



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
EM REGIÃO DE FRONTEIRA – MESTRADO**

Adriana Dias Lourenço Izuka

**Atenção Primária à Saúde em contexto de fronteira: perspectiva de
enfermeiros em intercâmbio Brasil, Paraguai e Argentina**

Foz do Iguaçu
2025

ADRIANA DIAS LOURENÇO IZUKA

Atenção Primária à Saúde em contexto de fronteira: perspectiva de enfermeiros em intercâmbio Brasil, Paraguai e Argentina

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito para a obtenção do título de mestra em Saúde Pública em Região de Fronteira.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Aparecida Fabriz.

Foz do Iguaçu

2025

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Izuka, Adriana Dias Lourenço

Atenção Primária à Saúde em contexto de fronteira: perspectiva de enfermeiros em intercâmbio Brasil, Paraguai e Argentina / Adriana Dias Lourenço Izuka; orientadora Luciana Aparecida Fabríz. -- Foz do Iguaçu, 2025.

111 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2025.

1. Cooperação técnica. 2. Enfermeiros. 3. Atenção primária à saúde. 4. Áreas de fronteira. I. Fabríz, Luciana Aparecida, orient. II. Título.

IZUKA, A. D. L. **Atenção Primária à Saúde em contexto de fronteira: perspectiva de enfermeiros em intercâmbio Brasil, Paraguai e Argentina.** 2025, 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, (PR), Brasil, 2025

Aprovada em: 21/08/2025

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **LUCIANA APARECIDA FABRIZ**
Data: 23/10/2025 17:57:08-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Luciana Aparecida Fabriz

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Julgamento: aprovada

Documento assinado digitalmente
 **IONE CARVALHO PINTO**
Data: 10/11/2025 19:40:51-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Instituição: Universidade de São Paulo – USP

Julgamento: Aprovada

Documento assinado digitalmente
 **ANA PAULA CONTIERO**
Data: 11/11/2025 16:30:17-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Ana Paula Contiero

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Julgamento: Aprovada

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e proteção em cada etapa desta jornada.

Ao meu esposo e às minhas filhas, por todo amor, incentivo e compreensão.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Aparecida Fabriz, pela escuta generosa, pelos conselhos, orientações e pelo apoio constante em todos os momentos. Sou grata pela paciência, dedicação e incentivo para que este trabalho se tornasse possível.

Aos professores e colegas de turma do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da UNIOESTE, pelo convívio, trocas de experiências e aprendizados que enriqueceram minha trajetória acadêmica.

Aos enfermeiros que compartilharam suas experiências durante o intercâmbio e contribuíram de forma tão valiosa para esta pesquisa.

A todos que, de forma direta ou indireta, fizeram parte desta conquista.

Muito obrigada!

“Conhecer o mundo a partir do lugar do outro é condição de respeito e de liberdade.”

Milton Santos

RESUMO

IZUKA, A. D. L. **Atenção Primária à Saúde em contexto de fronteira:** perspectiva de enfermeiros em intercâmbio Brasil, Paraguai e Argentina. 2025, 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, (PR), Brasil, 2025.

A região de fronteira brasileira compreende 27% do território nacional, abrangendo mais de 10 milhões de habitantes distribuídos em 588 municípios. Trata-se de uma área estratégica, caracterizada por interações culturais, políticas e sociais complexas, que evidenciam desigualdades e reforçam a necessidade de políticas públicas integradas, especialmente na área da saúde. Nesse contexto, foi idealizado o Intercâmbio Técnico-Científico de Enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina, promovido pelo Conselho Federal de Enfermagem em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, Itaipu Binacional e Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, com o intuito de integrar os profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município da tríplice fronteira. Este estudo teve como objetivo analisar na perspectiva dos enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina o processo de intercâmbio na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico, que entende os significados como construções sociais elaboradas nas interações humanas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 16 enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em Foz do Iguaçu (Brasil), bem como em cidades do Paraguai e da Argentina, todos participantes do intercâmbio. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Os resultados revelaram diferenças marcantes entre os três países, no que se refere à autonomia profissional, divisão de tarefas, estrutura dos serviços de saúde e valorização institucional da Enfermagem. No Brasil, observou-se uma maior organização dos serviços, uso de protocolos clínicos, informatização e reconhecimento do enfermeiro como protagonista no cuidado. Já nos contextos argentino e paraguaio, os profissionais relataram dificuldades relacionadas à centralização médica, escassez de recursos e acúmulo de funções, o que compromete a qualidade da assistência e a valorização da categoria. A interação entre os profissionais durante o intercâmbio possibilitou a ressignificação de práticas, o fortalecimento de vínculos colaborativos e a ampliação da consciência crítica sobre os

próprios contextos de atuação. A experiência também contribuiu para o desenvolvimento de competências culturais e relacionais fundamentais para o cuidado em regiões de fronteira, onde as demandas são transnacionais e os desafios, muitas vezes compartilhados. Conclui-se que o intercâmbio técnico-científico se constitui como uma estratégia transformadora para o fortalecimento da Enfermagem, a integração regional e a qualificação da Atenção Primária à Saúde na Tríplice Fronteira. Os resultados indicam a importância de políticas públicas que incentivem as ações colaborativas, valorizem a Enfermagem e promovam o cuidado integrado, humanizado e culturalmente sensível nos territórios fronteiriços.

Palavras-chave: Cooperação técnica; Enfermeiros; Atenção primária à saúde; Áreas de fronteira.

ABSTRACT

IZUKA, A. D. L. **Primary Health Care in a Border Context:** perspective of nurses on exchange programs in Brazil, Paraguay, and Argentina. 2025. 111f. Dissertation (Master's Degree in Public Health in Border Regions) – Center for Education, Literature, and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, (PR), Brazil, 2025.

The Brazilian border region comprises 27% of the national territory, encompassing more than 10 million inhabitants distributed across 588 municipalities. It is a strategic area, characterized by complex cultural, political, and social interactions, which highlight inequalities and reinforce the need for integrated public policies, especially in the health area. In this context, the Technical-Scientific Exchange of Nurses from Brazil, Paraguay and Argentina was conceived, promoted by the Federal Nursing Council in partnership with the Regional Nursing Council of Paraná, Itaipu Binacional and the Municipal Health Department of Foz do Iguaçu, with the aim of integrating Primary Health Care professionals in a city in the triple border region. This study aimed to analyze the exchange process in Primary Health Care from the perspective of nurses from Brazil, Paraguay, and Argentina. This is a descriptive study with a qualitative approach, based on the theoretical framework of Symbolic Interactionism, which understands meanings as social constructions developed in human interactions. Semi-structured interviews were conducted with 16 nurses who work in Primary Health Care in Foz do Iguaçu (Brazil), as well as in cities in Paraguay and Argentina, all of whom participated in the exchange. The data were analyzed using the Content Analysis technique in the thematic modality. The results revealed striking differences between the three countries in terms of professional autonomy, division of tasks, structure of health services, and institutional appreciation of Nursing. In Brazil, there was greater organization of services, use of clinical protocols, computerization, and recognition of nurses as protagonists in care. In the Argentine and Paraguayan contexts, professionals reported difficulties related to medical centralization, scarcity of resources, and accumulation of functions, which compromise the quality of care and the appreciation of the category. The interaction between professionals during the exchange allowed for the redefinition of practices, the strengthening of collaborative bonds, and the expansion of critical awareness about their own contexts of action. The experience also contributed to the development of cultural and relational skills that are fundamental for care in border regions, where demands are transnational and

challenges are often shared. It is concluded that technical-scientific exchange constitutes a transformative strategy for strengthening Nursing, regional integration, and the qualification of Primary Health Care in the Triple Border Region. The results indicate the importance of public policies that encourage collaborative actions, value Nursing, and promote integrated, humanized, and culturally sensitive care in border areas.

Keywords: Technical cooperation; Nurses; Primary health care; Border areas.

RESUMEN

IZUKA, A. D. L. **Atención Primaria de Salud en un Contexto Fronterizo:** perspectiva de enfermeros sobre programas de intercambio en Brasil, Paraguay y Argentina. 2025. 111f. Disertación (Maestría en Salud Pública en Regiones Fronterizas) – Centro de Educación, Literatura y Salud, Universidad Estatal del Oeste de Paraná, Foz do Iguaçu (PR), Brasil, 2025.

La región fronteriza brasileña abarca el 27% del territorio nacional y alberga a más de 10 millones de habitantes distribuidos en 588 municipios. Es una zona estratégica, caracterizada por complejas interacciones culturales, políticas y sociales que evidencian las desigualdades y refuerzan la necesidad de políticas públicas integradas, especialmente en el área de la salud. En este contexto, se concibió el Intercambio Técnico-Científico de Enfermeras de Brasil, Paraguay y Argentina, promovido por el Consejo Federal de Enfermería en colaboración con el Consejo Regional de Enfermería de Paraná, Itaipú Binacional y la Secretaría Municipal de Salud de Foz do Iguaçu, con el objetivo de integrar profesionales de Atención Primaria de Salud en una ciudad de la región de la triple frontera. Este estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de intercambio en Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de enfermeras de Brasil, Paraguay y Argentina. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, basado en el marco teórico del Interaccionismo Simbólico, que entiende los significados como construcciones sociales desarrolladas en las interacciones humanas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 16 enfermeras que trabajan en Atención Primaria de Salud en Foz do Iguaçu (Brasil), así como en ciudades de Paraguay y Argentina, todas las cuales participaron en el intercambio. Los datos se analizaron mediante la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad temática. Los resultados revelaron marcadas diferencias entre los tres países en términos de autonomía profesional, división de tareas, estructura de los servicios de salud y valoración institucional de la Enfermería. En Brasil, se observó una mayor organización de los servicios, el uso de protocolos clínicos, la informatización y el reconocimiento de las enfermeras como protagonistas de la atención. En los contextos argentino y paraguayo, los profesionales reportaron dificultades relacionadas con la centralización médica, la escasez de recursos y la acumulación de funciones, lo que compromete la calidad de la atención y la valoración de la categoría. La interacción entre profesionales durante el intercambio permitió la redefinición de las prácticas, el fortalecimiento de las obligaciones de colaboración y

la expansión de la conciencia crítica sobre sus propios contextos de acción. La experiencia también contribuyó al desarrollo de habilidades culturales y relacionales fundamentales para la atención en regiones fronterizas, donde las demandas son transnacionales y los desafíos a menudo son compartidos. Se concluye que el intercambio técnico-científico constituye una estrategia transformadora para el fortalecimiento de la enfermería, la integración regional y la cualificación de la Atención Primaria de Salud en la Región de la Triple Frontera. Los resultados indican la importancia de las políticas públicas que fomentan las acciones colaborativas, valoran la enfermería y promueven una atención integral, humanizada y culturalmente sensible en las zonas fronterizas.

Palabras clave: Cooperación técnica; Enfermeras; Atención primaria de salud; Zonas fronterizas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Municípios da faixa de fronteira do Brasil.....	30
Figura 2	Localização da Tríplice Fronteira - Foz do Iguaçu (Brasil) / Puerto Iguazu (Argentina) / Ciudad del Este (Paraguai).....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação da fundamentação teórica para a elaboração das questões norteadoras.....	47
Quadro 2	Apresentação das Categorias e Subcategorias referente à perspectiva dos enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina no processo de intercâmbio na Atenção Primária à Saúde.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALC	América Latina e Caribe
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAN	Comunidade Andina
CAPS	Centro de Atenção Primária à Saúde
CASAPS	Carteira de Serviços da APS
CBCENF	Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética para Pesquisas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN-PR	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
COVID-19	Coronavirus Disease 19
CREM	Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul
EPH	<i>Encuesta Permanente de Hogares</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT-Saúde Itaipu	Grupo de Trabalho para a Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN	Conselho Internacional de Enfermagem
IPS	Instituto de Previsão Social
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MIN	Ministério da Integração Nacional
MS	Ministério da Saúde
MSPBS	Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunização
SGT	Subgrupo de Trabalho
SIS-Fronteira	Sistema Integrado de Saúde na Fronteira
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNASUL	União das Nações da América do Sul
UNASUR	<i>La Union de Naciones Sudamericanas</i>
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1	INTRODUÇÃO.....	19
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	PRESSUPOSTO.....	24
4	PERGUNTA DA PESQUISA.....	25
5	OBJETIVOS.....	26
5.1	Objetivo geral.....	26
5.2	Objetivos específicos.....	26
6	REVISÃO DA LITERATURA.....	27
6.1	Cooperação entre os países.....	27
6.2	Saúde na fronteira.....	29
6.3	Sistemas de saúde no Brasil, Paraguai e Argentina.....	32
7	REFERENCIAL TEÓRICO.....	40
8	PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
8.1	Tipo de estudo.....	42
8.2	Campo de pesquisa.....	42
8.3	Participantes da pesquisa.....	44
8.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	44
8.5	Coleta de dados.....	45
8.6	Análise de dados.....	48
8.7	Aspectos éticos.....	48
8.7.1	Riscos da pesquisa.....	49
8.7.2	Benefícios da pesquisa.....	49
9	RESULTADOS.....	50
10	DISCUSSÃO.....	78
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICES.....	100
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista em português.....	100
	APÊNDICE B – Guia de entrevistas.....	101
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Informado.....	105
	APÊNDICE E – Parecer do CEP.....	108

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 1994, com especializações em Administração em Saúde Pública e Epidemiologia. Atuo há 25 anos como servidora pública no município de Foz do Iguaçu (PR), onde ocupei diferentes funções de gestão, com destaque para a área da vigilância em saúde, imunização e atenção primária, sempre em contextos desafiadores próprios de uma Região da Tríplice Fronteira.

Em seguida, iniciei minha carreira na área hospitalar e, a partir de 2000, passei a atuar na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2005, ingressei na Vigilância Epidemiológica e atuei no enfrentamento à pandemia de Influenza H1N1 em 2009, e coordenei as ações trinacionais de promoção do aleitamento materno com apoio da Itaipu Binacional. Em 2011, liderei a realização local da Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, em parceria com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

Desde 2016, coordeno o Programa Municipal de Imunização, liderando campanhas vacinais, capacitação de profissionais e estruturação da Rede de Frio. Em 2017, fui chefe da Vigilância Epidemiológica e, no mesmo ano, integrei o Programa EpiSUS Fundamental. Em 2018, representei o município na Conferência da TEPHINET, na Colômbia, sendo premiada com a melhor apresentação oral. Entre os anos de 2019 e 2020, assumi a diretoria da APS, período em que foi ampliado a cobertura da estratégia de saúde da família e da saúde bucal, aumento das coberturas vacinais, implantação de protocolos e expansão do horário de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Durante a pandemia da *Coronavirus Disease 19* (COVID-19), coordenei a elaboração e a execução do Plano Municipal de Vacinação, sendo responsável pela operacionalização das estratégias locais e fui designada como ponto focal da Sala de Situação em Saúde do município de Foz do Iguaçu em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tendo entre outras atividades a responsabilidade de monitorar o cenário epidemiológico da pandemia. Diante disso, Foz do Iguaçu foi reconhecida com nota máxima de transparência pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná, e atingimos 97% de cobertura da primeira dose em adultos em apenas sete meses.

Em 2023, gerenciei o Projeto de Intercâmbio Técnico-Científico de Enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina, representando o município em eventos nacionais e internacionais. Em 2024, participei como intercambista em Ciudad del Este (PY) e fui palestrante no II Encontro de Profissionais de Enfermagem do Mercosul, no 26º Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem (CBCENF).

Minha motivação para esta pesquisa nasceu da vivência direta com os desafios da saúde pública em região de fronteira. A experiência com o intercâmbio técnico-científico revelou o potencial transformador da colaboração entre os enfermeiros de diferentes contextos. Ao analisar esse processo sob a perspectiva dos participantes, busco compreender os sentidos, desafios e aprendizados envolvidos, contribuindo para o fortalecimento da APS e da cooperação internacional em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma faixa de fronteira terrestre que corresponde a aproximadamente 27% do território nacional, com mais de 10 milhões de habitantes. Essa região compreende 588 municípios, distribuídos em 11 estados que fazem divisa com 10 países da América do Sul (BRASIL, 2021).

A faixa de fronteira é uma área estratégica para a integração, as interações transfronteiriças possuem singularidades políticas, econômicas, sociais e culturais. Com a criação do Mercosul, buscou-se olhar a fronteira não como uma linha de divisão, mas sim, de espaços de integração privilegiados (FERRARI, 2013).

As desigualdades nas regiões de fronteira reforçam a importância do Estado em políticas de integração, considerando as particularidades de cada fronteira. A interação facilita o cotidiano e a união dos povos da fronteira, até que os tratados internacionais tenham políticas de integração eficientes que transponham as fronteiras e os limites, e olhem para a diversidade e multiculturalidade presente nessas regiões (MOURA; CARDOSO, 2016).

