...] Acolhimento funciona melhor, ainda uma senhora falou ah/ mas ela é do Paraguai, fiquei bem chateada” [...] (E3).

[...] “Chegou perto das quatro horas da manhã com o filho que veio no dentista [...] Sempre tem fila lá pra tirar sangue, desde que eu tive filho e vinha. Agora pelo ali os carimbo e volto pra fazer, em jejum” [...] (E8).

Percebemos pelas falas que a maioria dos entrevistados, mesmo morando longe da unidade de saúde, não expressa essa dificuldade. Talvez porque entendem que a escolha de viver em outro país, traz consigo situações que por mais que se encontrem caminhos para resolver, serão sempre diferentes do ideal, portanto, a localização geográfica deixa de ser um problema de acessibilidade. Citam o horário de chegada, que, infelizmente, não é utilizado só por estes entrevistados, mas por outros que residem na cidade, a fila da madrugada como um desafio para conseguir o atendimento desejado. O depoimento de E3 aponta estratégias para resolver a fila, ela fala em agendamento e em acolhimento, por experiência vivenciada em outro ponto de atenção da mesma cidade. Ressalte-se que esta ainda é uma unidade básica de saúde tradicional.

Comentamos aqui, então, a dificuldade de implantação de algumas ações de assistência à população, porque em algumas unidades são oferecidas e em outras não. O nosso SUS não deve ser igualitário? O que não é igualitário e é um conhecido diferenciador de atendimento são as especificidades das equipes e sua organização dos processos de trabalho.

Em estudo⁽⁹⁾ sobre acessibilidade em um município da Bahia, onde se observam apenas os critérios relacionados às características do atendimento, as Unidades com estratégia saúde da família, modelo de atenção da APS do Brasil, apresentam um melhor desempenho incluindo estratégias de acolhimento, quando comparadas as Unidades Básicas tradicionais, como no caso da unidade de saúde neste estudo.

Acrescentamos, porém, que organizar o acolhimento na UBS da nossa pesquisa, nos parece viável. Não adequado à população usuária seria a implantação da estratégia da família, uma vez que seria impossível fazer adstrição de território, haja vista que este vai além das fronteiras já citadas.

O cartão SUS e a documentação brasileira, ora aparece como barreira, ora como facilitador para a acessibilidade, o que denota que o comportamento da organização das unidades não é o mesmo. Refletindo sobre esta questão de difícil solução esbarramos no financiamento dos serviços de saúde. Se existisse uma ampla divulgação dos direitos desses brasileiros não residentes, para atendimento em unidades públicas brasileiras, como seria para o município arcar com recursos financeiros para dar conta desta demanda, uma vez que o sub financiamento do SUS acarreta problemas para todas as cidades e, marcadamente nas fronteiras.

O SUS é financiado pela trina federativa. Recursos da União, dos Estados e dos municípios. O que está acontecendo é que os Estados e municípios vêm aumentando seus gastos em saúde sem o aumento dos repasses a nível federal. Autores⁽¹¹⁾ citam que, os anos de luta por um financiamento adequado e sustentável não livraram o SUS de se arcar ao crescimento de seus custos, justificados pelo uso de novas tecnologias, pelo envelhecimento da população ou ainda pela judicialização do direito à saúde presente no dia a dia das secretarias. Outros impactos são também absorvidos pelo SUS como os aumentos da violência social, dos acidentes automobilísticos, das condições do meio ambiente, do aumento das doenças crônicas etc. E, ainda sobre as novas medidas legislativas, argumentam que, sem financiamento adequado e sustentável, continuará faltando dinheiro para o SUS. Somente autonomia na gestão e capacidade de prover inovações não levam aos resultados esperados.

Em outro trecho das entrevistas, foi citada a falta de estrutura física para dar melhores acomodações para os usuários que na tentativa de garantir seu atendimento chegam de duas a três horas antes da abertura da unidade.

Segundo as recomendações Ministério da Saúde⁽¹²⁾, os espaços de espera dos usuários e seus acompanhantes onde irão aguardar pelo atendimento devem ser planejados de forma a proporcionar um ambiente confortável e agradável, incluindo adequações de luminosidade, temperatura, ruídos, posicionamento de assentos para proporcionar a interação entre as pessoas. Estas orientações, sabemos, não são para áreas externas previstas para esperas fora da unidade, porém, não encontramos orientações formais para este tipo de espera, uma vez, que não é intenção de nenhuma equipe de saúde que sua população fique de

madrugada à espera de atendimento, mas sabemos que esta é uma realidade incômoda de muitas unidades de saúde.

Citamos reportagem ⁽¹³⁾ de Porto Alegre, Rio Grande do Sul: “Ontem, os termômetros marcavam 8°C quando a equipe de reportagem foi às ruas, por volta das 4h, para conversar com usuários dos postos que têm de submeter-se ao frio para conseguir uma consulta. Para suportar o rigor do clima, só com muita roupa, chimarrão, cadeiras de armar e muita perseverança”.

Ou, conforme outra matéria ⁽¹⁴⁾ do sudoeste do Paraná: Seu João Henrique Vieira, de 59 anos, já passou por isso algumas vezes. “Já cheguei às 4h30, fiquei o dia inteiro em pé, e passando frio”. Suelen Balan, 28, moradora do bairro industrial, também teve que enfrentar a fila bem cedo. “Chegava ao posto por volta das 6h30. Tinha que vir nesse horário ou até antes para garantir a senha”.

Difícil para os moradores locais e, talvez ainda mais para usuários que viajam distâncias consideráveis para chegar ao local de atendimento como os brasiguaios desta pesquisa.

O acesso na atenção à saúde é um importante componente da redução de mortalidade e da morbidade, uma vez que diz respeito ao uso dos serviços de saúde no momento da necessidade sentida pelo usuário obtendo os melhores resultados possíveis. Quando o acesso se dá no primeiro contato, com profissionais da APS, melhores serão os resultados com custos totais mais baixos ⁽⁴⁾.

Utilizando classificação descrita por vários autores,⁽¹⁵⁾ o acesso pode ser **focalizado**, ao restringir o atendimento da população a determinados serviços e programas, e ao invés da universalização da atenção o que temos como resultado é um sistema segmentado e desarticulado, que não leva à integralidade do cuidado. Pode ser **acesso seletivo**, quando a distribuição de benefícios está em função do poder de compra do usuário, que pode aparecer no mix público – privado de utilização do SUS. E, ainda o **acesso excludente**, quando a oferta de serviços que está pautada na lógica do mercado, condiciona o direito da assistência aos mecanismos de racionamento dos custos que tem como resultado a deterioração da qualidade dos serviços prestados a população.

O SUS tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos,

doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o **acesso equitativo** ao conjunto de serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde⁽¹⁶⁾. Neste sentido, é preciso defender um sistema de saúde em que o acesso abranja a suficiência de serviços, a ausência de barreiras, o acolhimento, a integralidade do cuidado, a adequação geográfica, o tempo de resposta eficiente e que considere a dimensão cultural⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, a implantação de sistemas públicos baseados na APS em países europeus, capazes de atender a 80% dos problemas da população, levou de quatro ou cinco anos. Diferente do Brasil, onde estamos arrastando nosso modelo de atenção básica com uma série de dificuldades de financiamento, de política de pessoal e de modelo desde os anos 2000⁽¹⁸⁾.

Considerações

A prestação de serviços de atenção à saúde da população é de competência dos municípios, onde acontece o encontro entre as necessidades de saúde e os serviços de saúde. Nesse momento, deve acontecer a acessibilidade e o acesso. Se as condições da porta de entrada escolhida pelo usuário estiverem de acordo, ele estará dentro do sistema de saúde e, na sequência, se os canais que interligam esse sistema, estiverem funcionando ele terá acesso conforme o seu caso exige. Se o tempo demandado pelo restabelecimento da sua saúde for respeitado pelo sistema, ele terá um acesso equitativo.

Se este encontro se der na atenção primária, o que se espera é que seja feita a coordenação do cuidado do usuário para que, em tempo oportuno ele receba uma atenção integral. A questão é mais difícil quando pensamos nestas atribuições e competências aliadas a universalidade, e, em atender a todos conforme as suas expectativas e, aqui além das fronteiras.

Neste estudo, com uma amostra de atendimentos a brasileiros não residentes, percebe-se que, cada pessoa encontra um tipo de acesso ao sistema. Temos claro que o sub financiamento promove iniquidades, que se amplificam quando os processos de trabalho não oportunizam a atenção com qualidade. Parece que estamos acostumados com as senhas, com as filas, com as longas esperas por uma consulta especializada para não falar de outras esperas.

Na APS deste estudo, faltam estratégias para a acessibilidade e, coordenação do cuidado para que o acesso aconteça de forma mais justa. Obviamente para todos, incluindo os brasileiros não residentes que por direito utilizam o SUS municipal. A unidade de saúde citada trabalha no modelo tradicional, o que não impede a adoção de novos processos de trabalho, contudo, o planejamento da oferta de atenção esbarra no tamanho da população a ser assistida, pois não se tem informações do número de brasileiros não residentes que virão em busca de atenção.

Evidenciou-se como limitação do estudo o número de entrevistados, o fato das entrevistas terem sido realizadas em sua maioria em uma única unidade de saúde, apesar deste ponto de atenção ser a referencia institucionalizada, com uma mesma população usuária dos serviços de saúde do Brasil. Entendemos que novos estudos sobre o acesso do brasileiro em serviços ofertados nos outros países da tríplice fronteira seria esclarecedor quanto as expectativas e as necessidades atendidas.

Referências

1. GAMBETTA, L.C.; BUCHE, P. Os fatores que contribuíram para a migração brasileira no Paraguai. **100 Fronteiras**. Foz do Iguaçu, edição 131, p.38, 2016.
2. BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Subsecretaria-Geral das Comunidades Brasileiras no Exterior. **Diplomacia Consular, 2007 a 2012**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2012. 176 p.: il.
3. ALBUQUERQUE, J. L. C. Identidade e fronteiras nacionais: conflitos e representações simbólicas entre imigrantes brasileiros e população paraguaia na região fronteira. XI Congresso Brasileiro de Sociologia. UNICAMP, Campinas, São Paulo – 1 a 5 de setembro de 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. “Disponível em”:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
“acesso em 02 fev.2017”.

5. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
6. IBGE CIDADES – Síntese do município de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná. “Disponível em”: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/4108304>. “acesso em 10.01.17”.
7. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012. “Disponível em”:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
“acesso em 10 jan.2017”.
9. CUNHA, A.B.O.; VIEIRA, L.M.S. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p.725 -737, 2010.
10. SILVA – JUNIOR, E.S.; MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; FONSECA, A.C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 10, s 1, p.s 49 - s60, 2010.
11. SANTOS, A.O., DELDUQUE, M.C., ALVES, S.M.C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, s 1 p.s 1 - s3, 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. “Disponível em”:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf
“acesso em 01 fev.2017”.

13.Schuler, R. Diário Gaúcho. 2011. Jun 07. “Disponível em”:

<http://diariogaucho.clicrbs.com.br/rs/noticia/2011/06/madrugada-gelada-para-quem-espera-na-fila-do-sus-3340434.html>. “acesso em” 25.02.17.

14.Tomasi, C.S. Diário do Sudoeste. 2015. Ago 27. Disponível em:

https://issuu.com/diariodosudoeste1/docs/diario_do_sudoeste_27_de_agosto_de “acesso em 25.02.17”.

15.ASSIS, M.M.A., VILLA, T.C.S., NASCIMENTO,M.A.A.N. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, s3 p.s 815 – s 823,2003.

16.BRASIL. LEI 8080 de 19 de setembro de 1990. “Disponível em”:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. “acesso em 10.02.17”

17.SANTOS, L., ANDRADE, M.O.L. Acesso às ações e aos serviços de saúde uma visão polissêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro v. 17, no. 11, p. 2876-2880, 2012.

18.CAMPOS, G.W.S. Desafios para a reorientação da atenção em saúde. *RADIS Comunicação em saúde*. Rio de Janeiro.v.59, 2007.

APÊNDICE 1 – MATERIAS E MÉTODOS

1. Tipo de estudo

O campo de estudo é o das ciências sociais, na pesquisa social em saúde, que com base em Minayo (2008) é composta de todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas, aqui representadas pelos serviços públicos de saúde do município de Foz do Iguaçu; os serviços; as ofertas do sistema para as necessidades de saúde dos usuários; os profissionais e usuários, em nosso caso, os brasileiros que residem na região de fronteira, inclusive em cidades de outros países.

A abordagem escolhida foi qualitativa, uma vez que este tipo de método permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, como no caso em questão dos brasileiros que não residem no Brasil e retornam ao seu país em busca de atendimentos em saúde. Propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2008).

A finalidade da pesquisa é aplicada, com objetivo exploratório, através de levantamento bibliográfico e de pesquisa de campo. A unidade de análise será composta dos depoimentos das pessoas, brasileiros que residem nas cidades dos países da tríplice fronteira e que buscam atendimento nas unidades de saúde de Foz do Iguaçu, no Brasil.

O método de estudo tem como base o materialismo histórico dialético, concebido por Karl Marx que, segundo Carvalho, et al., (2000), tem como um de seus fundamentos o fato de o homem, ao fazer a sua história, em condições determinadas, passar a ser determinante e determinado pela natureza e também por

outros homens, uma vez que, transformando-a para satisfazer suas necessidades básicas, cria novas necessidades que vão também se transformando.