O ambiente transfronteiriço possui peculiaridades e pode beneficiar os cidadãos da fronteira em vários aspectos como: trabalho, acesso à saúde, educação e bens de consumo, sendo que a oferta a esses serviços geralmente é desigual entre as cidades de fronteira. Quando um dos serviços é ineficiente pode acabar sobrecarregando o outro lado que oferece um melhor serviço. Em relação aos serviços de saúde, no Brasil o acesso à saúde é gratuito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), diferente da maioria dos outros países que faz fronteira e pode ser observado em alguns casos, o aumento da demanda pelos serviços de saúde no lado brasileiro (MONDARDO; STALIANO, 2020).

O trabalho em saúde nas fronteiras brasileiras não tem um programa ou política pública específica, o Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (SIS-Fronteira) foi lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde (MS), com objetivo de integrar as ações e os serviços de saúde na fronteira e fortalecer os sistemas locais. Em 2014 por meio da Portaria nº 622 de 23 de abril (BRASIL, 2014b), o MS solicitou o encerramento das ações do SIS-Fronteiras pelos municípios, e com isso as ações foram encerradas gradativamente (FABRIZ, 2019).

No caso da Região da Tríplice Fronteira Brasil, Paraguai e Argentina a população estimada é de mais de 900.000 pessoas com imensa pluralidade cultural,

intenso fluxo de pessoas e diferenças em seus sistemas de saúde, e, se faz necessário uma maior integração das políticas de saúde com a participação dos Ministérios da Saúde dos três países para a articulação de políticas migratórias e de saúde (FEITOSA; MARTINS; JAQUEIRA, 2020).

O município de Foz do Iguaçu está localizado no extremo oeste do estado do Paraná, possui 285.415 habitantes (BRASIL, 2022a) e faz fronteira com Paraguai (Ciudad del Este) e Argentina (Puerto Iguazu), é a terceira cidade do Brasil mais visitada por turistas internacionais, possui um intenso fluxo de compras entre os três países, vários atrativos como as Cataratas do Iguaçu que é considerada uma das sete maravilhas da natureza e Itaipu Binacional uma das sete maravilhas do mundo moderno. Uma das cidades mais multiculturais do Brasil onde vivem mais de 80 etnias (VISIT IGUASSU, 2009).

Com o intuito de fortalecer a integração dos profissionais e dos serviços de saúde da região de fronteira, a Usina Hidrelétrica Itaipu Binacional, criou em 2003, o Grupo de Trabalho para a Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu (GT-Saúde Itaipu), contemplando a Região da Tríplice Fronteira, Brasil, Paraguai e Argentina.

O GT-Saúde Itaipu é um espaço importante para a articulação da cooperação internacional, onde os profissionais conhecem as necessidades na área da saúde e podem debater e propor projetos, com possibilidade de financiamento, envolvendo os três países (PERON; LISBOA, 2017).

Em consonância com as diretrizes do GT-Saúde Itaipu, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR), formalizaram em 2023, uma proposta de cooperação, com o intuito de integração de enfermeiros na APS na Região da Tríplice Fronteira, sendo então aprovado no GT-Saúde Itaipu o projeto intitulado: “Intercâmbio Técnico-científico entre Profissionais Enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina”, e foi firmada uma parceria com o município de Foz do Iguaçu, por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) para a realização do intercâmbio dos profissionais nos serviços de APS.

O projeto de intercâmbio envolveu profissionais de Enfermagem oriundos da Argentina e do Paraguai, que permaneceram por um período de 15 dias nos serviços de saúde do município de Foz do Iguaçu, atuando prioritariamente na APS. O principal propósito dessa iniciativa foi promover a troca de experiências entre os enfermeiros

dos três países, por meio de uma vivência de caráter observacional nos serviços públicos que compõem o SUS.

Essa imersão possibilitou o contato direto com a organização e o funcionamento da rede de atenção brasileira, configurando-se como um campo de prática voltado tanto ao aperfeiçoamento profissional quanto ao fortalecimento da cooperação regional. Assim, o intercâmbio contribuiu para o desenvolvimento de novas estratégias de integração e fortalecimento da saúde pública na Região da Tríplice Fronteira.

Diante do exposto, e ao considerar que se trata de um projeto de intercâmbio inovador e que as experiências poderão contribuir para a implementação de novas ações e proposições, torna-se relevante analisar a experiência de enfermeiros que realizaram o intercâmbio técnico científico na APS em um município Região da Tríplice Fronteira.

2 JUSTIFICATIVA

A zona de fronteira do Brasil é de extrema importância para o desenvolvimento nacional devido à sua vasta extensão, bem como às condições sociais e de cidadania muitas vezes precárias, à biodiversidade, especialmente na Região Amazônica, e ao seu papel estratégico para o fortalecimento de blocos regionais na América do Sul. No campo da saúde, é importante analisar como essa realidade regional influencia a organização do sistema de saúde e sua contribuição para um desenvolvimento mais amplo (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

A formação de blocos regionais entre os estados próximos, motivada por interesses econômicos comuns devido à globalização, é uma realidade à interdependência entre os países. Na América do Sul, têm ocorrido diversos movimentos e dinâmicas de acordos com o objetivo de avançar na integração regional, refletindo os esforços para fortalecer os laços econômicos, políticos e sociais na região (AIKES; RIZZOTTO, 2020).

A constituição do Mercosul surgiu em 1991, como uma iniciativa de integração regional e inserção internacional dos estados-membros e trouxe à esfera regional os assuntos relacionados à integração fronteiriça, que antes eram tratados principalmente pelos comitês de integração e fronteira (PESSOA; SOUZA, 2021). A integração fronteiriça é um processo que busca a cooperação entre as regiões vizinhas de países fronteiriços para impulsionar o desenvolvimento local. Isso inclui a paradiplomacia fronteiriça, que envolve a colaboração entre os atores subnacionais e territórios vizinhos para fortalecer a integração regional (PESSOA; SOUZA, 2021).

A paradiplomacia refere-se às ações internacionais por atores subnacionais fora do Estado Nacional. Exemplo no Mercosul: "rede MERCOCIDADES", focada em cooperação descentralizada com municípios como protagonistas na integração (RIBEIRO; MELO, 2022).

O COFEN vem alcançando várias conquistas no processo de internacionalização com os países membros do Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM) na segunda década do século XXI. Isso inclui avanços na regulamentação e na promoção da profissão de Enfermagem no Brasil, além de uma maior integração internacional, com a filiação às organizações como o Conselho

Internacional de Enfermagem (ICN), o CREM e o Grupo de Enfermagem do BRICS¹. Isso foi impulsionado pela necessidade de compartilhamento de conhecimento e pelo impacto da *Internet* na globalização (SILVA *et al.*, 2019).

A iniciativa de profissionais que atuam na área da saúde na fronteira têm sido fundamentais para iniciar as atividades de cooperação. As experiências de cooperação entre os sistemas de saúde na fronteira acabam sendo por iniciativas de gestores e atores políticos locais que pressionam os níveis superiores para a efetivação desses acordos ou resolver situações financeiras para custear os serviços e os protocolos de atenção à saúde, geralmente como não é uma política institucional a continuidade dessa cooperação depende dos atores que ocupam cargos decisórios localmente. As experiências exitosas de cooperação são aquelas que contam com os gestores mais comprometidos (BONTEMPO; NOGUEIRA; GIMENEZ, 2013).

Nesse cenário, o intercâmbio técnico-científico de enfermeiros entre o Brasil, Paraguai e Argentina surgiu como uma experiência inédita e inovadora na Região da Tríplice Fronteira, promovendo o encontro entre as diferentes culturas profissionais e modelos de atenção à saúde. A análise dessa experiência permite compreender como se deu a troca de saberes e as práticas na APS e de que modo essa vivência pode contribuir para o fortalecimento da integração regional e o aprimoramento das ações de saúde pública em Foz do Iguaçu e nos países vizinhos.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa original, que busca preencher uma lacuna no campo da Saúde Pública e da Enfermagem, uma vez que não há registros prévios de estudos que analisem experiências de intercâmbio profissional entre os enfermeiros em contextos de fronteira sul-americana.

Pressupõe-se, neste estudo, que a experiência do projeto de intercâmbio técnico-científico possibilitou aos enfermeiros participantes processos de integração e troca de conhecimentos, contribuindo para o aprimoramento e a incorporação de novas práticas de gestão e assistência em Enfermagem no âmbito da APS.

¹ BRICS é um grupo formado por onze países: Brasil, Federação Russa, Índia, China, África do Sul, Arábia Saudita, Egito, Emirados Árabes Unidos, Etiópia, Indonésia e Irã. Ele funciona como um fórum de coordenação política e diplomática para os países do Sul Global.

3 PRESSUPOSTO

Pressupõe-se no desenvolvimento deste estudo que a experiência do projeto de intercâmbio possibilitou aos enfermeiros intercambistas a integração e a troca de conhecimentos para o aprimoramento e a implantação de novas práticas de gestão e assistência em Enfermagem na APS.

4 PERGUNTA DE PESQUISA

Como foram vivenciadas as experiências do processo de intercâmbio técnico-científico na APS, entre os enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina?

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar na perspectiva dos enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina o processo de intercâmbio na APS.

5.2 Objetivos específicos

- a) Compreender a percepção do enfermeiro sobre as práticas de gestão e assistência de Enfermagem na APS no Brasil e no seu país de origem.
- b) Analisar a construção da interação grupal no processo de intercâmbio dos enfermeiros na APS.

6 REVISÃO DA LITERATURA

6.1 Cooperação entre os países

A cooperação internacional entre os países no âmbito da saúde é recente. A partir de 1851 foram realizadas conferências internacionais, assinados tratados e criadas organizações internacionais, com a finalidade de ampliar e fortalecer as alianças internacionais em saúde. Em 1902, surgiu a OPAS, constituída como Repartição Sanitária Pan-Americana, uma das primeiras organizações intergovernamentais e foi criada como domínio da saúde pública. Em 1948 este processo resultou na criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), conjuntamente com o Regulamento Sanitário Internacional, o qual consiste em um importantíssimo conjunto de regras para o controle de doenças infecciosas. Foram elaborados os primeiros processos, regras e instituições para a governança global em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010; PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012).

Ainda em 1945, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), após a Segunda Guerra Mundial, com vistas a incentivar a paz e a cooperação entre os países, e tinha como finalidade a cooperação técnica internacional como ferramenta para a promoção do desenvolvimento econômico, social, cultural e humanitário, além de propagar o respeito aos direitos humanos, buscando dessa forma uma convivência pacífica entre as nações (MACIEL, 2009).

Em março de 1991 foi criado o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), com a assinatura do Tratado de Assunção por Brasil, Paraguai, Argentina e Uruguai, e em 2012 entrou para o bloco a Venezuela como Estado Parte. Bolívia, Chile, Peru, Colômbia, Equador, Suriname e Guiana são Estados Associados, englobando todos os países sul-americanos, com a finalidade de integração política, econômica e social. E as primeiras menções à saúde foram em torno da dimensão sanitária (PITTAS, 2016; QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

Em 1996, no MERCOSUL, foi criado o Subgrupo de Trabalho em Saúde (SGT n°11 Saúde), pela Reunião de Ministros da Saúde dos Estados Membros e dos Estados Associados pela Resolução GMC n° 151/96 (MERCOSUL, 1996), tendo como objetivo desvincular a saúde de questões comerciais, com defesa de proteção à saúde, e é constituído pelas comissões de trabalho: Produtos para a Saúde; Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário (de portos, aeroportos, terminais e

pontos de fronteira); e Serviços de Atenção à Saúde, e as subcomissões: Serviços de Saúde; Desenvolvimento e Exercício Profissional; e Avaliação e Uso de Tecnologia em Saúde (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

Em 2008, os 12 países que compõem a América do Sul: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela, assinaram um Tratado Constitutivo para a formação da União das Nações da América do Sul (UNASUL), em espanhol, *La Unión de Naciones Sudamericanas* (UNASUR), o qual tem como propósito promover a união e a integração nas áreas: cultural, social, econômica e política, de forma participativa, primando pelo diálogo político, às políticas sociais, saúde, educação, energia, infraestrutura, financiamento e meio ambiente, entre outros, visando diminuir as desigualdades socioeconômicas, favorecer a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia. Dessa forma, a UNASUL é uma união intergovernamental que integra duas uniões alfandegárias preexistentes: Mercosul e Comunidade Andina (CAN) (BUSS; FERREIRA, 2011).

Em 2015, a criação do SGT nº18 representou um avanço no reconhecimento das zonas de fronteira e das comunidades fronteiriças, sendo pauta de políticas específicas pelo Mercosul. No entanto, essa maior presença institucional não resultou em mudanças estruturais significativas em relação à integração fronteiriça e às dificuldades de coordenação e diálogo na fronteira (PESSOA; SOUZA, 2021).

As cooperações internacionais são formalizadas, por meio de um ato internacional, o qual o Ministério das Relações Exteriores define como todo instrumento estabelecido entre uma Pessoa de Direito Internacional (ex. Estado ou Organização Internacional) e outra Pessoa de Direito Internacional ou outra, e é por meio deste, que são assumidas as obrigações e adquiridos os direitos, por escrito, sobre uma determinada matéria. Os atos internacionais mais comuns são: tratado, convenção, acordo, ajuste complementar, memorando de entendimento, protocolo e convênio. A expressão tratado surgiu a partir da Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados de 1969, como forma de designar de forma genérica um acordo internacional. (BRASIL, 2008).

O Brasil usa amplamente o termo "acordo" em negociações políticas, econômicas, comerciais, culturais, científicas e técnicas. Estes acordos, como Acordos-Quadro ou Básicos, servem como marco geral da cooperação e podem ser complementados por Ajustes Complementares (ato que normatiza um outro anterior)

ou Programas Executivos. Também são comuns Acordos por Troca de Notas ou Notas Reversais para assuntos administrativos e diplomáticos, e Acordos de Sede entre as organizações e os Estados ou organizações internacionais, permitindo as ações administrativas e técnicas, além de conceder privilégios e imunidades (BRASIL, 2008).

O memorando de entendimento trata-se de um documento escrito de forma simplificada que registra os princípios gerais que guiam as relações entre as partes em planos políticos, econômicos, culturais ou outros (BRASIL, 2013)

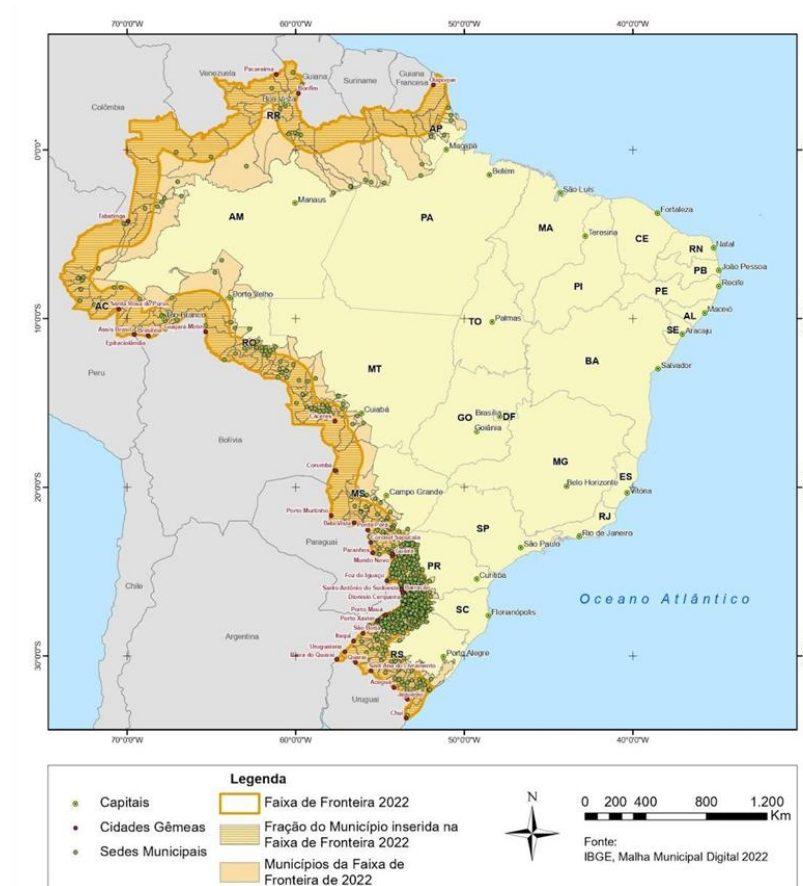
Na cooperação técnica brasileira, o "Protocolo de Intenções" é um acordo estabelecido entre um órgão da Administração Pública brasileira e uma entidade do setor privado (como uma organização não governamental ou empresa), com o objetivo de registrar a intenção das partes em colaborar. Este documento é geralmente o primeiro a ser assinado pelos envolvidos e não implica em compromissos vinculativos. Não possui valor operacional ou executivo, e não inclui as disposições nesse sentido (BRASIL, 2013).

E, convênio é empregado em termos de cooperação bilateral ou multilateral nas áreas econômica, comercial, cultural, jurídica, científica e técnica (BRASIL, 2008).

6.2 Saúde na fronteira

A fronteira terrestre do Brasil se estende por 16,9 mil km e faz divisa com 10 países vizinhos, conforme a figura 1. A faixa de fronteira tem 150 km de largura e abrange 1,4 milhão de km², representando 16,7% do território nacional. Existem 588 municípios nessa faixa, dos quais 435 estão completamente dentro dela. Ademais, 279 municípios têm acesso ao Oceano Atlântico, e duas lagoas, a Lagoa dos Patos e a Lagoa Mirim, estão na faixa de fronteira. Alguns municípios estão parcialmente na faixa, e 73 deles têm áreas urbanas nessa região. A Região Sul tem a maior quantidade de municípios na faixa de fronteira (418), sendo 196 no Rio Grande do Sul, 139 no Paraná e 83 em Santa Catarina (BRASIL, 2021).

Figura 1 - Municípios da faixa de fronteira do Brasil



Fonte: Brasil (2022a).

No Brasil existem 33 cidades-gêmeas, que são municípios vizinhos localizados em países diferentes. Destas, oito estão na região Centro-Oeste, com sete no estado de Mato Grosso do Sul e uma no Mato Grosso. A Região Norte abriga nove dessas cidades-gêmeas, a maioria delas no Acre, totalizando quatro. A Região Sul lidera o ranking com 16 cidades-gêmeas, sendo o estado do Rio Grande do Sul o destaque com 11 delas, correspondendo a um terço do total de cidades-gêmeas no país (BRASIL, 2022a).

O município de Foz do Iguaçu é considerado uma cidade gêmea e está instituído geograficamente na Região da Tríplice Fronteira, Brasil, Paraguai e Argentina, e enquanto território geográfico compartilhado por populações que apresentam uma extensa pluralidade sociocultural, gera grandes demandas no contexto da saúde pública. No âmbito epidemiológico, a Região da Tríplice Fronteira representa uma janela de transmissão e contágio de doenças, considerando o fluxo

de residentes fronteiriços e o acentuado fluxo migratório no cotidiano da vida da população dessa região.

As cidades gêmeas são aquelas localizadas na linha de fronteira geográfica que divide territórios nacionais e mantêm intensa interação com o país vizinho em razão da proximidade. No contexto brasileiro, são definidas como cidades cortadas pela linha de fronteira, seca ou fluvial, que apresentam elevado potencial de integração econômica, social e cultural. Podem ou não formar conurbações com municípios do outro país e frequentemente enfrentam desafios típicos das áreas fronteiriças, com impactos diretos no desenvolvimento regional e no exercício da cidadania. Essas localidades mantêm relações contínuas e significativas com os países vizinhos, desempenhando papel essencial na integração regional sul-americana, em que a proximidade geográfica e a convivência cotidiana favorecem a cooperação transfronteiriça (BRITO; MISSIO, 2019).

A Região da Tríplice Fronteira não é apenas uma convergência de limites territoriais entre os três países, mas também um centro de diversidade cultural, com cerca de 80 etnias, incluindo libaneses, chineses e israelenses, vivendo e trabalhando na região. As três cidades fronteiriças têm relações comerciais intensas. A região é famosa pela maior hidrelétrica do mundo, Itaipu Binacional, e por suas reservas florestais nos Parques Nacionais do Iguaçu no Brasil e do Iguazú na Argentina, mas o destaque principal são as impressionantes Cataratas do Iguaçu (SOUZA, 2017).

A assistência em saúde na fronteira é mais complexa devido a influência que sofre pelo grande fluxo de pessoas, e a efetividade das ações podem ser comprometidas pelo aumento da demanda. As características de cada sistema de saúde dos países de fronteira tornam difíceis a construção de um sistema único de saúde na fronteira (LEVINO; CARVALHO, 2011).

As políticas de saúde na fronteira devem ter uma atenção especial dos planejadores de políticas voltadas à integração, pois a saúde é considerada um setor estratégico para o desenvolvimento sustentável. Sem um planejamento integrado de saúde, os obstáculos enfrentados nos processos de integração provavelmente não serão superados (GADELHA; COSTA, 2007).

As ações de vigilância em saúde na fronteira, principalmente preventivas, precisam ser compartilhadas, principalmente, em cidades gêmeas, pois o território sanitário é único. A falta de mecanismos de troca de informações entre as cidades de

fronteira sobre os aspectos sanitários e epidemiológicos, enfraquece a atenção à saúde nos dois lados da fronteira (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

As regiões de fronteira, requerem sistemas de vigilância em saúde que integre os países fronteiriços e as políticas públicas que estejam articuladas com os diversos setores como educação, saúde, meio ambiente, habitação para que se possa favorecer as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (MONDARDO; STALIANO, 2020).

Existe uma integração cotidiana e espontânea nas regiões de fronteira. Ao mesmo tempo, os processos de integração, liderados pelas administrações centrais dos países, também afetam a sociedade em seu dia a dia, uma vez que impactam as unidades governamentais estaduais e locais. O desenvolvimento das regiões de fronteira pode contribuir para a descentralização da produção econômica nacional e reduzir as desigualdades sociais, tanto no âmbito nacional, quanto internacional (PENHA; DESIDERÁ NETO; MORAES, 2017).

6.3 Sistemas de saúde no Brasil, Paraguai e Argentina

A OMS definiu saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” uma definição que é muito questionada, pois remete a um estado de perfeição impossível de se atingir e pode ser considerada uma utopia (SEGRE; FERRAZ, 1997).

O conceito de saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, pois depende do momento que as pessoas estão vivendo, o lugar, os seus valores e crenças, reflete a condição social, política, econômica e cultural. O mesmo pode ser considerado para o conceito de doença, o que se entende por doença também varia muito e vai ser influenciado por esses mesmos fatores. A concepção de doença vem se alternando com o tempo, e a partir de diferentes conceitos, a humanidade vem enfrentando-a de diversas formas (SCLIAR, 2007).

O aparecimento de doenças está ligado às características e aos fatores individuais, mas tem influência de fatores ligados à organização política e social. Nas doenças transmissíveis, fica mais evidente a influência de fatores políticos, sociais, ambientais e econômicos, pois é preciso que o Estado esteja organizado para o controle e prevenção de doenças (DALLARI, 2008).

Em 1978, foi realizada pela OMS a Conferência Internacional de Assistência

Primária à Saúde em Alma-Ata que enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos; com destaque para a responsabilidade do Estado na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde (SCLAR, 2007).

Essa conferência teve um impacto significativo nas políticas de saúde em todo o mundo e influenciou a criação de diversos programas e estratégias de APS em vários países.

A APS surgiu como uma política pública destinada à integração dos serviços de saúde, com o objetivo de melhorar a prestação de serviços nessa área. Desde o seu surgimento, a APS enfrentou os desafios de implementação devido aos desacordos com os sistemas políticos existentes. No entanto, alguns de seus componentes fundamentais, como equidade, participação social, promoção da saúde e atenção aos determinantes sociais, fizeram com que essa abordagem fosse retomada, como para aprimorar a oferta de serviços de saúde (TORRES; HERRERA, 2021).

A ênfase na equidade na APS significa que o sistema de saúde deve buscar reduzir as desigualdades em saúde, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso igualitário aos serviços e tratamentos necessários. A participação social é um princípio fundamental da APS, que implica envolver a comunidade e os pacientes na tomada de decisões relacionadas à saúde, promovendo uma abordagem mais democrática e transparente no processo de formulação de políticas de saúde (TORRES; HERRERA, 2021).

As políticas de saúde são fundamentais para garantir o acesso universal aos serviços de saúde de qualidade, prevenir doenças e promover a saúde da população.

Na América Latina, as políticas sociais e de saúde ocupam lugares distintos nos governos neoliberal (direita) e progressistas (esquerda). Os governos de direita veem as políticas sociais como uma área importante para manter a legitimidade, mas buscam mercantilizar e gerar lucro para o capital e os governos de esquerda priorizam as políticas sociais e de saúde como instrumentos para gerar bem-estar e vida digna aos cidadãos. Os dois principais modelos de atenção à saúde: a cobertura universal como se conhece na América Latina no pluralismo estruturado é defendida pelo Estado neoliberal e o SUS se alinha com o estado social (LAURELL, 2017).

A Cobertura Universal de Saúde refere-se à cobertura de seguro e não ao

acesso universal aos serviços, introduzindo o mercado e a competição na administração e prestação de serviços médicos. Em contraste, o SUS busca garantir o direito universal à saúde como responsabilidade do Estado, fundamentando-se na gratuidade, solidariedade, redistribuição e cobertura integral e integrada de serviços para toda a população (LAURELL, 2017).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2022), os sistemas de saúde nas Américas enfrentam diversos desafios, caracterizados principalmente pelo subfinanciamento, segmentação e fragmentação. Embora alguns países estejam passando por processos de reforma e fortalecimento do setor da saúde, esses esforços ainda não foram suficientes para proteger a região das pressões causadas pela pandemia da COVID-19. Uma das principais questões é o baixo investimento público em saúde, que representa, em média, apenas 4,2% do Produto Interno Bruto (PIB) da região. Essa porcentagem está longe da meta recomendada de 6% para garantir uma infraestrutura adequada e recursos humanos suficientes para atender às necessidades de saúde da população.

As reformas dos sistemas de saúde na América Latina e Caribe (ALC) tiveram impactos significativos nos aspectos sanitários e nas políticas de saúde dos países, resultando em profundas desigualdades sociais e econômicas e piorando as condições de vida da população. Essa deterioração foi agravada pelas crises econômicas ocorridas nas décadas de 1980 e 1990, bem como a crise de 2008 e os efeitos pós-pandemia da COVID-19. Essa situação poderá dificultar o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e representa um risco para o surgimento e ressurgimento de doenças e problemas de saúde pública. Diante desse cenário, se faz necessário um sistema público de saúde que atue de forma mais ampla e integrada para evitar uma grave reversão na situação de saúde da população da região (GÖTTEMS *et al.*, 2021).

No Paraguai, o sistema de saúde pública é estruturado pelo Instituto de Previsão Social (IPS) e pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS). O IPS é responsável por oferecer serviços de saúde para os trabalhadores do setor público e privado, enquanto o MSPBS é encarregado de formular e implementar políticas de saúde em todo o país. O sistema de saúde pública enfrenta desafios consideráveis, como a escassez de recursos financeiros e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde em diferentes regiões. Em áreas rurais e remotas, a infraestrutura de saúde pode ser precária, o que afeta negativamente o acesso à

atenção médica de qualidade (ALUM; BEJARANO, 2011).

O marco legal de saúde no Paraguai foi regulamentado pela Constituição Nacional de 1992, o Código de Saúde - Lei nº 836/80 (PARAGUAI, 1980) e a Lei nº 1032/96 (PARAGUAI, 1996) que criou o Sistema Nacional de Saúde (DULLAK *et al.*, 2011).

Em torno de 35% dos paraguaios, segundo resultado da Medição de Exclusão Social em 2006, não têm acesso regular aos serviços de saúde. Desde 2008, o Paraguai vem implementando um sistema de saúde baseado na APS com a criação e implantação de Unidades de Saúde da Família e promovendo políticas integradas com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população (ALUM; BEJARANO, 2011).

O estudo de *Encuesta Permanente de Hogares* (EPH) de 2014, mostrou que o sistema de saúde paraguaio depende em grande parte da capacidade de pagamento dos indivíduos, prejudicando principalmente a população pobre e extremamente pobre, que enfrenta dificuldades para acessar os serviços médicos essenciais devido aos altos custos. Os pagamentos por medicamentos são particularmente onerosos para os mais pobres, e as hospitalizações representam o maior risco de gastos excessivos (CABALLERO *et al.*, 2017).

O financiamento insuficiente da saúde no Paraguai está ligado ao nível de desenvolvimento do país e a um sistema tributário ineficaz para arrecadar os recursos necessários para enfrentar os desafios do desenvolvimento. Entre 2000 e 2016, o PIB paraguaio teve um aumento significativo, mas o modelo tributário é regressivo, com a maioria das receitas provenientes de impostos indiretos. As reformas fiscais implementadas na década de 2000 foram parciais e insuficientes, mantendo a pressão tributária em torno de 12 a 13% do PIB, mesmo com a introdução de novos impostos. Sendo que não foram adotadas medidas fiscais para controlar os produtos prejudiciais à saúde, como tabaco, bebidas alcoólicas e alimentos com alto teor de açúcar, o que resulta em ônus substanciais para a saúde e as finanças (CABALLERO *et al.*, 2019).

Como resultado, os gastos sociais são baixos: de 2007 a 2015, os gastos públicos sociais no Paraguai aumentaram de 8,1% para 12,0% do PIB, enquanto no mesmo período na América Latina, eles cresceram de 11,5% para 14,5%. No entanto, os recursos alocados para a saúde ainda são limitados, com os gastos públicos em saúde atingindo apenas 3,3% do PIB em 2016. A principal fonte de financiamento do sistema de saúde é o gasto privado direto, principalmente na compra de

medicamentos. Esse modelo de financiamento é desigual, já que coloca a maior parte do ônus sobre os doentes, e aqueles com menos capacidade de pagamento correm o risco de enfrentar as dificuldades financeiras devido às doenças ou acidentes. Além disso, 97% dos gastos públicos em saúde são administrados pelo MSPBS e pelo IPS, e esses recursos são predominantemente gerenciados de forma centralizada (CABALLERO *et al.*, 2019).

Para melhorar a proteção financeira e a equidade do sistema de saúde, as políticas setoriais devem focar no acesso aos medicamentos e na redução dos custos hospitalares. É fundamental considerar uma perspectiva integral, baseada no direito à saúde da população, para garantir que as necessidades médicas sejam satisfeitas de forma equitativa. Adicionalmente, é importante priorizar as necessidades das populações mais vulneráveis em relação aos gastos excessivos, ou seja, os pobres (CABALLERO *et al.*, 2017).

Ao longo da história, o Paraguai teve poucos e lentos processos de reforma do sistema de saúde, mais recentemente com transformações políticas iniciaram as mudanças estruturais e funcionais no sistema de saúde, especialmente na incorporação de novas estratégias voltadas à APS, com objetivo de ampliar o acesso integral aos serviços de saúde com base na equidade e universalidade para a população mais vulnerável. O grande desafio é operacionalizar a APS nos níveis subnacionais no país devido às restrições orçamentárias, capacidade gerencial e organização inicial. Os conselhos regionais e locais de saúde ainda enfrentam problemas na implementação efetiva da APS como serviço de primeiro contato e na garantia de acesso aos serviços de atenção à saúde de maior complexidade, apesar desses desafios há esforços contínuos para fortalecer e melhorar a APS no Paraguai (DULLAK *et al.*, 2011).

Em uma pesquisa sobre a implementação da APS no Paraguai ao longo de três períodos governamentais (2008-2012, 2012-2013 e 2013-2018), os indicadores demonstraram progresso na criação de um novo modelo de governança. Esse modelo envolve a participação de atores-chave em nível regional e local, juntamente com representantes das comunidades, na tomada de decisões e na gestão da estratégia de APS. Adicionalmente, promove o empoderamento contínuo dos usuários e das equipes de saúde da família, bem como a aderência aos valores sociais. Também são observadas modalidades mais flexíveis de organização e liderança no nível de atenção primária, juntamente com as melhorias na gestão integrada entre os

diferentes níveis de atendimento, apesar dos desafios, como a redução de investimentos e a alta rotatividade de gerentes e técnicos de saúde devido às mudanças de governo (CABRAL-BEJARANO *et al.*, 2020).

Na Argentina, o sistema de saúde caracteriza-se por sua organização federal, que concede autonomia às províncias para administrar os serviços de saúde e educação. No entanto, essa descentralização levou à fragmentação institucional e à dispersão dos centros de decisão. Diferentemente de outros países como Brasil e Uruguai, a Argentina não conseguiu uma concentração efetiva dos recursos e da administração da saúde em uma única entidade arrecadadora, o que dificulta a coordenação e o planejamento em nível nacional. A distribuição de poderes entre a Nação e as províncias limita a capacidade de ambos os níveis de governo para implementar reformas significativas no sistema de saúde (ARCE, 2012).

No que diz respeito ao financiamento público, o sistema argentino é altamente descentralizado. O gasto público nacional em saúde é relativamente constante ao longo do tempo, mas é significativamente menor em comparação ao gasto consolidado realizado pelas províncias. As transferências do governo central para as províncias são pouco significativas e não se relacionam com as características específicas de cada jurisdição, mas sim com a estrutura populacional (MACEIRA, 2008).