Segundo Triviños (1987) o mundo é conhecível uma vez que o homem pode distinguir o objeto, fenômeno ou processo por sua qualidade, depois, em diferentes dimensões de duração, pode conhecer os aspectos quantitativos, a essência, a causa do objeto.

Compreender a relação sujeito-objeto é compreender como o ser humano se relaciona com as coisas, com a natureza, com a vida. Este problema, central em todas as ciências, pode ser compreendido a partir de diferentes abordagens. A dialética pode ser uma delas, assim como, mais especificamente, o materialismo histórico-dialético, ou a dialética marxista (PIRES, 1997, p. 84).

Para o pensamento marxista é necessário descobrir as leis dos fenômenos de cuja investigação se ocupa; é importante captar, com detalhes, as articulações dos problemas em estudo, analisar as evoluções, rastrear as conexões sobre os fenômenos que os envolvem (PIRES, 1997). E, reforçando este entendimento, Pires (1997, p. 87) cita que:

O método materialista histórico-dialético caracteriza-se pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade.

Triviños (1987), sobre o materialismo dialético, ressalta na teoria do conhecimento, a prática social como critério da verdade. E ao focar historicamente o conhecimento, em seu processo dialético, coloca em relevo a interconexão do relativo e do absoluto. Sendo assim, verdades científicas seriam graus de conhecimento limitados pela história.

Entre as definições da dialética materialista dos clássicos do marxismo, Lênin, destaca que a dialética faz conexões, interdependência e interação que são

essenciais no processo dialético de compreensão do mundo (TRIVINOS, 1987). Assim, utilizando-se das balizas desse método para compreensão do mundo é que se pretende conhecer o itinerário terapêutico dos usuários dos serviços públicos de saúde em região de fronteira.

Não obstante o desejo de gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso que vão definir o seu itinerário terapêutico (SOUZA, 1999 apud CABRAL, et al., 2011).

2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido, por conveniência, em uma das unidades de atenção primária do município de Foz do Iguaçu, uma vez que a unidade em tela foi definida formalmente pela gestão municipal como destinada ao atendimento de brasileiros que residem fora do país e procuram por assistência à saúde nesse município.

No ano de 2014, Foz do Iguaçu contava com uma população de 263.647 habitantes (IBGE, 2014).

Limita-se, à oeste, com a Ciudad Del Este no Paraguai e, ao sul, com a cidade de Puerto Iguazu, na Argentina, cujas fronteiras são delimitadas pelo rio Paraná e pela foz do rio Iguaçu. Integrando Foz do Iguaçu, a Ciudad Del Este no Paraguai, tem-se a Ponte da Amizade e a Puerto Iguazu, na Argentina, a Ponte Tancredo Neves (FOZ DO IGUAÇU, 2010).

Atualmente, Foz do Iguaçu goza das vantagens de sua localização estratégica no contexto do MERCOSUL. A expansão de cursos superiores na cidade, verificada nos últimos anos, além de fator de atração de estudantes e profissionais especializados, possibilita também a consolidação do município como

pólo tecnológico de referência internacional, constituindo um novo segmento para a economia local (FOZ DO IGUAÇU, 2010).

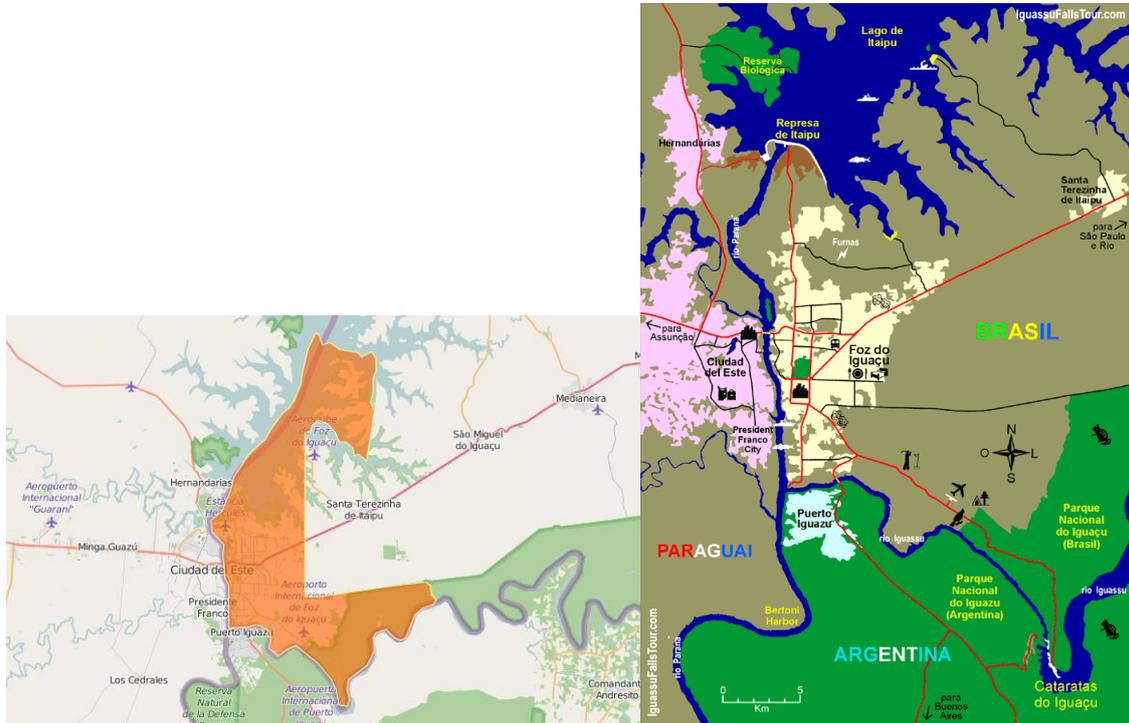
A cidade consolida seu papel como pólo especial da região, devido ao crescimento ocorrido no setor terciário e à própria especialização desses serviços, dentre eles o turismo de lazer e de eventos, projetado nacional e internacionalmente, e a implantação do Parque Tecnológico Itaipu, com gestão do ITAI – Instituto de Tecnologia em Automação e Informática (FOZ DO IGUAÇU, 2013).

As ilustrações abaixo reforçam o entendimento com relação a localização da cidade e sua singularidade.

Figura 1 – Localização do município no Brasil e estado do Paraná. Cascavel PR, 2017.