Os hospitais públicos são administrados principalmente pelas províncias, embora alguns estejam sob o controle do governo nacional. Apesar de a maioria dos leitos pertencer ao setor público, os serviços privados geram a maior parte das receitas do sistema de saúde (ARCE, 2012).

São necessárias reformas contínuas para se adaptar às mudanças nos mercados de saúde, tecnologia e demandas da população. É importante que o governo central construa um sistema mais equitativo, modernize a oferta pública de saúde, equipare coberturas na seguridade social, fortaleça a regulação do setor, melhore a coleta de informações e considere outros fatores que influenciam a saúde da população. As reformas devem ser um processo contínuo e estratégico para alcançar um sistema de saúde mais eficiente e justo na Argentina (CETRÁNGOLO, 2014).

Há grandes heterogeneidades territoriais na distribuição e disponibilidade de recursos humanos no primeiro nível de atenção do setor público em relação à população usuária, especialmente na província de Buenos Aires. A maioria dos

Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS) nessa província depende dos municípios, enquanto em outras províncias, a maioria é de dependência provincial. Essa descentralização total dos serviços para os municípios ocorreu sem uma definição clara sobre as prestações que os CAPS devem oferecer, o que resultou em uma grande heterogeneidade na oferta de serviços no primeiro nível de atenção. Outrossim, a lei de coparticipação financeira desincentiva a atenção nos centros do primeiro nível, favorecendo modelos sanitários baseados em centros de maior complexidade, o que cria uma contradição para os municípios que buscam equilibrar a prestação de serviços eficientes com a manutenção de recursos financeiros (FREIDIN *et al.*, 2020).

A garantia do direito à saúde no Brasil foi uma conquista associada à Constituição Federal de 1988 e resultou na criação do SUS. Antes disso, a população brasileira estava dividida entre aqueles que podiam pagar por serviços de saúde, aqueles com empregos formais que tinham acesso à previdência pública e os indigentes que buscavam atendimento por caridade. A partir de 1988, o SUS passou a beneficiar toda a população, proporcionando avanços na vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, bem como no Programa Nacional de Imunização (PNI) e apresentando melhora na rede de urgência e emergência e os indicadores de saúde, contribuindo para o bem-estar social (MENEZES; MORETTI; REIS, 2020).

No Brasil, a lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990), estabeleceu as atribuições de cada esfera de governo na saúde, sendo a direção do SUS única nos níveis nacional, estadual e municipal. Os gestores do SUS atuam em âmbitos político e técnico, envolvendo a negociação e tomada de decisões em conjunto com outros atores sociais. Participam em instâncias como conselhos de saúde, conselhos de representação de secretários de saúde, comissões intergestoras, entre outros (NORONHA *et al.*, 2012).

No âmbito técnico, os gestores exercem funções de gestão necessárias para a implementação de políticas de saúde, alinhadas aos princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. As macrofunções gestoras abrangem a formulação de políticas e planejamento, o financiamento, a regulação e a prestação direta de ações e serviços de saúde. Essa atuação é permeada por variáveis políticas e requer uma abordagem compartilhada e negociada para alcançar os objetivos do SUS (NORONHA *et al.*, 2012).

Desde a implementação do SUS, houve avanços consistentes em direção à

cobertura universal, baseados nos princípios de universalidade, integralidade e equidade estabelecidos na Constituição de 1988. A Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenhou um papel fundamental, com um aumento significativo no número de equipes ao longo dos anos, cobrindo aproximadamente 62,5% da população brasileira. No entanto, existem desafios na expansão da cobertura da APS, incluindo escassez de profissionais médicos, restrições orçamentárias, dificuldades em áreas remotas e maior cobertura por planos privados de saúde. A qualidade da atenção à saúde na APS varia entre os municípios, o que dificulta o enfrentamento do perfil sanitário do país, incluindo doenças crônicas, problemas de saúde mental, distúrbios alimentares e aumento da mortalidade violenta (TASCA *et al.*, 2020).

Ao longo dos 30 anos após a promulgação da Constituição Federal, o país passou por mudanças significativas no perfil demográfico e epidemiológico. O aumento da população idosa e o predomínio de doenças crônicas demandaram uma transformação no modelo de cuidados de saúde, de foco em doenças agudas para cuidados contínuos. A expansão da cobertura de serviços de saúde é necessária para atender a essas demandas, mas o país enfrenta desafios, como desigualdades na distribuição dos serviços e a falta de coordenação e integração entre os diversos níveis de governo. O aumento dos gastos com saúde devido ao envelhecimento da população é uma preocupação. É essencial buscar soluções que promovam a coordenação, a equidade e a integração para garantir um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil (NORONHA *et al.*, 2018).

Os investimentos em infraestrutura na APS foram significativos, incluindo programas de requalificação da UBS. O Programa Mais Médicos foi importante para suprir a falta histórica de profissionais, beneficiando milhões e reduzindo internações evitáveis. No entanto, persistem problemas como desigualdades na estrutura dos serviços, falta de pessoal qualificado e incompletude na oferta de ações de saúde. A organização dos serviços, gestão da ESF e prática profissional também enfrentam desafios, assim como a plena utilização de tecnologias de informação e comunicação. É necessário melhorar para garantir atenção à saúde equânime e de qualidade, especialmente para grupos vulneráveis e regiões remotas. Melhorias sistêmicas no SUS e na APS são fundamentais para enfrentar esses desafios e continuar avançando na promoção da saúde da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

7 REFERENCIAL TEÓRICO

O termo "interacionismo simbólico" foi adotado como uma designação para uma abordagem distinta no estudo da vida humana em grupo e comportamento humano. Vários estudiosos notáveis, incluindo George Herbert Mead, John Dewey e outros, contribuíram para a sua base intelectual. Apesar das diferenças em seus pensamentos, eles compartilharam uma visão semelhante sobre o estudo da vida em grupo humano, formando assim, o conceito central do interacionismo simbólico (BLUMER, 1969).

O interacionismo simbólico é uma perspectiva teórica que permite entender como os indivíduos interpretam objetos e outras pessoas durante as interações, influenciando o comportamento em situações específicas. Autores como Kanter (1972) e Hall (1987) destacaram sua utilidade no estudo da vida social, enfatizando uma visão humanística que reconhece a capacidade das pessoas de usar raciocínio e simbolização para interpretar e adaptar-se às circunstâncias. Essa abordagem é considerada adequada para analisar os processos de socialização, ressocialização e mobilização de mudanças em opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Segundo Dumas, Oliveira e Costa (1997), o interacionismo simbólico é o referencial teórico mais adequado para orientar a prática da Enfermagem, seja na pesquisa, no ensino ou na assistência, pois destaca a importância dos significados que as pessoas atribuem às suas vivências.

O termo "interacionismo simbólico" foi criado por Herbert Blumer para descrever sua abordagem teórico-metodológica. Sua motivação para isso era enfatizar a importância da ciência empírica, que se concentra no estudo do mundo real. Ele reconheceu a necessidade de uma metodologia clara para estudar esse mundo, e se dedicou a esclarecer os princípios fundamentais da abordagem interacionista (LOPES; JORGE, 2005).

O interacionismo simbólico se baseia em três premissas simples: a primeira é que os seres humanos agem com base nos significados que atribuem às coisas ao seu redor, abrangendo objetos físicos, pessoas, categorias, instituições, ideais e situações, a segunda premissa diz que esses significados são derivados da interação social, a terceira premissa afirma que esses significados são moldados por um processo interpretativo individual (BLUMER, 1969).

O interacionismo simbólico enfatiza a importância dos símbolos na interação humana, pois esses símbolos são usados para a representação e a comunicação social. Os conceitos-chave incluem o "*self*", que se refere à capacidade de uma pessoa ser o objeto de sua própria ação, e a "mente", que é um processo emergente quando os indivíduos interagem consigo mesmos usando símbolos significativos. Tanto os símbolos, quanto a mente, têm origens sociais. Esse quadro teórico ajuda a entender a interação social como um processo em que as pessoas se relacionam, comunicam-se e interpretam umas às outras. A interpretação e a definição desempenham um papel fundamental na interação simbólica. Basicamente, o interacionismo simbólico examina como as pessoas constroem os significados e interagem umas com as outras (SANTOS; NÓBREGA, 2004).

Dentro do processo de interação simbólica, as ações individuais dos seres humanos levam às ações conjuntas. Essas ações conjuntas são o resultado da percepção individual de cada pessoa em relação às intenções das outras. Isso leva a uma resposta que é construída com base nessas intenções. A ação conjunta não é simplesmente uma soma das ações individuais, pois cada indivíduo ocupa uma posição única e age de acordo com essa posição, contribuindo com um comportamento separado e distinto no contexto da interação (UTZUMI *et al.*, 2018).

8 PERCURSO METODOLÓGICO

8.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. A pesquisa qualitativa é caracterizada pela sua diversidade de abordagens teóricas e metodológicas, permitindo que os pesquisadores explorem os pontos de vista subjetivos, estudem as interações sociais e busquem entender as estruturas sociais subjacentes (FLICK, 2009).

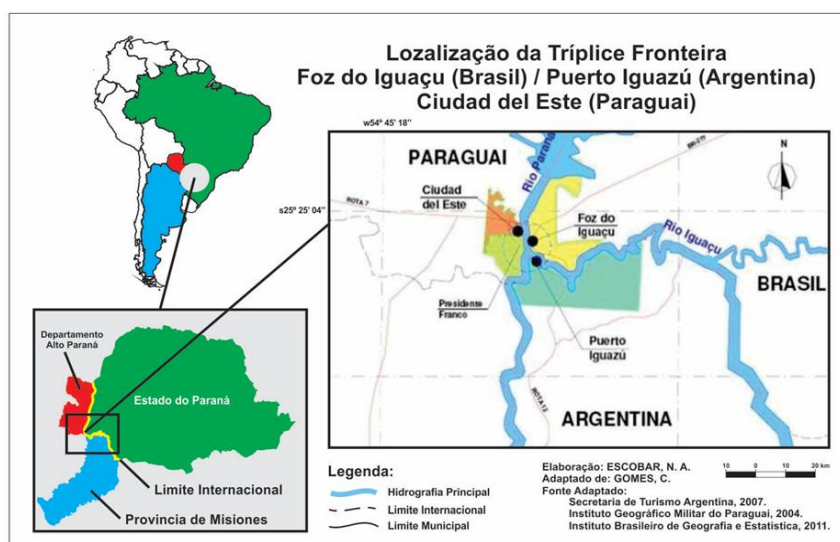
Optou-se pela abordagem qualitativa, pois a pesquisa qualitativa desempenha um papel crucial na compreensão das relações sociais em um mundo em constante transformação, onde os pesquisadores precisam adotar abordagens mais flexíveis, como o uso de conceitos sensibilizantes e estratégias indutivas, para se adaptarem aos novos contextos sociais e as perspectivas emergentes. Essa flexibilidade torna a pesquisa qualitativa uma ferramenta valiosa para explorar a complexidade das experiências humanas e dos fenômenos sociais (FLICK, 2009).

Portanto, a abordagem qualitativa na avaliação da prática de intercâmbio internacional de enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina possibilita uma compreensão aprofundada e contextualizada das experiências e dos resultados desse intercâmbio.

8.2 Campo de pesquisa

Este estudo teve como foco da pesquisa o município brasileiro de Foz do Iguaçu, localizado no extremo oeste do estado do Paraná, na fronteira com Paraguai e Argentina (Figura 2).

Figura 2 - Localização da Tríplice Fronteira - Foz do Iguaçu (Brasil) / Puerto Iguazu (Argentina) / Ciudad del Este (Paraguai)



Fonte: Brasil (2011); Instituto Geográfico Militar do Paraguai (2004) e Secretaria de Turismo da Argentina (2007 apud Correa *et al.*, 2022).

A cidade de Foz do Iguaçu possui uma população de 285.412 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2022a). As unidades de saúde da APS em Foz do Iguaçu, compreendem 29 unidades, destas oito foram selecionadas pela gestão municipal para o projeto de intercâmbio técnico científico. A escolha das unidades considerou critérios estratégicos, como a localização geográfica, visando facilitar o deslocamento dos intercambistas; a estrutura física adequada; e a composição mais completa das equipes da ESF, o que possibilitou uma experiência mais abrangente e representativa das práticas de Enfermagem na APS do município. Essas oito unidades, portanto, constituíram-se como campos de observação e vivência profissional e serão consideradas como cenário deste estudo.

Segundo a Portaria nº 125 de 21 de março de 2014 (BRASIL, 2014a) / Ministério da Integração Nacional (MIN), são consideradas cidades gêmeas os municípios atravessados pela linha de fronteira, independentemente de ser terrestre ou fluvial e de estar conectada por uma infraestrutura, e demonstrarem um significativo potencial de integração econômica e cultural. Podem ou não estar em uma conurbação ou semiconurbação com uma localidade do país vizinho e exibir uma concentração aumentada dos problemas típicos da fronteira, os quais impactam diretamente o desenvolvimento regional e a cidadania (BRASIL, 2014a).

Essa classificação permite que esses municípios brasileiros recebam políticas públicas específicas, promovendo suas capacidades individuais e garantindo as ações mais alinhadas com as realidades regionais correspondentes. Atualmente, há o reconhecimento de 33 cidades-gêmeas no país (BRASIL, 2022b).

8.3 Participantes da pesquisa

A população estudada foi constituída por enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina que participaram do intercâmbio técnico-científico na APS do município de Foz do Iguaçu. Ao todo o referido projeto contempla em torno de 141 enfermeiros, sendo 26 do Brasil, 69 do Paraguai e 46 da Argentina.

O número de participantes foi definido com base no critério de saturação teórica, ou seja, o ponto em que novas entrevistas deixaram de acrescentar informações relevantes às categorias de análise. Essa decisão segue a orientação de Minayo (2017), que destaca que, nas pesquisas qualitativas, o tamanho da amostra deve ser determinado pela profundidade e riqueza das informações, e não pela representatividade numérica dos participantes.

8.4 Critérios de inclusão e exclusão

Neste estudo foram considerados como critérios de inclusão: ser enfermeiro, com nacionalidade brasileira paraguaia ou argentina; desempenhar atividades laborais na APS; possuir tempo mínimo de quatro anos de atuação na APS, de modo a assegurar experiência consolidada nas práticas assistenciais e de gestão, com vivência em diferentes etapas do processo de cuidado; não ocupar cargo gerencial ou função de coordenação, a fim de evitar vieses hierárquicos e garantir a autenticidade dos relatos sobre as experiências assistenciais e ter concluído o projeto de intercâmbio técnico-científico, em serviços de saúde da APS em Foz do Iguaçu.

Não foram considerados os enfermeiros que estavam de férias, licenças ou que após três contatos consecutivos não retornaram.

Com o propósito de identificar os enfermeiros, brasileiros, paraguaios e argentinos, que atendem aos critérios de inclusão, foi realizado um contato prévio no mês de abril de 2024, com todos os intercambistas, dos referidos países, por meio de *WhatsApp* fornecido pelo COREN-PR e enviado um formulário via *Google Forms* em

português e espanhol, com a apresentação da pesquisa e o levantamento dos dados exigidos nos critérios de inclusão e exclusão.

8.5 Coleta de dados

Após a seleção dos enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão, os participantes foram formalmente convidados a integrar a pesquisa por meio de correspondência eletrônica (*e-mail*), contendo a apresentação do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No corpo do *e-mail*, foi sugerida uma data e horário para a entrevista. Após o recebimento do TCLE assinado e a confirmação da disponibilidade, foi encaminhado o *link* de acesso à Plataforma *Microsoft Teams*, todas as entrevistas foram realizadas de forma on-line, conforme a conveniência de cada participante. Todos os documentos e materiais informativos foram disponibilizados em português e espanhol, respeitando os idiomas de origem dos enfermeiros participantes.

As entrevistas on-line foram realizadas em ambientes previamente combinados, garantindo condições adequadas de privacidade e sigilo. A pesquisadora certificou-se, antes do início de cada entrevista, de que não havia terceiros presentes e de que o participante estava em um espaço reservado e confortável para a conversa. O uso da Plataforma *Microsoft Teams* possibilitou uma comunicação estável e segura, preservando a integridade das gravações e o caráter confidencial das falas. Assim, buscou-se assegurar que fatores externos, como interferências sonoras ou interrupções, não comprometessem a qualidade e a autenticidade das narrativas.

Antes do início da coleta, foi realizada uma entrevista piloto pela mestranda, sob supervisão da sua orientadora do mestrado, com o objetivo de testar o roteiro e avaliar a condução da entrevista. Como o instrumento mostrou-se adequado e não houve necessidade de ajustes, a entrevista piloto foi mantida e incorporada ao material analisado na pesquisa.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, acompanhada de uma pesquisadora fluente em língua espanhola, nativa da Colômbia e doutoranda do Programa de Pós-graduação Sociedade, Cultura e Fronteiras da UNIOESTE, que auxiliou na comunicação e na condução das entrevistas com os enfermeiros argentinos e paraguaios, garantindo fidelidade linguística e fluidez comunicacional.

Aos participantes foi assegurado o direito de interromper a entrevista a qualquer momento, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas integralmente e posteriormente enviadas aos participantes para a revisão e validação do conteúdo. Foi concedido o prazo de sete dias para que pudessem sugerir correções, complementações ou exclusões. Na ausência de retorno dentro desse período, a versão transcrita foi considerada validada.

As entrevistas realizadas em espanhol foram transcritas integralmente pela pesquisadora bilíngue mencionada, assegurando a precisão linguística e a fidelidade semântica. Posteriormente, foram revisadas e traduzidas para o português pela pesquisadora principal, exclusivamente para fins de análise. Na versão final da dissertação, as falas originais foram mantidas em espanhol, preservando a autenticidade e o valor cultural das expressões idiomáticas. Essa decisão reforça o compromisso da pesquisa com a integridade das narrativas e com o respeito à diversidade linguística e cultural própria da região de fronteira.

A coleta de dados foi guiada por um roteiro semiestruturado, fundamentado na Teoria do Interacionismo Simbólico de Herbert Blumer (2009), contemplando questões sobre a experiência individual dos enfermeiros, a compreensão das práticas de gestão e assistência na APS no Brasil e em seus países de origem, e as vivências de integração grupal durante o intercâmbio técnico-científico (APÊNDICE A – versão em português; APÊNDICE B – versão em espanhol).

O quadro 1 a seguir relaciona os objetivos da pesquisa com as perguntas específicas aos enfermeiros intercambistas e destaca como essas perguntas se alinham com os princípios do interacionismo simbólico, enfocando a interpretação de experiências, percepções e interações sociais.

Quadro 1 - Apresentação da fundamentação teórica para a elaboração das questões norteadoras

Objetivo	Questões norteadoras	Interacionismo simbólico
Objetivo geral Analisar na perspectiva dos enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina o processo de intercâmbio na APS.	1. Como você descreve a sua experiência na instituição, durante o processo de intercâmbio técnico-científico entre os enfermeiros dos três países na APS?	O interacionismo simbólico enfatiza a compreensão da experiência dos indivíduos e como eles atribuem os significados às interações sociais. Isso se relaciona à busca por entender a experiência dos enfermeiros no intercâmbio.
	2. Quais aspectos específicos da sua experiência no intercâmbio técnico-científico você considera os mais significativos e por quê?	O interacionismo simbólico enfatiza a descrição das experiências pessoais e a interpretação dos significados atribuídos a essas experiências.
	3. Poderia descrever um momento ou situação durante o processo de intercâmbio técnico-científico que tenha tido um impacto significativo em você como enfermeiro?	O interacionismo simbólico destaca a importância dos momentos de interação que moldam a experiência individual.
Objetivos específicos 1 Compreender a percepção do enfermeiro sobre as práticas de gestão e assistência de Enfermagem na APS no Brasil e no seu país de origem.	4. Como você percebe as diferenças sobre as práticas de gestão e assistência de Enfermagem na APS entre o Brasil e seu país de origem?	O interacionismo simbólico enfatiza a percepção individual das diferenças e como essas percepções influenciam o comportamento.
	5. Poderia compartilhar uma experiência que ilustra como a percepção das diferenças nas práticas de gestão e assistência de Enfermagem influenciaram suas ações como enfermeiro durante o intercâmbio técnico-científico?	O interacionismo simbólico destaca a importância de experiências que ilustram a influência das percepções nas ações.
Objetivos específicos 2 Analisar a construção da interação grupal no processo de intercâmbio dos enfermeiros na APS.	6. Como você descreveria a dinâmica de interação entre os enfermeiros no grupo durante o intercâmbio técnico-científico?	O interacionismo simbólico destaca a importância das interações sociais e da dinâmica grupal na construção de significados e experiências.
	7. Você poderia compartilhar um exemplo de como a interação grupal afetou sua experiência durante o intercâmbio técnico-científico?	O interacionismo simbólico enfatiza os exemplos específicos de como as interações grupais afetam a experiência individual.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

8.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme a Análise de Conteúdo Temática, a qual contempla três etapas: pré-análise, em que os dados são organizados e realiza-se o planejamento e leitura “flutuante”; a exploração do material, em que se realiza a codificação, a partir dos dados brutos e núcleos de compreensão do texto e, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2016).

As unidades de registro foram identificadas e agrupadas por semelhança de sentido, originando categorias e subcategorias temáticas, que compuseram a árvore de temas do estudo.

O processo analítico ocorreu de forma contínua e reflexiva, com leituras sucessivas e revisões das categorias e significados ao longo da interpretação do material empírico. Para a organização e sistematização dos dados, utilizou-se o *software* NVivo 12 Plus, que possibilitou o armazenamento, codificação e recuperação das unidades de significado, favorecendo a identificação de convergências e divergências nos discursos.

A validação e a confiabilidade dos dados foram asseguradas pela saturação teórica e pela revisão da orientadora, que acompanhou as etapas de codificação e categorização, garantindo a coerência entre o material empírico e o referencial teórico adotado.

A familiaridade da pesquisadora com o território de fronteira e com os serviços de saúde locais também contribuiu para uma interpretação contextualizada e sensível às especificidades culturais dos três países envolvidos.

8.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida atendendo todos os preceitos éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pesquisa envolvendo seres humanos e submetida e aprovada pelo Comitê de Ética para Pesquisas (CEP) com seres humanos da UNIOESTE pelo número: “CAAE” nº 77467724.7.0000.0107 (APÊNDICE E).

Para cada participante foi entregue um TCLE em português (APÊNDICE C) e espanhol (APÊNDICE D).

Para garantir o anonimato dos participantes eles foram identificados por letras, sendo BR para enfermeiros brasileiros, AR para enfermeiros argentinos e PY para enfermeiros paraguaios, de forma numerada.

8.7.1 Riscos da pesquisa

Esta pesquisa, apresentava riscos à invasão de privacidade, responder as questões sobre seu conhecimento e experiências em tema específico e tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário. Para tanto, foram tomadas as seguintes medidas e providências a serem adotadas frente aos riscos:

- a) minimizados desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões consideradas constrangedoras;
- b) garantido que os pesquisadores fossem habilitados aos métodos de coleta dos dados;
- c) atenção aos sinais verbais e não verbais do desconforto;
- d) garantido que o estudo fosse suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, consequente à mesma, não previsto no TCLE.
- e) garantido que os dados serão divulgados exclusivamente para fins de pesquisa, sendo assegurado o anonimato dos participantes, ou seja, nenhum dado que possa identificar os participantes será coletado;

8.7.2 Benefícios da pesquisa

A pesquisa sobre o intercâmbio técnico-científico de enfermeiros na região de fronteira poderá trazer vários benefícios para a prática da Enfermagem, a qualidade dos cuidados de saúde e o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros envolvidos. Espera-se que possa contribuir para melhorar a saúde nas áreas de fronteira, onde o acesso aos serviços de saúde muitas vezes é desafiador.

9 RESULTADOS

Inicialmente foram contatados os 141 enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina, que realizaram o projeto de intercâmbio e enviado o formulário para a seleção prévia. Destes 82 responderam ao questionário, sendo 10 brasileiros, 21 argentinos e 51 paraguaios.

Dos dez enfermeiros brasileiros previamente selecionados, dois foram excluídos por indisponibilidade, restando oito selecionados para as entrevistas. Em relação aos 21 enfermeiros argentinos que responderam ao questionário de seleção, 14 foram excluídos por não informar o tempo de atuação na APS ou por ocuparem cargos de gestão, e dos sete profissionais elegíveis, quatro participaram efetivamente das entrevistas, por saturação de dados. Entre os profissionais paraguaios, 51 responderam ao questionário, sendo 25 excluídos por não informar o tempo de atuação na APS ou por ocuparem cargo de gestão. Dos 26 enfermeiros paraguaios selecionados, quatro participaram das entrevistas, por saturação de dados. Assim, 16 enfermeiros participaram da pesquisa, sendo oito enfermeiros brasileiros, quatro argentinos e quatro paraguaios.

A faixa etária dos enfermeiros brasileiros entrevistados variou entre 28 e 49 anos, sendo predominantemente do sexo feminino. O tempo de formação profissional variou entre seis e 23 anos. No que se refere à qualificação acadêmica, sete possuíam título de especialista e um era mestre. O tempo de atuação na APS variou entre quatro e 22 anos.

Em relação aos enfermeiros argentinos a faixa etária, dos participantes oscilou entre 43 e 52 anos, sendo três do sexo masculino e um do sexo feminino. O período de formação foi entre 14 e 21 anos, e apenas um dos participantes possuía especialização. O tempo de atuação na APS variou de oito a 18 anos.

No que se refere aos enfermeiros paraguaios a faixa etária dos entrevistados variou entre 41 e 51 anos, sendo todos do sexo feminino. O tempo de formação oscilou entre 13 e 20 anos, e todos os participantes possuíam especialização. O tempo de atuação na APS foi entre 13 e 14 anos.

A partir das entrevistas emergiram quatro categorias temáticas que respondem aos objetivos propostos a saber: Papel do Enfermeiro, Gestão da APS, Interação Profissional e Barreiras e Desafios no Intercâmbio e nove subcategorias: Autonomia Profissional, Funções e Responsabilidades, Reconhecimento Profissional, Condições

de Trabalho, Organização dos serviços, Troca de conhecimentos, Vínculos entre os profissionais, Linguagem e Comunicação e Desafios na implementação de mudanças, as quais possibilitaram sintetizar a experiência dos enfermeiros no intercâmbio, conforme o quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Apresentação das Categorias e Subcategorias referente à perspectiva dos Saúde.

Categoria Temática	Subcategoria Temática
Papel do enfermeiro	Autonomia profissional
	Funções e responsabilidades
	Reconhecimento profissional
Gestão da APS	Condições de trabalho
	Organização dos serviços
Interação profissional	Troca de conhecimentos
	Vínculo entre os profissionais
Barreiras e desafios no intercâmbio	Linguagem e comunicação
	Desafios na implementação de mudanças

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

As categorias e subcategorias temáticas apresentadas no quadro 2 serão detalhadas a seguir, com o objetivo de proporcionar uma compreensão mais abrangente do conteúdo.

a) Categoria papel do enfermeiro

✓ Subcategoria autonomia profissional

Os enfermeiros brasileiros destacaram que os profissionais no Brasil, têm autonomia bem definida e atuam de forma independente, porém, perceberam que essa não é uma realidade dos outros países que participaram do intercâmbio, conforme as falas a seguir:

“Eu percebi que pelo menos pelo que elas falaram, né? Na Argentina, o enfermeiro não tem muita autonomia, tudo eles dependem muito do papel do médico, então. Eles não podem simplesmente chegar e fazer um teste rápido, por exemplo, né? Tudo tem que passar pelo médico, tudo tem que ser muito

[...]. Eu senti que eles não têm muito [...] eu digo autonomia mesmo, né? De exercer então [...]” (Enfermeiro BR1).

“Então é uma coisa que eu percebi assim que me marcou bastante, foi a questão da, da nossa autonomia, que não é uma coisa que às vezes a gente acha que é tão comum, né? O enfermeiro, prescreve, avisamos, faz um pré-natal, tem um consultório, né? Uma coisa que eu achava tão comum, e aí eu vi que eles não têm” (Enfermeiro BR3).

“A gente tem autonomia, a gente tem uma função muito definida mesmo, né?. A gente tem um respeito também dos colegas médicos, dos outros profissionais, dos pacientes, então eu acho que assim, o que eu fiquei mais reflexiva foi quanto a isso, sabe? Tem profissional dos outros países que aqui do lado e que ainda estão brigando para ter voz, sabe” (Enfermeiro BR2).

Os enfermeiros argentinos mostraram uma autonomia limitada, com dependência da aprovação médica, diferente do que eles puderam observar dos enfermeiros brasileiros e dos relatos dos enfermeiros paraguaios, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

“No había visto nunca en realidad que un licenciado en enfermería, tuviera tanta responsabilidad como la que tenía, porque nosotros, en nuestro país, tenemos los obstetras, y ahí el licenciado, como también lo vi en Paraguay, está a cargo de hacer. Los papanicolaos de la parte de laboratorio, a veces, mucha responsabilidad, que me pareció fabuloso y con tanta dedicación que tienen hacia el paciente” (Enfermeiro AR2).

“El ver como trabajan, porque me gustaría a mí poder trabajar así con esa tranquilidad, con ese respeto de que lo que decidió este enfermero se respeta, la no invalidacion a traves de un médico o un médico que no es invalidado por otro, hay una

jerarquía que me gusta como se respeta la verticalidad con respecto a las decisiones tomadas por uno y las interacciones que toman entre colectivo, es muy interesante” (Enfermeiro AR1).

Os enfermeiros paraguaios relataram que em seu país, os enfermeiros acumulam funções e têm menos autonomia:

“[...] como nosotros le decimos hacemos autogestión, no es para nosotros, es para el paciente, para los que vienen junto a nosotros, entonces, es por ellos lo que nosotros hacemos, no es solo por nosotros. Así mismo, y muchas veces hacemos más de lo que nos corresponde muchas veces para que el paciente vaya atendido, ¡verdad!” (Enfermeiro PY1)

“[...] en el desempeño de la enfermería, es la autonomía también que tienen sobre todo a la recepción del paciente, que es un poco más limitado el nuestro, que el de ustedes” (Enfermeiro PY4).

✓ Subcategoria: Funções e responsabilidades

Os enfermeiros brasileiros perceberam que no Brasil há uma divisão clara entre técnicos e enfermeiros, garantindo organização no atendimento e essa realidade é diferente nos demais países, conforme mencionado em falas de enfermeiros que participaram do intercâmbio, de acordo com os relatos a seguir:

“Eles trabalham como enfermeiros, como técnicos, como faxineiros, como secretário, então eles são, eles fazem multitarefas, né? Inclusive, é limpar o chão, retirar o lixo e nós não, né? [...]” (Enfermeiro BR3).

“[...] e ele já falava, nossa, é muito legal que vocês não têm que fazer no papel, né? Facilita muito o trabalho, vocês não fazem

tudo, né? Que vocês têm uma divisão mais definida do trabalho que o enfermeiro faz que o auxiliar faz, né? Que eles falaram que lá, principalmente no Paraguai. Os argentinos não falaram muito isso, mas os paraguaios falaram que lá eles acabam fazendo tudo. Não tem essa divisão, inclusive higiene da unidade, né? Limpeza, fica a responsabilidade de enfermeiro” (Enfermeiro BR8).

“Os paraguaios falavam assim: Quem são essas outras que ficam na vacina? Que ficam fazendo curativo? Não, elas são as técnicas de Enfermagem. Mas como assim? Não são enfermeiros formados? Não, são técnicas de Enfermagem. Aí elas acharam interessante a gente ter como se fosse um auxiliar, digamos assim. Elas falaram, né? Da profissão de Enfermagem, que lá elas não têm, que lá Elas por Elas” (Enfermeiro BR7).

“Tudo a cargo do enfermeiro, uma das coisas que me marcou bastante também foi o fato dela, de uma das, dos grupos das paraguaias [...] dessas paraguaias relatarem que a limpeza da unidade elas que faziam [...] ficaram nossa [...]. A gente não tem isso aqui [...] recepção, tudo por conta delas também [...]” (Enfermeiro BR5).

“A diferença [...] eu acho que [...] a gente aqui procura, seguir pelo menos as técnicas ou que o nosso conselho coloca como responsabilidade para nós e tal e lá eles fazem do jeito que dá, né?” (Enfermeiro BR2).