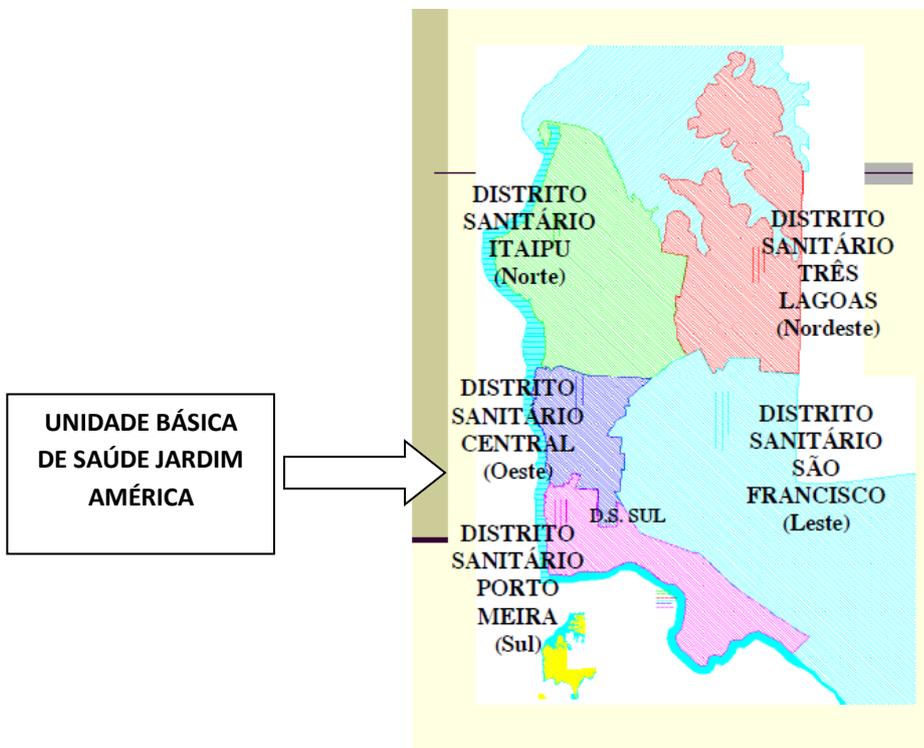


Figura 2 - Mapas de Foz do Iguaçu, PR e sua interrelação fronteiriça. Cascavel PR, 2017.



Fonte: IBGE, 2016

Figura 3 - Distritos Sanitários do município de Foz do Iguaçu. Cascavel, 2017.



Fonte: PMFI, 2005

A pesquisa de campo foi realizada, majoritariamente, na Unidade Básica de Saúde Jardim América, a qual está inserida na atenção primária a saúde, sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná. A escolha desse estabelecimento de saúde justifica-se pela orientação da Secretaria Municipal da Saúde, de concentração de atendimentos a população “flutuante” nesta unidade e, conjuntamente, em ponto comercial em Puerto Iguazu, na Argentina.

Na unidade citada são ofertados atendimentos nas especialidades básicas, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia para adultos e crianças, encaminhamentos para os serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, programas para os ciclos de vida: imunização, puericultura, planejamento familiar, programa de controle e monitoramento para hipertensos e diabéticos, o HIPERDIA, coleta de cito patológico de colo uterino, prevenção do câncer de mama através do encaminhamento para a mamografia de rastreamento e, procedimentos médicos e de enfermagem diversos.

A Unidade funciona de segundas as sextas feiras, das sete às dezenove horas, com uma equipe de 39 profissionais distribuídos em dois turnos de trabalho de seis horas cada (7h as 13h e 13h as 19h), sendo 08 agentes comunitários de saúde, 05 recepcionistas, 03 cirurgiões dentistas, 06 médicos (04 clínicos gerais, 01 ginecologista-obstetra, 01 pediatra), 05 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares de enfermagem, 02 enfermeiras, 01 psicóloga, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 técnico em saúde bucal, 01 estagiária (apoio a recepção), 01 assistente administrativo, 03 zeladoras. Atende a população adscrita de 17 bairros, que segundo estimativas gira em torno de 15.000 pessoas e a população de brasileiros residentes nos países vizinhos que não tem dados precisos. Conforme dados da sua produção local, atende em consultas médicas, uma média de 120 consultas por dia, e de 30 atendimentos de odontologia, incluindo todos os atendimentos.

A coleta de dados foi estendida à cidade de Puerto Iguazu, cidade gêmea a Foz do Iguaçu, a qual tem 80.020 habitantes, é separada de suas cidades vizinhas pelo Rio Paraná (Cidade do Leste) e pelo Rio Iguaçu (Foz do Iguaçu). Liga-se ao Brasil por meio da Ponte Internacional Tancredo Neves, que une as rodovias RN 12 e a BR-469. É a menor das cidades que compõem a Tríplice Fronteira. Conhecida

por seus atrativos turísticos, as Cataratas do Iguaçu, a feira artesanal entre outros. O sistema de saúde local segue o modelo nacional descrito neste estudo.

A atenção primária local oferta serviços em 09 (nove) unidades periféricas (sob gestão do governo federal), onde é disponibilizado a população consultas de clínica geral, acompanhamento de doentes crônicos, imunizações e pequenos procedimentos; e no ambulatório do Hospital SAMIC IGUAZU (sob gestão estadual ou do departamento de Misiones), que atende consultas ambulatoriais, realiza pré natal (com curso para gestantes), serviço de odontologia e atendimento do PAMI (Programa de Atenção Médica Integral) para aposentados. Além de consultas especializadas (especialistas são na maioria de outras cidades que atendem semanalmente conforme programação) e atenção hospitalar com serviços diversificados, como exames laboratoriais, pronto socorro, internações, cirurgias de pequeno porte, e, recentemente habilitado para terapia renal substitutiva. Os atendimentos mais complexos são encaminhados para cidades próximas como Eldorado ou Possadas.

Conforme entrevista com a coordenadora assistencial do hospital, existem nós críticos, como a falta de exames de imagem com oferta local, como a ressonância magnética (oferecem raios-x, ultrassonografia e tomografia), e a demora no atendimento de algumas especialidades como a neurologia e a psiquiatria, em que o usuário aguarda por semanas. Com relação a atendimentos de estrangeiros em geral, são cobrados valores que considera pequenos, como 200 pesos por consulta, equivalente a 40 reais. No caso do brasileiro especificamente, se ele comprovar residência na Argentina (interesse deste estudo), não é cobrado nada, a exemplo das demais pessoas. Cita que muitos utilizam as obras sociais pagas pelas empresas nas quais trabalham ou de forma autônoma, conforme a sua preferência.

3. População do estudo

Brasileiros residentes em cidades do Paraguai e da Argentina que buscam assistência à saúde na atenção primária em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

4. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu na unidade mencionada, em horário de atendimento, em que as pessoas identificadas como brasiguaias ou brasileiros residentes na Argentina, que estavam aguardando atendimento, foram convidadas a participar da pesquisa. O período de coleta compreendeu os meses de fevereiro e março de 2016. Os critérios de inclusão foram: ser brasileiro não residente em Foz do Iguazu; residir em cidades dos países vizinhos a cidade; ter mais de 18 anos ou se menor acompanhado de responsável e, participar voluntariamente da pesquisa. E, como exclusão, brasileiros ou estrangeiros que residem no Brasil.

E ocorreu também, na Feira Iguazu, em Puerto Iguazu, Argentina, após outras tentativas de entrevistar brasileiros residentes na Argentina em serviços de saúde. A primeira tentativa foi no decorrer do período das entrevistas realizadas na UBS Jardim América, entretanto, estes brasileiros residentes na Argentina não compareceram em busca de atendimento nesta unidade, assim a busca por estes sujeitos passou para o país vizinho. Em janeiro de 2017, fez-se a segunda tentativa de entrevistá-los, no Centro Integrado Comunitário (CIC), unidade básica de saúde e assistência social em Puerto Iguazu, conforme orientação recebida na sede administrativa da cidade, de que estes seriam locais onde poderíamos encontrar brasileiros. Esta é uma das nove unidades de saúde periféricas da cidade localizada no Departamento de Misiones na Argentina. Em visita a unidade, contudo, não encontramos brasileiros residentes locais em atendimento.

A terceira tentativa ocorreu no Hospital SAMIC IGUAZU de Puerto Iguazu, que oferece também atendimento de atenção primária em seus ambulatórios no centro da cidade e, onde, segundo informações recebidas no CIC, poderíamos encontrar brasileiros, mas novamente não foram encontrados.

Por fim, na quarta e última tentativa, conforme orientação recebida do Consulado Brasileiro na Argentina, em Puerto Iguazu, buscou-se por brasileiros residentes em um dos seus conhecidos locais de trabalho, a Feira Iguazu, feira artesanal que comercializa produtos alimentícios, ponto turístico conhecido na

tríplice fronteira. Nesse local, encontrou-se duas brasileiras, residentes em Puerto Iguazu, proprietárias de tendas nesta feira, as quais, após explanação dos objetivos da pesquisa e da nossa trajetória para chegar até ali, concordaram em participar do estudo. Foi apresentado e explicado o termo de consentimento e na sequência realizou-se as entrevistas.

Ao todo, foram entrevistados 13 pessoas, 11 brasileiros residentes no Paraguai, entrevistados na UBS em Foz do Iguaçu e 02 residentes na Argentina, entrevistadas na feira artesanal em Puerto Iguazu, Argentina. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos cada uma, foram gravadas com anuência dos entrevistados e transcritas.

5. Instrumento e técnica de coleta de dados

Como estratégia para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, conforme instrumento no apêndice 02, e os relatos gravados. O número de entrevistas não foi determinado a priori e foi definido pela quantidade e qualidade do material coletado, que respondeu ao objetivo do estudo, atrelado ao critério de saturação.

Segundo Flick (2009), durante as entrevistas semipadronizadas, reconstróem-se os conteúdos da teoria subjetiva. O guia da entrevista menciona diversas áreas de tópicos, sendo cada uma delas introduzida por uma questão aberta e concluída por uma questão confrontativa. As questões abertas podem ser respondidas com base no conhecimento que o entrevistado possui imediatamente à mão. Neste tipo de entrevista segundo o mesmo autor, as relações formadas nessas questões servem ao propósito de tornar mais explícito o conhecimento implícito do entrevistado. As suposições nessas questões são planejadas como algo oferecido ao entrevistado, podendo este adotar ou recusar, conforme elas corresponderem ou não as suas teorias subjetivas.

Citando Minayo (2008), uma das principais estratégias para pesquisar o sentido da experiência humana comum em lugares sociais específicos é pedir para os atores para que contem suas histórias, com a intenção de buscar, de um lado,

compreender a permanência dos fatos e das determinações e, de outro, escutar o que, sobre eles, as pessoas têm a dizer. Ainda, segundo a autora, as narrativas nunca serão uma verdade sobre os fatos vividos e, sim, uma versão possível que lhes atribuem os que vivenciaram os fatos, a partir dos dados de sua biografia, de sua experiência, de seu conhecimento e de sua visão do futuro.

6. Análise de dados

As entrevistas foram transcritas uma a uma e agrupadas em seu conjunto para leitura vertical dos dados. Em seguida, foram agrupadas por questões, para leitura horizontal dos dados. A partir dessas leituras flutuantes, foram sendo destacadas as unidades de sentido no texto, momento em que foram processados os resultados do trabalho realizado e foi feita a seleção qualitativa do material coletado, tendo o cuidado de manter o objetivo da pesquisa.

Com relação às técnicas de análise do material coletado, foi utilizada a análise temática de Minayo (2008), a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Esta técnica desdobra-se em três etapas: *pré-análise* composta pela *leitura flutuante*, que diz respeito ao contato direto e intenso do pesquisador com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; pela *constituição do corpus*, que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa, a exaustividade, a representatividade e a homogeneidade; e a terceira etapa que diz respeito à *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos*, que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material, buscando respostas às indagações iniciais.

É preciso não ignorar que os discursos, por serem eminentemente situacionais, encontram-se impregnados de interesses, hesitações, incongruências, estratégias e conflitos. Uma imagem acerca de um tratamento tem um caráter fluido, pois não é inteiramente formada pela adesão dos sujeitos a certo modelo interpretativo, e sim construída dentro de redes de relações sociais (RABELO; SOUZA, et al., 1999, p. 135).

7. Questões Éticas

Todos os entrevistados foram orientados sobre sua participação e quanto ao direito de recusar-se e, aos que aceitaram foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 03), atendendo legislação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos publicado na Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que no seu item II. 5, dos Termos e Definições que preconiza sobre a participação da pesquisa pelo participante e/ou de seu representante legal, que deve ser livre de vícios, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.

Atendendo os preceitos éticos da resolução 466/2012-CNS, este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, e foi aprovado sob parecer nº 1.180.900 (Anexo A).

Referências

CABRAL, A. L. L. V.; HEMÁEZ, A.M.; ANDRADE, E.L.G.; CHERCHIGLIA, M.L.; Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n. 11, p. 4433 – 4442, 2011.

CARVALHO, A. et al.; *Aprendendo Metodologia Científica*. São Paulo: O Nome da Rosa. p. 01 – 43, 2000.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução: Joice Elias Costa. 3ª. ed. Porto Alegre: A Flick, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Uwe Flick; tradução Joice Elias Costa. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br . Acesso em: 13 mai. 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.1, n.1, p. 83-94, 1997.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950>. Acesso em: 23 mai.2015.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. Prestação de Contas da Secretaria Municipal da Saúde, 2º. Quadrimestre de 2014. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=34> . Acesso em 29 jul.2016.

RABELO, M. C. M. et al. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. Available from Scielo Books. Acesso em: 21 jun. 2015.