Os enfermeiros argentinos relataram que os licenciados e técnicos têm funções pouco diferenciadas, gerando sobrecarga de trabalho:

“A ver, hay cosas que hay que remarcar y que lo tienen bien en lo profesional, ustedes tienen bien delimitado la actividad del licenciado con respecto al enfermero técnico, que nosotros acá, si bien tenemos enfermeros licenciados, los licenciados hacen

todo, al igual que los técnicos, no nos permiten, a ver, la organización no está como para poder distinguir estos del licenciado y esto del técnico, todos hacen todo ¿me entiende?”
(Enfermeiro AR1)

“En realidad, nosotros tenemos todo nuestro trabajo, todos hacemos lo mismo, si es técnica de vacunación el licenciado o el profesional de enfermería, acá le dicen, allá técnico, acá es profesional y el auxiliar, prácticamente auxiliar casi ya no nos quedan muchos” (Enfermeiro AR2)

“[...] las diferencias que tenemos entre los distintos trabajos, nosotros acá en Argentina, prácticamente no diferenciamos el trabajo entre el enfermero y el técnico, nosotros le llamamos licenciado en enfermería y técnico en enfermería, prácticamente no tenemos diferencias en los trabajos, en el trabajo que realizan y poder comprender cómo se trabaja con un enfermero y un técnico en enfermería, no solamente en Brasil, sino que también entiendo que las colegas paraguayas trabajan de la misma forma” (Enfermeiro AR3)

Os enfermeiros paraguaios demonstraram claramente que, no Paraguai, há uma sobrecarga de funções, improvisação e falta de gestão estruturada:

“[...] lo que vivimos en Brasil fue una experiencia muy linda, una experiencia que lo que vimos es que la preparación que tiene cada uno allí, verdad, ¡eh! su función específica que tiene la enfermera, ¿Verdad? Aquí es diferente porque hay unidades que no tienen el equipo completo y vos hacés funciones muchas veces que no te corresponde, como se dice, verdad? pero de igual manera tenés que hacer, mira, porque no nosotros, aquí tenemos una meta establecida y esa meta tenemos que llegar, verdad?” (Enfermeiro PY1)

“[...] acá en una palabra, en un término se define autogestión, todo corre por cuenta del profesional, y ahí en Brasil, pudimos observar que la gestión es a nivel del sistema, gerenciado por cada nivel para cada instancia correspondiente” (Enfermeiro PY3)

✓ Subcategoria: Reconhecimento profisisonal

Os enfermeiros brasileiros identificaram que no Brasil, a profissão é reconhecida, sendo mais valorizada na questão salarial e respeitada, com maior protagonismo na APS, como pode ser percebido nas falas a seguir:

“[...] acho que o Paraguai ainda, estava um pouquinho melhor, assim nesse sentido, mas da Argentina, principalmente essa última colega que veio, ela falou umas coisas assim bem, chocantes, assim, sabe, em questão de falta de respeito, questão de que eles não têm um posicionamento, é meio que eles tão condicionados ao que o médico fala e pronto” (Enfermeiro BR2).

“E o que eu fiquei um pouco chocado assim, principalmente dos argentinos, é a questão da faixa salarial deles. É assim, comparando com o Brasil, era bem baixo, pelo que eles disseram [...]” (Enfermeiro BR6).

“[...] então, isso foi uma coisa também que me chamou bastante a atenção, é de como nós realmente é essa valorização, né? Que existe para gente, para nossa, para nossa classe [...] porque, por mais que é em outros estados, em outras cidades do Brasil o enfermeiro ele tem um salário inferior, mas ele trabalha como enfermeiro [...]” (Enfermeiro BR3).

“Mas o que mais me chamou atenção foi a questão do quanto enfermeiro é lá [...]. Talvez não tenha tanta valorização quanto

nós aqui, e a gente também acha que é uma coisa ruim, né?”
(Enfermeiro BR5).

Os enfermeiros argentinos revelaram que a profissão ainda luta por maior reconhecimento e valorização e perceberam que a teoria é diferente da prática nas diferentes realidades, como demonstrado nas falas a seguir:

“Nosotros pasamos a ser reconocidos como profesionales de la salud en el año 2019, acá en la provincia de Santa Fé, conquistamos una ley a fuerza de muchísimos esfuerzos y mucho trabajo hormiga, por así decirlo, pero todavía esa ley hasta el día de hoy no la implementa el Gobierno de turno”
(Enfermeiro AR1).

“Acá cuestan mucho, acá que te respeten, es porque te respetan, porque sos quien sos y no porque respetan a la profesión y esto es muy grave, al menos para mi visión”
(Enfermeiro AR1).

“[...] fue muy revelador porque uno cuando lo ve en la práctica, es decir, bueno, toma los textos, sí, cómo trabajan las enfermeras brasileras, cómo trabajan las enfermeras uruguayas, las enfermeras chilenas, las paraguayas, poder verlo en el campo de la realidad fue algo que para mí fue muy enriquecedor, que de hecho, parte de esa práctica y de esa independencia que tienen los colegas en tanto brasileras como paraguayos, digo las incluso las paraguayas porque tuve muy mucho vínculo con ellas y me parece que la experiencia fue entre los 3 países realmente más allá” (Enfermeiro AR3).

“[...], no se encuentra, digamos, unificado en cuanto a lo que son las actividades y los roles de enfermería en Argentina [...]”
(Enfermeiro AR4)

Os enfermeiros paraguaios destacaram o reconhecimento dos enfermeiros brasileiros na tomada de decisão e no trabalho em equipe, motivando-os a implementar as mudanças semelhantes no Paraguai, como descrito a seguir:

“A ver si se puede ir implementando esas estrategias, hay mucha fluidez entre el médico y la enfermera hay un trabajo muy cercano... Eso y que tienen esa autonomía en los enfermeros y esa parecería que tienen con el médico de ahí” (Enfermeiro PY4).

“[...] pues le puedes indicar ya el antibiótico, las gestantes no tiene que volver al día siguiente para consultar con el médico, entonces eso yo creo que es una experiencia, que es buena copiar, de hecho, nosotros habíamos presentado un proyecto [...]” (Enfermeiro PY4).

b) Categoria Gestão da APS

✓ Subcategoria: Condições de trabalho

Os enfermeiros brasileiros reconheceram que tem uma infraestrutura mais equipada e informatizada em comparação aos países vizinhos, conforme relatos a seguir:

“Eles achavam o máximo a gente ter o serviço informatizado, né? Que facilitava muito, e para a gente aqui a gente fala, meu Deus, né? Tipo, é o mínimo que tem que ter [...]. Ainda falta muita coisa e ele já falava, nossa, é muito legal que vocês não têm que fazer no papel, né?” (Enfermeiro BR8).

“Então é eu, eu lembro do olhar de alguns deles, assim, assustados, você pode fazer isso? Você tem um computador só para você, você tem ar-condicionado, então eles ficavam assustados de ver o tanto que a gente trabalha nessa parte, dessa gestão a gente tem a equipe, né? [...]. Eu lembro de

mostrar para eles, viram o sistema informatizado, viram o atendimento do pré-natal todo descrito, e eles ficaram chocados que em outra unidade eles poderiam abrir o mesmo sistema e ver tudo. Então, assim, eu percebi essa diferença absurda” (Enfermeiro BR3).

“Eles comentaram, inclusive, que lá falta é em relação à estrutura que lá é bastante pobre, nesse sentido, que inclusive um deles contou que fez a própria garagem da casa como um local para fornecer algum serviço de saúde lá [...]” (Enfermeiro BR3).

“O fato de que as Paraguaiaias, principalmente, trouxeram bastante isso [...]. Visitas com carro próprio, com moto própria em locais distantes não terem é, algumas contaram que não tinha um sistema de informação digital, ficavam abismadas [...]. Quando a gente mostrava o nosso sistema de uso, ficavam impressionadas [...]. Uma das coisas que mais me marcou foi isso, coisas que para gente são básicas, que hoje a gente não trabalha sem, e que elas não têm acesso” (Enfermeiro BR5).

“Os colegas de lá falaram que muitas vezes precisam improvisar porque não têm seringa, não têm gaze, às vezes nem luva. Aqui a gente tem controle, tem estoque, tem sistema que avisa quando está acabando” (Enfermeiro BR2).

“Mas assim, os colegas que vieram aqui, principalmente de cidades importantes ali da Argentina e tudo. Falaram que às vezes estava sem luva lá [...] porque nossa vocês usam?? Ela ficou abismada como que a gente tinha cliques, sabe aqueles clipe de papel?” (Enfermeiro BR2).

Os enfermeiros argentinos ressaltaram a precariedade estrutural e falta de privacidade na Argentina, contrastando com a organização eficiente e os melhores investimentos observados no Brasil, como pode ser percebido nos relatos a seguir:

“Por ejemplo, yo trabajo en un centro de salud grande donde tengo un consultorio bastante amplio, pero somos 3 enfermeros en simultáneo atendiendo a un paciente, lo cual viola mucho la privacidad, lo cual, el paciente lo ha naturalizado y lo peor que han utilizado también sabe quién, es el colega y eso yo hace muchos años que vengo peleando porque el consultorio de enfermería tiene que tener un solo enfermero como cualquier otro consultorio que atiende cualquier otro profesional” (Enfermeiro AR1).

“Ustedes tienen un centro de salud diseñado en función del trabajo del enfermero, que en un lugar se hace una consulta, en otro lugar se usa una práctica de vacuna, en otro lugar se hace una curación, yo hace años que vengo luchando porque tengamos espacios diferentes” (Enfermeiro AR1).

“[...] en comparación a lo que a lo que se intenta acá en Argentina, yo creo que la ventaja que tiene el sistema de salud de allá del sus, creo que la diferencia está en las inversiones que tienen, porque la cuestión estructural y de inversiones influye económica, no también, influye directamente en lo que es poder brindar una mayor organización en el trabajo institucional[...].” (Enfermeiro AR4).

Os enfermeiros paraguaios destacaram a escassez de recursos no Paraguai, ressaltando admiração pela estrutura e disponibilidade de recursos observadas no Brasil, afirmando que poderiam alcançar muito mais, se contassem com as condições semelhantes:

“[...] porque hay muchas cosas que nosotros aquí en Paraguay hacemos a pesar de que tenemos algunos déficits ¡verdad! de hacer muchas cosas, nosotros tenemos que ir a buscar, nosotros tenemos que ir a traer y es mucha la diferencia entre ustedes los Brasileños y los Argentinos [...] me siento muy orgulloso de ustedes también, porque ustedes la forma en que trabajan es maravilloso, si nosotros tuviéramos todo lo que ustedes tienen allá, Dios mío, todo lo que vamos a hacer, ¿verdad?” (Enfermeiro PY1).

“[...] los recursos disponibles que hay ahí, hay más recursos disponibles que aquí; Por ejemplo, falta muchos recursos, eso es lo que más me llamó la atención. Acá hay que adaptarse a la escases que tenemos, sí” (Enfermeiro PY2).

✓ Subcategoria: Organização dos serviços

Os enfermeiros brasileiros destacaram que possuem um modelo estruturado, com protocolos e informatização no atendimento, conforme registros das falas a seguir:

“Eu acho que aqui é mais organizado, a gente tem mais protocolos, é um serviço mais organizado. O enfermeiro tem muita atribuição, porém, fica em torno da assistência da Enfermagem, né? E eles não, eles fogem, eles acabam fazendo de tudo porque não tem recepção, não tem auxiliar administrativo. Não tem outras profissões, então eles fazem de tudo um pouco [...]. Isso acaba impactando a própria Enfermagem, porque não faz um serviço, né? Do enfermeiro que a gente espera” (Enfermeiro BR6).

“Porque era muito diferente o sistema de saúde deles (Paraguai), do jeito que eles trabalham, né? A estrutura do serviço deles [...] é muito diferente daqui [...] dá até para

entender e compreender, porque é que os pacientes, a população procura atendimento aqui no Brasil, né?” (Enfermeiro BR7).

“[...] em relação ao sistema de informação, eu lembro que acho que na Argentina eles tinham alguma coisa no Paraguai, eles falavam que usavam bastante, é os papéis, mas como a gente já tem aqui uma experiência de informatização do sistema de saúde, eu compartilhei com eles planilhas que eu uso aqui para que eles pudessem, como uma forma ali de uma experiência, né?” (Enfermeiro BR4).

Os enfermeiros argentinos reconheceram que tem um modelo de APS fragmentado, com centralização na figura do médico, como mencionado pelos participantes:

“Bueno, lo que pasa es que organizacionalmente ustedes tienen una estructura diferente, ustedes tienen pocos profesionales médicos y nosotros tenemos muchos profesionales médicos, ustedes tienen muchos enfermeros y nosotros tenemos pocos enfermeros, entonces es como que la situación de trabajo es invertida” (Enfermeiro AR1).

“En el trabajo que realiza, que hoy nosotros es nuestro problema, qué deberíamos. Un poco más nosotros trabajar más en equipo, con más especialistas dentro de un centro de salud para poder descongestionar nuestros hospitales” (Enfermeiro AR2).

“Una licenciada en enfermería en ciertas cuestiones y creo que es, no sé si en ciertas la mayoría de las veces la realiza Papanicolau, este hace seguimientos de embarazo que acá, en Argentina, por ejemplo realiza el ginecólogo, el control de peso y talla lo hace el licenciado enfermería, acá en Argentina lo hace pedir el médico pediatra y eso son prácticas que yo por ahí a mi humilde opinión, creo que desde enfermería acá en Argentina se

no sé si se perdieron porque nunca se hicieron, pero está bueno poder tener esa posibilidad” (Enfermeiro AR4).

Os enfermeiros paraguaios destacaram a falta de estrutura e de planejamento e autogestão dos serviços pelos profissionais, como relatado nas falas:

“Bueno, en cuanto a la gestión, bueno eh, nosotras las enfermeras somos las que hacemos las gestiones. La que sí necesitamos medicamentos, nosotros nos vamos a buscar, elaboramos nuestra planilla de medicamentos, o sea, la diferencia es mucha, porque ahí en Brasil, otros son los responsables de hacer las gestiones para que funcione tu servicio, en cambio aquí en Paraguay no somos nosotras las que gerenciamos para que funcione tu servicio. No tenés algo, vos tenés que ir a traer si no podés ir, no sé quién” (Enfermeiro PY1).

“[...] es diferente la atención, la estructura es más diferente, más especializados ahí en el, en la parte de donde nosotros recorremos y acá tenemos muy poca, estructura física” (Enfermeiro PY2).

“[...] acá nosotros trabajamos mucho por autogestión, verdad? ¡Y allá no! allá tiene cada departamento tiene su programa ampliado y acá nosotros, por ejemplo, tenemos que sacar del bolsillo para, eso es lo que más me llamó la atención, en lo poco que he visto ahí, esa parte [...]. A veces hacemos actividad, para poder recaudar fondos” (Enfermeiro PY2).

“[...] acá en una palabra, en un término se define autogestión, todo corre por cuenta del profesional, y ahí en Brasil, pudimos observar que la gestión es a nivel del sistema, gerenciado por cada nivel para cada instancia correspondiente” (Enfermeiro PY3).

“[...] hay otro punto que a mí me pareció muy positivo que hace rato no mencioné, es el que ustedes tengan un gerente en la unidad, que nosotros no incluye en nuestra estructura de trabajo” (Enfermeiro PY4).

c) Categoria Interação profissional

✓ Subcategoria: Troca de conhecimentos

Os enfermeiros brasileiros reconheceram a importância de repensar as práticas e a relevância da troca de experiência entre os três países, principalmente a cooperação entre fronteiras:

“Às vezes, no começo a gente ficou meio assim, inseguro em recebê-los, porque não sabia como ia ser, mas eles foram super, atenciosos, eles eram interessados, eles queriam mesmo aprender a diferença o que tinha de diferente aqui para poder levar para eles, né? E nós também, eu acho que foi uma troca bem rica de experiência entre a gente [...] eles também fizeram a gente pensar em muita coisa. Levantar dados, porque eles precisavam saber de tudo. Então, eu acho que isso aí foi bom para nós também, né? [...] fez a gente repensar também muita coisa né? Porque nem tudo a gente tinha a resposta na hora para dar e tinha que também que pesquisar, ir atrás. E eu creio que a gente também colaborou um pouco com a atuação deles lá” (Enfermeiro BR1).

“Foi uma experiência única, né? Foi uma coisa que eu acho que a gente não viu, não tem conhecimento e foi muito rico assim, sabe? De saber que uma profissão ela é tão diferente, né? Em três países tão iguais, vamos dizer assim, tão perto. Então, assim foi muito rico, a gente aprendeu muita coisa com eles e eles também [...]” (Enfermeiro BR2).

“Quebrou também muito preconceito dos brasileiros em relação aos paraguaios, aos argentinos [...]. Assim, no sentido de que a gente acha que lá é muito pior do que é [...], mas existe, né? [...] e não é como muita gente pensa que não tem nada” (Enfermeiro BR2).

“Foi uma experiência rica. É, eu acredito que dos dois lados, né? Porque eu pude conhecer um pouco melhor da realidade do Paraguai, né? É de como os enfermeiros lá eles trabalham com poucos recursos e eles também é, gostaram bastante de vir para cá, de conhecer, ficaram bastante impactados, então, acho que foi uma experiência rica dos dois lados, sabe? Para todo mundo. Eu gostei bastante” (Enfermeiro BR3).

“Eu acho que foi importante e porque a gente pode conhecer um pouquinho da realidade deles, né? Deles, é explicando por que em tudo havia a comparação, né? Eles perguntavam como funcionava aqui e falavam como funcionava lá [...] é uma experiência bem positiva, né? Porque a gente consegue integrar, é, eu sempre falo, a gente está aqui na fronteira e a gente não sabe como outro trabalha, né? E conhecer isso, eu acho que ajuda bastante o nosso dia a dia também, né? [...]” (Enfermeiro BR4).