TRIVINÕS, A. N. S. 1928. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Conte-me os caminhos percorridos para ser atendido até a vinda para esta Unidade de Saúde (em que se encontra no momento). Tentou anteriormente buscar por atendimento no seu país de residência? Porque buscou atendimento de saúde no Brasil, em Foz do Iguaçu? Já teve outras experiências semelhantes ou é a primeira tentativa de busca de assistência aqui na unidade?
2. Como é o serviço de saúde no local onde você reside? O que é oferecido para a população? Quais são as dificuldades e facilidades encontradas no seu país de residência e em Foz do Iguaçu para conseguir atendimento de saúde? (aspectos que devem emergir nessa questão: acesso, tipo de serviços, referencia e contra referencias, modelo de atenção, continuidade e longitudinalidade, integralidade da atenção).

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nº participante: _____	Data: ____/____/____ Fone: _____
Nome: _____	
Endereço: Rua: _____	Nº _____ Bairro: _____
Há quanto reside nesse país: _____ Reside em aérea: 1() urbana 2 () rural	
Idade:	1 () <20 2 () 20 a 24 3 () 25 a 29 4 () 30 a 34 5 () 35 a 39 6 () 40 a 44
	7 () 45 a 49 8 () 50 a 54 9 () 55 a 59 10 () 60 a 64 11 () > 65
Renda familiar:	1() < 1 SM 2() 1 a 2 SM 3() 3 a 4 SM 4() > 5 SM
Etnia:	1 () Branco 2 () Preto 3 () Pardo 4 () Amarelo 5 () Outro: _____
Escolaridade (anos):	1 () Até 4 anos 2 () 5 – 9 anos 3 () 10 -12 anos 4 () mais de 12 anos
Estado Civil:	1() Solteiro 2 () Casado 3 () Viúvo 4 () Separado 5 () Outro: _____
	No. de filhos _____
1 () Reside com familiares	Quantos: _____ 2 () Reside sozinho
Ocupação:	1 () Sim 2 () Não 3 () Emprego formal 4 () Emprego Informal 5 () Outro: _____

APENDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação



*Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
Aprovado na CONEP em 04/08/2000*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: ACESSO E COBERTURA UNIVERSAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPEUTICO DE USUÁRIOS EM REGIÃO DE TRIPLICE FRONTEIRA

Pesquisadora Responsável: Lisete Teixeira Palma de Lima, fone (045) 9985-6368

Orientadora da pesquisa: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, fone (045).9971-1791

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de **conhecer os motivos que o levaram a buscar atendimento no Brasil, em Foz do Iguaçu, bem como o trajeto que você percorreu ate chegar aqui, suas dificuldades e facilidades.** Esperamos, com este estudo, descrever estes trajetos e caminhos percorridos em busca de saúde e encaminhar propostas para busca de melhorias, ou, acordos futuros, com vistas a facilitar o acesso de brasileiros que precisam dos serviços de saúde e não encontram no seu país de residência. Para tanto, solicitamos a sua aceitação em participar desta pesquisa respondendo de forma sincera e com detalhes as questões da entrevista, além de acrescentar outras informações que deseje registrar.

Durante a execução do projeto podem surgir perguntas que o preocupem por se tratar de questões da sua vida pessoal. No caso de ocorrerem estas preocupações ou sensações pouco confortáveis ao contar a sua história, estamos nos propondo a compreender e, dentro do possível facilitar a nossa comunicação com você, solicitando que você fale quando não estiver a vontade ou quando não quiser descrever alguma situação vivenciada, para juntos encontrarmos uma solução, ou até em casos mais extremos do ponto de vista emocional proporcionar atendimento.

Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da

necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o Comitê de Ética pelo número 3220-3272.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue a você.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

(Nome do sujeito de pesquisa)

(Assinatura)

Eu, Lisete Teixeira Palma de Lima, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

(Assinatura)

Foz do Iguaçu, _____, _____ de _____ de _____.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO E COBERTURA UNIVERSAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS EM REGIÃO DE TRÍPLICE FRONTEIRA

Pesquisador: Lisete Teixeira Palma de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47186015.7.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.180.900

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto contempla todos os aspectos teórico, metodológico ético e tem como objetivo principal identificar o itinerário terapêutico de usuários do sistema de saúde pública, brasileiros residentes no Paraguai ou na Argentina, na procura por cuidados em saúde na atenção primária, no município de Foz do Iguaçu, integrante da tríplice fronteira - Brasil, Paraguai e Argentina.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o itinerário terapêutico de usuários do sistema de saúde pública, brasileiros residentes no Paraguai ou na Argentina, na procura por cuidados em saúde na atenção primária, no município de Foz do Iguaçu, integrante da tríplice fronteira - Brasil, Paraguai e Argentina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na técnica de entrevista o risco preponderante é o do constrangimento, pois os sujeitos estarão fazendo relatos pessoais, assim, serão orientados de que podem deixar de participar a qualquer momento sem sofrer nenhuma consequência na assistência de saúde por este motivo. Em se tratando dos benefícios, os resultados desta pesquisa visa identificar o itinerário terapêutico de brasileiros residentes no Paraguai ou na Argentina, na procura por cuidados em saúde na atenção primária a saúde, no município de Foz do Iguaçu, integrante da tríplice fronteira - Brasil, Paraguai

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO
UF: PR **Município:** CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 1.180.900

e Argentina. Neste contexto conhecer os fluxos utilizados, as ofertas ou carências vivenciadas por estes usuários, tanto em seu país de residência quanto no sistema de saúde brasileiro escolhido como possível solução para os seus problemas de saúde. Conhecer quem é este brasileiro, seu perfil social e seu entendimento, visão e avaliação focal sobre os serviços de saúde conhecidos e visitados. Saber como as cidades de fronteira estão atendendo estes usuários, políticas formais e informais atuais e com base nestas informações propor estratégias de gestão em saúde possíveis ou necessárias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da saúde pública por tratar-se do fluxo populacional usuários da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em Região de Tríplíce Fronteira - Brasil - Paraguay - Argentina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações e ou pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

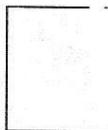
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

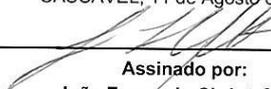
E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 1.180.900

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/ 

CASCADEL, 11 de Agosto de 2015



Assinado por:
João Fernando Christofolletti
(Coordenador)

Prof. Dr. João Fernando Christofolletti
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa com Seres Humanos
Portaria nº 5387/2012 - GRE

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO
UF: PR Município: CASCADEL
Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO B

Normas da revista científica

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

Revista Saúde em Debate

ATUALIZADA EM SETEMBRO DE 2016

ESCOPO E POLITICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares. A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área. Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e n.o podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes. O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria. A 'Saúde em Debate' n.o cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

Modalidades de textos aceitos para publicação:

Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx. Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5. O corpo de texto n.o deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12. Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS): Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro: FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista s.o devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais s.o apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poder. o aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema. O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*. A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao

autor responsável pela correspondência para revis.o final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OBS.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por um *software* detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APOS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o *e-mail* revista@saudeemdebate.org.br.

1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

4. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

NOTA : A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes.

Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br> .

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

ANEXO C

Normas da revista científica

Ciência, Cuidado e Saúde

Instruções aos autores

A revista *Ciência Cuidado e Saúde* (online) é um periódico de publicação trimestral do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que objetiva divulgar a produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial, da enfermagem. Os artigos publicados se dividem nas seguintes seções:

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que agrega informação nova ou corrobora o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve limitar-se a **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada e sintética, resultados de pesquisas nacionais e/ou internacionais a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências. O número de referências não é limitado.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **doze (12) páginas**, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **doze (12) páginas**, incluindo resumos e referências.

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à *Ciência, Cuidado e Saúde*, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

O manuscrito só será submetido à avaliação dos consultores *ad hoc* após aprovação do Check List referente ao atendimento às normas contidas em "Instruções aos autores". Na avaliação inicial do manuscrito, além das normas de publicação serão avaliados o atendimento aos aspectos éticos. Se aprovado nessa fase, o manuscrito é encaminhado para três consultores *ad hoc* que o rigor metodológico da abordagem utilizada, a atualidade e relevância do tema, originalidade, consistência científica e poder de agregar conhecimento na área da enfermagem e/ou saúde.

O anonimato dos autores e dos consultores (duplo-cego) é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos *consultores ad hoc* são analisados pela Comissão Editorial que, se necessário, indica outras alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final da Comissão Editorial.

Os autores são responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. As opiniões e conceitos emitidos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

Após o início do processo de submissão não são admitidas inclusão de novos autores.

Documentos Suplementares

Os autores devem encaminhar na sessão de Documentos Suplementares os seguintes documentos:

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais à Comissão Editorial da *Ciência, Cuidado e Saúde*, assinado por todos os autores, conforme modelo.
2. Carta de declaração de potencial(is) conflito de interesses, conforme modelo.
2. Cópia do Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos no caso de pesquisa original.
3. Comprovante de pagamento da Taxa de Submissão.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a revista adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à revista. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a elaboração e redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Neste sentido, a revista *Ciência Cuidado e Saúde*, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. Os autores devem ainda reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O consultor *ad hoc* deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Normas para apresentação dos manuscritos:

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.

- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

- A Revista *Ciência Cuidado e Saúde* incentiva e apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), por reconhecer a importância desses registros para a divulgação internacional, em acesso aberto, de informação acerca dos estudos clínicos. Deste modo, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado ao final da metodologia e aparecer no resumo.

Preparo do manuscrito

- Os artigos deverão ser digitados em "Word for Windows" 98 ou superior, fonte "Times New Roman", tamanho 12, papel A4, com margens de 2,5 cm nos quatro lados, e espaçamento duplo em todo o texto, com exceção de resumos, referências, citações diretas, depoimentos, tabelas e quadros que deverão ter espaçamento simples.

- Para maiores informações, consultar o check-list de normas da revista (no final deste documento).

2) Organização

a) Página de identificação deverá conter:

- Título do trabalho em caixa alta e negrito nos três idiomas (português, inglês e espanhol)

- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores), com indicação da formação profissional (graduação – sem especificar local de formação), instituição em que esteja cursando pós-graduação *strictu sensu* ou maior titulação (nunca especificar onde o título foi obtido), instituição em que atua profissionalmente e endereço eletrônico em nota de rodapé;

- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas;

- Indicação se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição;

- Indicação se o manuscrito é originário de dissertação ou tese;
- Indicação se o manuscrito já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira;
- Indicação da seção a que o texto se destina (Artigo de Pesquisa; de Revisão; de Reflexão; e Relato de Experiência).
- Endereço completo do autor principal para contato.

b) Manuscrito:

- Exige-se correção de português, inglês e espanhol.
- Não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Resumo em português, inglês e espanhol contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;
- Palavras-chave (Keywords e Palabras clave): três a cinco palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME.
- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /Considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- Os depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em espaço simples, itálico, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };
- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão. Exemplo^(1:5:6).
- Figuras e tabelas devem ser limitadas(os) a cinco no total.

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte), para artigos de pesquisa, reflexão e relato de experiência. No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço Ex: ^(4,5,6 e 7) substituir por ⁽⁴⁻⁷⁾; quando intercalados utilize vírgula Ex: ^(6,8,12).
- Devem constar os nomes dos seis primeiros autores para só então utilizar a expressão "et al."
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Exemplos:

Livros: Marcondes E. Pediatría básica. 8ª ed. São Paulo: Sarvier: 1999.

Capítulo de Livro: Centa ML. A família enfrentando a infertilidade. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRD. O viver em família e sua interface com a saúde e doença. Maringá: Eduem; 2002. p.121-40.

Dissertação/Tese: Silva RLDT. Avaliação da implantação da assistência às pessoas com hipertensão arterial em município do estado do Paraná. 2013. [tese]. Maringá (PR). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá – UEM. 2013.

Artigos de periódicos: Gvozdt R, Haddad MCL, Garcia AB, Sentone ADD. Perfil ocupacional de trabalhadores de instituição universitária pública em pré-aposentadoria. Cienc. cuid. saúde. 2014 jan/mar; 13(1): 43-48.

Artigo de Jornal: Silva HS. Estatuto do idoso em estudo. Jornal do Brasil. 2003 Jul 6; Caderno B: p. 6. Ministério proíbe fabricação de uso de agrotóxicos à base de organoclorados. Folha de S. Paulo. 2002 Set 3; p. 25.

Documentos federais, estaduais e municipais: Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Educação e Cultura. Programa Estadual de Educação Física - 1987/1990. Rio de Janeiro: ECEF/SEEC - RJ; 1987. Mimeografado. Brasil. Ministério da Saúde. INCA / Comprev. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.

Documentos eletrônicos: Godoy CB. O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. Rev Latino-Am Enfermagem [on-line]. 2002 jul/ago. [citado em 28 abr 2006];10(4):596-603]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200400018&lng=pt&nrm=iso.jcn.co.uk/journal%202001/4_03_03.htm.

Para outros exemplos de referências consultar o site:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Abreviaturas de títulos de periódicos em português consulte o site:

<http://www.ibict.br> e em outras línguas:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores, o que atrasa o processo de avaliação dos manuscritos.