“[...] e aí foi legal que a gente teve a experiência de um grupo do Paraguai que eles [...] é contaram um pouquinho sobre a cultura, porque a gente teve uma situação na unidade, com uma gestante que falava muito pouco, então, a gente estava um pouco desconfiado se poderia haver alguma situação de violência. E aí, eles mesmo falaram, não é, porque existem culturas dentro do Paraguai em que a mulher realmente não fala, então, foi legal porque a gente teve essa experiência, é o homem que fala e eles ajudavam também, na tradução do idioma dos pacientes que falavam espanhol, então, eles também ajudaram

bastante a gente, acho que estão, foi ali um compartilhamento mútuo da situação” (Enfermeiro BR4).

“Olha, foi enriquecedor. Você escuta experiências diferentes de outras culturas, outras realidades, outros sistemas de saúde. Então deu para ter uma noção assim de também, de que pé nós estamos no serviço, né? Então foi enriquecedor [...] em todos os sentidos, escutar experiências que talvez tenham dado certo com outra cultura também [...] para gente também tentar pôr em prática aqui coisas que a gente não tinha tentado ainda, trouxe muita carga, assim relevante escutar a experiências de outro local” (Enfermeiro BR5).

“Porque era muito diferente o sistema de saúde deles, do jeito que eles trabalham, né? A estrutura do serviço deles [...] é muito diferente daqui [...] dá até para entender e compreender, porque é que os pacientes, a população procura atendimento aqui no Brasil, né? [...]” (Enfermeiro BR7).

Os enfermeiros argentinos demonstraram grande interesse na organização dos serviços da APS, destacando positivamente o uso de tecnologia, organização dos serviços de vacinação e territorialização observados no Brasil, relatando que a experiência foi enriquecedora pessoal e profissionalmente.

“Me quedo muy sorprendida con la parte de tecnología que tienen, un vacunatorio espectacular, que me enamoré, me enamoré. Su conservadora, sus heladeras, su modo de trabajar, su distribución de vacuna, me enamoré, calendario de vacunas, todo. Foto, digo, cuándo vamos a tener esa heladera, todas esas conservadora. Todo digital, me encantó” (Enfermeiro AR2).

“[...] fue una experiencia enriquecedora, fue una experiencia en la cual no solo nos llevó adquirir nuevas experiencias, sino también nos llevó a poder encontrar cuestiones que tienen que

ver con nuestra profesión con colegas en la cual fueron muy positivas” (Enfermeiro AR4).

“[...] también hay una realidad de que, ustedes tienen una forma de organización de la población que para nosotros es bastante lejana, esto de que los equipos están asignados territorialmente, si vivís en tal lugar tu equipo de es, es tal tal, y tal persona, bueno, nosotros tenemos una organización bastante distinta [...]” (Enfermeiro AR3).

Os enfermeiros paraguaios destacaram que a troca de conhecimentos possibilitou identificar as diferenças culturais e educacionais entre o Brasil e Paraguai, e conhecer as novas abordagens de cuidado:

“[...] la diferencia es que en cuanto al control prenatal, por ejemplo, aquí las mujeres acuden solas, no acuden en compañía de sus parejas y la diferencia de ustedes allá en Brasil es que el control prenatal tiene que estar en pareja, que es lo ideal, ¿verdad? [...] implementar ese mismo sistema de Brasil aquí también, indicar el control prenatal para que vengan en pareja, ¿verdad?” (Enfermeiro PY1).

“[...] llamó mucho la atención porque la gente no se van en la casa ha vacunar, como por ejemplo nosotros aquí, nos vamos a la casa, pero allá ellos vienen al servicio vacunarse, eso es muy bueno y depende también de cada verdad porque hay educación para que ellos vengan a vacunarse en el en el servicio y acá por ejemplo, ya compraron poquito. Falta todavía mucha educación para que la gente pueda venir a acudir al servicio” (Enfermeiro PY2).

“La diferencia acá para Paraguay, es la cultura de los pacientes, se aferran tanto a su creencia, a su postura, en una palabra sería tipo más capricho. Oh, un poquito de rebeldía, eso acá en

Paraguay y que allá lo que yo pude observar es que se adecuan, se adaptan al sistema de trabajo” (Enfermeiro PY3).

“[...] es la colecta de sangre, para nosotros fue así, uau. Ojalá que algún día tengamos ¿verdad? la colecta de sangre ya en el en la unidad” (Enfermeiro PY4).

✓ Subcategoria: Vínculo entre os profissionais

Os enfermeiros brasileiros destacaram que o vínculo criado durante o intercâmbio foi significativo, proporcionando proximidade pessoal, empatia pelos colegas estrangeiros e trocas contínuas de experiências e conhecimentos, favorecendo a comunicação e a cooperação profissional entre os países:

“É, inclusive, a gente pegou o contato deles para depois. É questão de fotos [...] a gente teve alguns cursos que a gente fez. Eles fizeram questão de participar junto. É, então eu achei que eles foram bem parceiros [...]. Eu mandei para eles, como é que a gente faz as planilhas, como que a gente organiza” (Enfermeiro BR1).

“[...], porque você recebe Paraguai, eles recebem brasileiros e a gente não sabia realmente, né? Como funcionava cada lado, a gente começou a se conhecer um pouco, né? [...] e se a gente não tivesse essa oportunidade, talvez a gente nunca fosse saber também [...] a gente trocou é o WhatsApp, essas coisas e ficou legal [...]. Tipo, precisa encaminhar um paciente, saber algum serviço, fica mais fácil agora de falar com o colega, né também?” (Enfermeiro BR2).

“[...] a única coisa que eu fiquei assim, depois dessa troca, foi no atendimento ao paraguaio, né? Porque muitas vezes a gente julga, né? Nossa! O Paraguai está aqui, nossa! Ele não mora aqui, está procurando atendimento, ele está buscando um

endereço aqui para ser atendido por nós e às vezes a gente olhava com um certo descaso, em um certo cansaço [...]. E agora eu já olho com outro olhar, um olhar mais piedoso, um olhar mais assim [...] por que que ele está procurando atendimento no meu país? Porque no dele, a realidade é essa, então eu consegui enxergar, essa é de uma outra forma quem busca atendimento aqui [...] (Enfermeiro BR3).

“[...] como a gente já tem aqui uma experiência de informatização do sistema de saúde, eu compartilhei com eles planilhas que eu uso aqui para que eles pudessem, como uma forma ali de uma experiência, né? [...] exitosa ou de um modelo para eles aplicarem lá também, então, a gente compartilhou e-mails, telefones para fazer essas trocas também” (Enfermeiro BR4).

“O mais significativo foi mesmo essa troca de experiência [...] da visão que a gente tem agora, de como que é o país vizinho da visão deles com a gente assim, aí conhecer assim, poder conhecer os enfermeiros e os colegas de profissão de outros países, aí até hoje a gente troca de informações, a gente troca o zap e conversa ainda, então assim, eu acho que o mais foi significativo mesmo, foi essa questão mesmo, de você conhecer como que é o trabalho do colega de profissão num país vizinho aqui tão próximo da gente” (Enfermeiro BR7).

Os enfermeiros argentinos ressaltaram que o intercâmbio proporcionou vínculos positivos, enriquecedores e duradouros, estimulando o crescimento profissional, trocas interculturais e a esperança de transformação das práticas em seu país.

“[...] el intercambio siempre es positivo, siempre es positivo porque ver la realidad de otros lados te genera la esperanza que se puede transformar la realidad de donde vos estás, ver cómo trabajan otros colegas te da la posibilidad de abrir como un

abanico de visión sobre cómo poder trabajar también acá y como que vos decís” (Enfermeiro AR1).

“[...] sí, con nuestros colegas de Paraguay hasta el día de hoy seguimos en el mismo grupo. Seguimos compartiendo [...]” (Enfermeiro AR2).

“[...], y la verdad que ha sido y conocernos nosotros también porque no conocía a ninguno de mis compañeros y nos ha ayudado a crecer un mucho más, no un poco mucho en nuestro país” (Enfermeiro AR2).

“[...] los vínculos que hemos generado con los propios, con los colegas que compartimos la experiencia y con los colegas que nos fueron recibiendo, en la unidad de salud donde estuve la enfermera fue una persona muy maravillosa [...] pero la verdad que nos recibieron muy, muy acogedoramente y fue muy satisfactoria la experiencia” (Enfermeiro AR3).

“[...] más que agradecido con todos los que nos han recibido, con los colegas paraguayas que hemos compartido y con los colegas del del propio país que a mí me tocó compartir con la región de misiones, también me encontraron una nueva forma de trabajo, otras experiencias, otro tipo de población, poder generar los vínculos con las instituciones, me parece, con las personas y las instituciones, así que nada más que agradecido” (Enfermeiro AR3).

“[...] fue una experiencia en la cual no solo nos llevó adquirir nuevas experiencias, sino también nos llevó a poder encontrar cuestiones que tienen que ver con nuestra profesión con colegas en la cual fueron muy positivas. Aparte, también no solo como te digo, las experiencias que vivimos si no también a través del vínculo e intercultural ya que nosotros tuvimos la posibilidad de

compartir la experiencia con colegas de Argentina y de Paraguay, y la verdad que se hizo un grupo muy lindo hemos tenido la posibilidad de compartir interculturalmente un montón de cosas más allá de lo que tiene que ver con la enfermeira [...]" (Enfermeiro AR4).

Para os enfermeiros paraguaios o intercâmbio proporcionou relações de amizade e interação positiva, valorizando especialmente a acolhida, a gentileza e a abertura dos profissionais brasileiros, criando vínculos importantes:

"[...] fuera del intercambio también sí, muy buena la interacción. Tener amistades con quien no te imaginaba que en algún momento te puedes encontrar por ahí, es algo bueno que no olvidamos. Es muy importante la interacción y el relacionamiento que tenemos ahora porque así, í como puede venir alguien del Brasil aquí y en nuestro caso, el paraguay va mucho allá" (Enfermeiro PY1).

"[...] no nos abandones, siempre ténganos en cuenta porque estamos muy cerca de la frontera, pero a la vez a veces estamos muy lejos" (Enfermeiro PY1).

"[...] realmente son muy buenas, muy amables las enfermeiras. No hay nada que quejarse, son muy amables, fuimos muy bien allá por las enfermeras y estaban siempre predispuesta para enseñarnos. Eso es lo que me llamó la atención, estaban abiertas ella" (Enfermeiro PY2).

"[...] para mí, donde a mí me tocó ir fue maravilloso, yo me sentí como en casa, muy acogedor, los parceros, los compañeros de allá eran muy amables, eh eran muy amigables conmigo, me mostraban lo que iban haciendo, no hay tanta diferencia en cuanto a las técnicas que a la nuestra en cuanto a las técnicas, ¿verdad? Ahora, a los recursos, sí. y eran super amables, me

dejaban participar mirando, conversando con los pacientes [...]” (Enfermeiro PY4).

d) Categoria Barreiras e Desafios no Intercâmbio

✓ Subcategoria: Linguagem e Comunicação

Os enfermeiros brasileiros relataram que o idioma representou uma barreira inicial de comunicação durante o intercâmbio, porém, a compreensão era facilitada quando os profissionais eram residentes na fronteira, dessa forma, o idioma não impediu as trocas de experiências.

“O entendimento também era mais dificultoso com quem não era daqui de Ciudad del Este, né? Mais próximo aqui da fronteira a gente conseguia se comunicar melhor, né? [...] agora com os argentinos era superdifícil” (Enfermeiro BR8).

“[...] não falavam português ouportunhol, né? De maneira tão clara, né? Então, assim, o primeiro obstáculo foi realmente o idioma, alguns falaram com mais facilidade, outros não, e alguns, é tinham mais facilidade [...] para se sentir à vontade, outros não [...]” (Enfermeiro BR3).

“O idioma era uma barreira, mas não anulou, assim a experiência, né? A gente conseguia conversar, muitas vezes tinha que repetir para entender, um colega compreende um pouquinho melhor e acabava ajudando ali na conversa, mas não tivemos nenhum problema [...]” (Enfermeiro BR4).

“[...] tinha o argentino que falava português. Ele acabava traduzindo muita coisa para nós e para as colegas que estavam com ele, porque elas não conseguiam compreender. E, a gente também não conseguia compreender o espanhol deles, porque era diferente, eles não são da fronteira aqui, né? Foi sofrido a questão do idioma, no meu ponto de vista [...]” (Enfermeiro BR6).

“Teve algum alguns da Argentina, eu acho que o pessoal que fica mais para dentro da Argentina, lá e falam espanhol mais enrolado, mas os daqui da fronteira não, foi supertranquilo”
(Enfermeiro BR7)

Os enfermeiros argentinos também apontaram que o idioma foi uma dificuldade inicial no intercâmbio, especialmente para se expressarem, mas adotaram estratégias colaborativas para superá-la, não considerando uma barreira significativa para a experiência:

“Sí nos costaba un poquito en realidad, a veces para escuchar, yo lo que tenía era que yo llevaba y grababa, entonces, cuando teníamos el descanso, iba traduciendo y a su vez teníamos una señora que hasta el día de hoy tengo comunicación con ella y entonces. yo iba pidiendo ayuda para que me hagan una traducción de lo que yo necesitaba y para poderlo entender”
(Enfermeiro AR2).

“Particularmente no tuve problemas para entender el idioma, sí tuve problemas con expresarme, porque comprendo, pero no hablo. Entonces, no considero que haya sido una barrera tan importante para el trabajo” (Enfermeiro AR3).

“[...] éramos enfermeros de un lugar desconocido para la gente de Brasil, entre todos nos apoyamos porque el principal miedo fue el la cuestión del idioma” (Enfermeiro AR4).

Nesse mesmo sentido, os enfermeiros paraguaios mencionaram que o idioma foi uma dificuldade, mas conseguiram se comunicar melhor com os colegas da fronteira, que tinham mais familiaridade com o português, recorrendo a ajuda para as traduções quando necessário:

“[...] como yo le dije a todos los que vinieron, yo no hablo portugués, no hablo portugués, pero si me habla despacito voy a entender, le digo. Y la misma cosa, yo creo que el idioma algunas cosas me dificulta, pero no tanto” (Enfermeiro PY1).

“[...] por suerte me tocó estar con las de ciudad del Este, alto Paraná y en relacionamiento hay con las funcionarias de la de la unidad me fue más fácil, ya que las de alto Paraná manejan un poco más el portugués entonces le pedía también la traducción a mi compañero” (Enfermeiro PY3).

✓ **Subcategoria: Desafios na implementação de mudanças**

Os enfermeiros brasileiros perceberam que o intercâmbio gerou reflexões sobre a realidade dos países vizinhos, ressaltando o impacto na troca de experiências, no aprimoramento profissional e na adoção de novas estratégias:

“E uma coisa assim que eu observo, é que eu acho que mesmo com essa experiência, eu acho difícil neste momento a mudança acontecer lá, né? Porque é uma coisa muito além do que eles podem da capacidade deles, né? Porque depende de governo, é todo um país [...]. Houve essa experiência, mas será que o objetivo vai ser alcançado? A mudança de mentalidade, a luta pelas mudanças lá em implantação de um sistema que funcione melhor. Então, é uma coisa que eu fiquei refletindo, mas eu acho que assim, de uma forma geral, acho que isso fortalece o enfermeiro, né? Porque aquela coisa eu estava na minha caixinha e eu fui ver [...].

“Nossa! O enfermeiro pode trabalhar diferente, né?! Então eu acho que a mudança, lógico, ela vai demorar para acontecer, mas acho que a semente ficou ali, né?” (Enfermeiro BR3).

“Nossa, vocês fazem isso? Aí eu sempre explicava, mas não foi assim do dia para a noite, né?. Faz anos que a gente começou com isso. Até hoje a gente ainda procura, né? [...] manter, orientar os pacientes. A gente hoje vive uma situação muito mais tranquila em relação à agenda e tal, mas não foi assim tão fácil, né? Porque talvez eles cheguem aqui, falam como vocês conseguem? Chega aqui no posto, não tem fila, né? [...] então eu acho que essa parte do acolhimento foi uma coisa que a gente teve bastante troca, né?. E, é uma coisa que eles também levaram para lá. Como sugestão, para estar aos poucos colocando em prática também, né?” (Enfermeiro BR1).

“[...] eu nunca tinha parado para pensar que eu atendo bastante estrangeiro, porque, como é uma rotina, a gente nem presta a atenção, né? E aí quando eu me dei conta que por eles estarem presentes, eles conseguiram fazer ali, esse contato e até mesmo intermediar a comunicação com os estrangeiros. Isso me chamou bastante a atenção, e aí a gente começou a usar na unidade, depois disso, o ‘Google Tradutor’, então a gente tem que passar isso para facilitar a comunicação. A gente tem, tem um paciente, inclusive, que ele já chega com o ‘Google Tradutor’ no celular para conversar” (Enfermeiro BR4).