- 1) A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
- 2) Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB).
- 3) Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
- 4) O corpo do texto está em espaço duplo, enquanto título, resumo e referência está em espaço simples; usa fonte "Times New Roman", tamanho 12; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas, no limite de cinco, inseridas no texto, e não em seu final. Limites de páginas de acordo com o tipo de contribuição (Artigos originais e de revisão, 15 páginas e relatos de experiência e reflexão, 10 páginas).
- 5) A Folha de Identificação dos autores se faz presente na primeira página do artigo, não contabilizada no limite de páginas, ou em documento separado, contendo título, nome completo dos autores, titulação dos autores, endereço de correspondência do autor principal, tipo de artigo.
- 6) Todos os documentos suplementares, sendo a Carta de Submissão, Transferência de Direitos Autorais, Parecer do comitê de ética (quando necessário), comprovante de pagamento da taxa de submissão e folha de identificação estão juntas com o artigo, e serão inseridas no espaço para Documentos Suplementares.
- 7) Siga o check list para preparar seu manuscrito (não precisa ser enviado).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ISSN 1677-3861 (impresso) e ISSN 1984-7513 (on-line)

ANEXO D

Normas da revista científica



Submissão

MANUAL DE INSTRUÇÕES AOS AUTORES - SCHOLARONE
MANUAL DE INSTRUÇÕES AOS AVALIADORES - SCHOLARONE

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes, Ciências Sociais e Humanas. Priorizam-se abordagens críticas e inovadoras e dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. O Corpo Editorial da revista pode propor, eventualmente, temas específicos considerados relevantes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outra língua.

Todos os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico por pares. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

O título abreviado do periódico é **Interface (Botucatu)**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema ScholarOne Manuscripts.

(<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas a seguir. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na triagem inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial - texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê - conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos - textos analíticos resultantes de estudos teóricos ou empíricos referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão - textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço Aberto - textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas - textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas ao Editor - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

FORMATO E ESTRUTURA

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Resenhas, Entrevistas, Notas breves e Cartas ao Editor).

2 O texto não deve incluir informações que permitam a identificação de autoria. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.

As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto dados que identifiquem a autoria do trabalho em referências, notas de rodapé, citações e no próprio corpo do texto, substituindo-os pela expressão **[eliminado para fim da revisão por pares]**.

- Em caso de pesquisa com seres humanos indicar apenas o número do processo, sem citar a instituição em que o projeto foi aprovado.

- Em documentos do Microsoft Office, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do Adobe Acrobat.

Nota: caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a cinco. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será

analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado da discussão dos resultados; b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

Nota: o número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a três.

4 Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria deve ser incluídas em campo específico do formulário de submissão.

5 A página inicial do manuscrito (Main Document) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

- **Título:** deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

- **Resumo:** deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

- **Palavras-chave:** devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

6 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

7 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, indicando **apenas** o número do processo, apresentadas no final da seção sobre a metodologia do trabalho. Essas informações também serão incluídas em campo específico do formulário de submissão.

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas devem estar em arquivos separados do texto original (Main Document), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota: no caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

1. a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”¹

1. c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo à esquerda.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos - Estilo Vancouver. 2

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)

- <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus

(<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências.

Exemplos:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.

· Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

· Sem indicação do número de páginas.

Nota: autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

SÉRIES E COLEÇÕES:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota: autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

· Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

· Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

· até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

· Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 2013 Out 30]. Disponível em: www.google.com.br

· Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 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, 19 Set 1990.

· Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

· Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ORIENTAÇÃO PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *online*, no sistema ScholarOne Manuscripts. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “Author Center” e iniciar o processo de submissão.

Nota: no cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes as suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “Edit Account”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 O texto principal não deve incluir informações que permitam a identificação de autoria. Os dados dos autores são informados em campo específico do formulário de submissão e incluem:

- **Autor principal:** vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). Endereço institucional completo para correspondência (cidade, estado, país e CEP). Celular, telefones e e-mails (preferencialmente institucionais).

- **Coautores:** vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). E-mail institucional.

Nota: não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

4 Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria também devem ser incluídas nos campos específicos do formulário de submissão.

5 Em caso de texto que inclua ilustrações, todas devem estar em arquivos separados e serão inseridas como documentos suplementares ao texto principal (Main Document), em campo específico do formulário de submissão.

6 O título (até 20 palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito**, serão inseridos em campo específico do formulário de submissão.

7 Ao fazer a submissão, em “Cover Letter” (**Página de Rosto**), o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também devem ser incluídas. Em texto com dois autores ou mais também devem ser especificadas, na “Cover Letter”, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios mínimos de autoria, **a) ter participado ativamente da discussão dos resultados; b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

8 No item “Contribution to Current Literature” o autor deverá responder à seguinte pergunta:

O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota: nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo, apresentando uma justificativa.

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto submetido à Interface passará por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas de submissão e para identificar pendências na documentação, só seguindo para a etapa de avaliação se cumprir todas as normas de publicação e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema.

O processo de avaliação possui duas etapas: **a pré-avaliação e a avaliação por pares.**

1 **Pré-avaliação:** é realizada pelos editores e editores associados e só seguem para a avaliação por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

2 **Avaliação por pares:** os textos aprovados em pré-avaliação seguem para avaliação *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores. O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma segunda rodada de avaliação do manuscrito revisto.

Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem.

A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Nota: o Corpo Editorial de interface pode adotar, em situações especiais, a revisão *por pares fast track*. Este procedimento visa dar uma visibilidade mais rápida a manuscritos submetidos cujas contribuições sejam consideradas relevantes e prioritárias para a comunidade científica da área de escopo da revista.

CUSTOS OPERACIONAIS DA SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO

Interface - Comunicação e Educação é um periódico de acesso aberto, online e digital, e este formato envolve custos substanciais, atualmente não assegurados integralmente por recursos públicos. Neste sentido, Interface passa a adotar **taxas de submissão e publicação** de manuscritos aprovados, para ajudar a cobrir parcialmente os custos operacionais da revista e assegurar a manutenção da sua qualidade e o acesso aberto aos manuscritos publicados.

TAXA DE SUBMISSÃO

A taxa de submissão é solicitada aos autores pela secretaria da revista logo após a etapa de triagem inicial do manuscrito submetido, **se o mesmo estiver dentro do escopo da revista.**

Nota: Esta taxa não será devolvida caso o artigo seja rejeitado na etapa de pré-avaliação e/ou de avaliação por pares.

Valor: R\$150,00

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar

CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco Santander

Agência 0039

Conta Corrente: 13001550-1

Após efetuado o depósito, os autores deverão enviar o comprovante via sistema, como documento suplementar, no **passo 6** do processo de submissão.

Nota: esses procedimentos serão informados pela secretaria da revista aos autores cujos manuscritos forem aprovados na triagem inicial.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação.

Nota: esta taxa será cobrada apenas para manuscritos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

Valor:

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 600,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 700,00**

Nota: neste valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo continuará a ser responsabilidade individual dos autores do manuscrito em publicação.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Interface - Comunicação, Saúde, Educação adota o sistema Turnitin para identificação de plágio.
- Todos os artigos aprovados são publicados em fluxo contínuo, na versão pré-publicação (*ahead of print*) na coleção SciELO, já com número DOI, permitindo que estejam disponíveis nesta base para consulta e, assim, possam ser citados, antes mesmo de sua publicação no fascículo correspondente.
- Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.
- Todo o conteúdo de **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.
- **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics <<http://publicationethics.org>>