Os enfermeiros argentinos salientaram que o intercâmbio permitiu conhecer as práticas inovadoras, inspirando a adaptação dessas estratégias em sua realidade, apesar das diferenças no sistema de saúde:

“Había cosas que uno las tenía planeadas y que decía, bueno, pero acá no existen, y cuando me crucé allá con ustedes, encontré esto de que sí existe esto de la trazabilidad, y yo estoy en la trazabilidad de las vacunas a través del control de las heladeras, y que esto el otro, era algo que yo lo había pensado hacía mucho tiempo, pero acá no había posibilidad de hacerlos” (Enfermeiro AR1).

“[...] ustedes tenían en ese tiempo que llegamos justo el tema dengue y enseñar hoy a la Comunidad que yo presenté el proyecto con el intendente de donde yo vivo, de la zona, para prevención, que ustedes lo que hacen es la prevención en realidad, más allá de que esté la vacuna. Qué hay una prevención que podemos hacer con el agente sanitario del lugar y que bueno, y salir en equipo y bueno y ayudarle a la población nuestra a implementar eso [...]” (Enfermeiro AR2).

“Entonces, bueno, poder tratar de llevar un poco esas prácticas que tienen las enfermeras en los otros países ah, mi práctica cotidiana, más allá de que nuestro sistema sea distinto, es, creo lo más, lo más significativo de la experiencia” (Enfermeiro AR3).

Os enfermeiros paraguaios apontaram os desafios na gestão da saúde devido à centralização dos serviços, mas ressaltaram que o intercâmbio inspirou a adoção de novas práticas:

“En realidad sirvió bastante porque vinimos a aplicar acá más la exigencia que la gente venga a vacunarse acá, que venga a su control prenatal, si, que utilizamos los ejemplos, ¿verdad?. La experiencia que tuvimos allá, esa parte” (Enfermeiro PY2).

“El programa que me fascinó, me impactó y que la verdad me encantaría que se pueda realizar o que pueda yo llegar también a implementar, es el tema de la lactancia materna exclusiva, ese de del Banco de leche” (Enfermeiro PY3).

“[...] una de las cosas que tratamos de implementar, es el tema del agendamiento, allá también se respeta bastante, como vimos el tema del agendamiento, de las consultas programadas, la verdad que es como un reto para mí en lo personal, también acá en lograr eso con los pacientes” (Enfermeiro PY3).

“[...] en líneas generales, en nuestro servicio nosotros conseguimos hablar con la gente de laboratorio y marcamos un día para que las gestantes se vayan y que acierte el número de que se le haga todo lo que hay disponible, ¿verdad? Pero es así, puntual por ciertos servicios. Él no se da así de líneas generales todavía como política de salud, pero se va implementando paulatinamente” (Enfermeiro PY4).

10 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros participantes do intercâmbio técnico-científico entre o Brasil, Argentina e Paraguai revela um grupo de profissionais experientes, com trajetórias significativas na APS. De forma geral, os participantes tinham idades entre 28 e 52 anos, com predominância do sexo feminino. O tempo de formação variou entre seis e 23 anos, e a experiência na APS entre quatro e 22 anos. A maioria possuía titulação de especialização, e alguns com mestrado. Essa composição indica um perfil profissional consolidado, com conhecimento prático acumulado nas realidades locais de atenção à saúde.

Esses dados referentes à caracterização profissional são semelhantes com estudo realizado por Aguiar e Sousa (2022), sobre o perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros atuantes na APS no Distrito Federal que revelou um perfil sociodemográfico predominantemente feminino, de meia-idade e com tempo de atuação na APS superior a 12 anos. Em relação à formação, predominaram os especialistas e com menor presença de mestres, doutores e pós-doutores.

A composição do grupo participante deste intercâmbio reflete uma força de trabalho qualificada e alinhada às exigências dos serviços em saúde, favorecendo a efetividade da troca de saberes em ambientes multiculturais.

A análise das entrevistas foi orientada pelo referencial do interacionismo simbólico, que permitiu compreender como os profissionais de Enfermagem construíram significados subjetivos e compartilhados a partir de suas experiências no intercâmbio entre o Brasil, Paraguai e Argentina. De acordo com Blumer (1986), as ações humanas são moldadas por significados atribuídos às situações vividas, os quais são continuamente reinterpretados nas interações sociais. Assim, os relatos dos enfermeiros revelaram como os sentidos atribuídos às diferenças nas práticas de gestão, condições de trabalho e autonomia profissional não apenas orientam suas ações durante o intercâmbio, mas também, contribuem para a reconfiguração de suas identidades profissionais.

Os significados atribuídos às práticas em saúde não são universais, mas socialmente construídos e negociados em cada interação. Alguns estudos como o de Dupas, Oliveira e Costa (1997) reforçaram que a aplicação do interacionismo simbólico na Enfermagem permite valorizar a experiência individual do sujeito e

compreender como o profissional ressignifica suas ações no cotidiano do cuidado, do ensino e da gestão.

O interacionismo simbólico contribui para compreender como as experiências vividas pelos enfermeiros durante o intercâmbio técnico-científico geram aprendizados, reflexões e, muitas vezes, transformações em suas práticas profissionais, ao interagirem com os diferentes modelos de organização da atenção primária nos países envolvidos.

Os dados obtidos nesta pesquisa evidenciaram diferenças significativas quanto à autonomia profissional dos enfermeiros no contexto do intercâmbio entre o Brasil, Argentina e Paraguai. No caso brasileiro, os relatos apontaram para uma prática consolidada na APS, caracterizada pela autonomia na tomada de decisões clínicas, prescrição de medicamentos e solicitação de exames, especialmente nas áreas da saúde da mulher, doenças crônicas e imunizações. Essa autonomia é respaldada por políticas públicas e protocolos clínicos instituídos, que fortalecem a posição do enfermeiro dentro das equipes multiprofissionais. O estudo de Geremia *et al.* (2024) corroborou com esse cenário ao afirmar que a autonomia do enfermeiro na APS brasileira é uma conquista progressiva, alinhada ao avanço da Enfermagem de prática avançada, contribuindo para uma maior resolutividade e acesso da população aos serviços de saúde.

A Carteira de Serviços da APS (CASAPS) padroniza os serviços que devem ser ofertados na atenção primária, reduzindo as desigualdades entre as unidades. Reúne 210 ações organizadas em cinco grupos, com orientações, insumos e materiais de apoio. Foi elaborada com base em evidências e consultas às instituições como o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e associações profissionais (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2021).

Em contraste, os enfermeiros argentinos descreveram um cenário marcado por uma estrutura hierarquizada e médico-centrada, que limita a atuação plena desses profissionais. A autonomia é frequentemente cerceada, e a tomada de decisões clínicas é, em geral, subordinada à autoridade médica. Entretanto, ao vivenciarem o intercâmbio, os profissionais argentinos demonstraram admiração pela prática brasileira, reconhecendo o potencial de expansão de sua atuação a partir da observação das responsabilidades assumidas por colegas brasileiros e, em certa medida, paraguaios. Essa percepção é alinhada aos apontamentos de Ferreira *et al.*

(2017), que destacaram que, nos países do Mercosul, as desigualdades na formação e na regulação da profissão de Enfermagem dificultam a padronização do escopo de atuação dos profissionais, especialmente na Argentina, onde as barreiras institucionais ainda são relevantes.

A realidade paraguaia, por sua vez, revelou-se ambivalente. Os enfermeiros demonstraram muito comprometimento com o atendimento à população, frequentemente extrapolando suas atribuições formais para suprir carências estruturais. Essa prática, porém, não decorre de uma autonomia formalmente reconhecida, mas sim, da autorresponsabilização em contextos de escassez de recursos humanos e materiais. Como apontado por Souza *et al.* (2024), os profissionais de Enfermagem que atuam na fronteira Brasil-Paraguai, frequentemente desenvolvem competências ampliadas por exigência do serviço e não por respaldo institucional, o que revela uma precarização da prática profissional sob o disfarce da versatilidade.

Esses resultados evidenciam como as práticas de Enfermagem e os níveis de autonomia estão diretamente relacionados às políticas de saúde e à valorização institucional da profissão em cada país. O intercâmbio técnico-científico, nesse contexto, desempenha um papel fundamental ao proporcionar aos enfermeiros uma vivência comparativa que contribui para a reflexão crítica sobre seus próprios contextos de atuação. Iniciativas de integração regional, como aquelas articuladas pelo COFEN junto aos Conselhos e Associações de Enfermagem da Argentina, Paraguai e Uruguai, têm buscado promover o fortalecimento da profissão no Mercosul por meio de acordos de reconhecimento mútuo e estratégias de formação compartilhada (Conselho Federal de Enfermagem, 2024)

Os dados desta pesquisa revelam diferenças significativas na organização das funções e responsabilidades entre os membros da equipe de Enfermagem nos três países analisados. No Brasil, a divisão de tarefas entre os enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem é clara e institucionalizada, o que contribui para uma organização mais eficiente dos serviços e para o respeito às atribuições específicas de cada categoria. Um estudo na Arábia Saudita, identificou que o desequilíbrio na divisão de tarefas sobrecarrega os enfermeiros, aumenta o risco de erros e reduz a qualidade do cuidado. Enquanto isso, assistentes de saúde são subutilizados, apesar de treinados. As causas principais são confusão de papéis, políticas fracas e rigidez

cultural, levando à má alocação de pessoal e desmotivação das equipes (ALROWILI *et al.*, 2024)

Em contrapartida, na Argentina, os relatos demonstraram uma sobreposição de funções entre os enfermeiros licenciados e técnicos, o que gera confusão no exercício das atribuições e acarreta uma sobrecarga de trabalho. Ferreira *et al.* (2017) já apontavam que, embora existam categorias profissionais diferenciadas na formação, na prática cotidiana essas distinções são pouco respeitadas, especialmente em regiões com escassez de recursos humanos. Essa configuração dificulta a atuação plena do enfermeiro, reduz sua capacidade de liderança técnica e compromete a qualidade da assistência prestada.

A situação descrita no Paraguai é ainda mais delicada. Os enfermeiros expõem frequentemente assumir as funções administrativas, de recepção, limpeza e organização, além de suas atividades assistenciais. Esse acúmulo de tarefas é resultado direto da carência de pessoal e da ausência de mecanismos institucionais de suporte. Souza *et al.* (2024) descreveram essa realidade como uma “autogestão forçada”, em que o profissional de Enfermagem atua de forma polivalente para assegurar o funcionamento das unidades de saúde, muitas vezes à revelia de suas atribuições formais.

Essas desigualdades evidenciam as fragilidades no reconhecimento institucional da Enfermagem e reforçam a necessidade de políticas públicas que fortaleçam a organização do trabalho em saúde. O estudo promovido pelo Conselho Federal de Enfermagem (2017) sobre o livre trânsito de profissionais no Mercosul ressalta que, apesar dos avanços nas negociações internacionais, ainda há grandes disparidades entre os países, no que se refere ao escopo de prática, à divisão de tarefas e à regulamentação da profissão. Tais diferenças dificultam a harmonização das competências entre os profissionais da região e comprometem os objetivos de integração e cooperação técnica entre os sistemas de saúde.

As informações obtidas nesta pesquisa evidenciam as disparidades significativas na valorização profissional da Enfermagem entre o Brasil, Argentina e Paraguai. No contexto brasileiro, apesar dos desafios persistentes, como desigualdades salariais entre as regiões e as dificuldades na efetivação do piso nacional, os enfermeiros são relativamente mais reconhecidos e respeitados. Os participantes destacaram sua autonomia clínica, protagonismo nas ações da APS e maior inserção nas decisões das equipes multiprofissionais. Alonso, Santos e Souza

(2024) identificaram uma relação direta entre a valorização, reconhecimento e satisfação no trabalho de enfermeiros da APS, o que fortalece o vínculo com o serviço público e contribui para a qualidade do cuidado prestado.

Durante o intercâmbio, os enfermeiros brasileiros expressaram surpresa ao constatarem a realidade vivida pelos colegas da Argentina e do Paraguai, especialmente no que diz respeito à remuneração insuficiente, à sobrecarga de funções e à limitada participação nas decisões clínicas. As falas demonstraram reconhecimento das conquistas institucionais da Enfermagem no Brasil, incluindo o debate sobre a implementação do piso salarial nacional (Lei nº 14.434/2022 (BRASIL, 2022c), mesmo que sua efetivação ainda enfrente obstáculos legais e orçamentários (Conselho Federal de Enfermagem, 2023).

Na Argentina, os enfermeiros relataram que, embora a profissão tenha sido formalmente reconhecida como integrante da área da saúde, o respeito e o prestígio social ainda dependem mais de características pessoais do que de políticas estruturantes. Um estudo realizado por Pérez *et al.* (2022) revelaram que apenas 0,8% dos programas de pós-graduação acreditados pela *Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria* são destinados à Enfermagem, o que evidencia a fragilidade da formação avançada da categoria. Em 2020, na Província de Buenos Aires, observou-se que metade dos profissionais de Enfermagem com até 65 anos não estava vinculada às instituições de saúde, sendo essa ausência particularmente expressiva entre os auxiliares. Tal cenário levanta os questionamentos sobre uma possível relação entre a baixa inserção no mercado institucional e a precarização das condições de trabalho no setor (MARTÍNEZ *et al.*, 2024).

Essas condições encontradas neste estudo, reforçam a percepção dos enfermeiros argentinos de que ainda há um longo caminho a ser percorrido em termos de valorização institucional, organização do trabalho e autonomia profissional.

Por sua vez, os enfermeiros paraguaios relataram uma realidade de acúmulo de funções, com tarefas administrativas, recepção e organização de unidades sendo assumidas pelos próprios profissionais devido à escassez de pessoal. A ausência de políticas de valorização efetiva e de mecanismos estruturados de formação permanente agrava esse cenário. Segundo Quintero *et al.* (2023), o Paraguai enfrenta um déficit de enfermeiros, com menos de 25 por 10 mil habitantes, abaixo da média global. Ainda persistem desigualdades regionais, predominância feminina e falta de acesso ao seguro de saúde entre os profissionais. A precariedade das condições de

trabalho, agravada pela COVID-19, reforça a urgência de estratégias para a qualificação profissional, fortalecimento da força de trabalho e melhoria da segurança laboral na Enfermagem. Como resposta a essas demandas históricas, o Paraguai promulgou a Lei nº 6.625/2020 (PARAGUAY, 2020), que regula a carreira do pessoal de Enfermagem no setor público, estabelecendo critérios para a promoção, estabilidade e valorização da profissão.

Essas evidências reforçam a necessidade de políticas públicas integradas que promovam a valorização da Enfermagem de forma ampla nos três países, com ênfase na formação continuada, no reconhecimento institucional e na autonomia profissional - aspectos essenciais para a consolidação de sistemas de saúde mais equitativos e resolutivos.

Observou-se, ao longo do intercâmbio, disparidades significativas entre os países participantes no que se refere à infraestrutura física, acesso aos insumos, recursos tecnológicos e organização dos espaços de atendimento na APS. Embora o Brasil ainda enfrente desafios, especialmente em regiões periféricas e remotas, os depoimentos dos enfermeiros revelaram que o país apresenta melhores condições estruturais e operacionais em comparação à realidade na Argentina e no Paraguai. Essa constatação encontra respaldo em estudos que apontaram para a ampliação da cobertura, informatização e investimentos progressivos na APS brasileira (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2021).

Enfermeiros brasileiros relataram que os colegas estrangeiros demonstraram surpresa diante do uso de prontuários eletrônicos, da climatização dos ambientes, da presença de computadores com acesso à *Internet* nas unidades e da existência de processos organizacionais para controle de insumos e logística - elementos considerados básicos para a realidade brasileira, mas ainda escassos em muitos territórios vizinhos. Esse contraste evidencia os efeitos da falta de investimentos sustentáveis nos sistemas de saúde da região, conforme alertado pela OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023a), que reforça a importância da estrutura física adequada para garantir os cuidados de qualidade e acessíveis.

Na Argentina, os enfermeiros destacaram que a precariedade estrutural das unidades interfere diretamente na qualidade da atenção, afetando inclusive os princípios como a privacidade do paciente e a continuidade do cuidado. O compartilhamento de consultórios e a falta de equipamentos adequados foram

apontados como entraves à prática profissional e à efetivação dos princípios da APS. Esses relatos convergem com estudo que aponta a fragmentação do sistema de saúde argentino e a insuficiência de políticas estruturantes como causas de iniquidades e ineficiências nos serviços de atenção primária (BALDO, 2018).

Quanto ao Paraguai, a percepção dos enfermeiros foi ambivalente. Se, por um lado, relataram um sentimento de orgulho pela capacidade de manter a atenção à saúde mesmo diante de restrições, por outro, manifestaram forte admiração pelas estruturas brasileiras, reconhecendo que a precariedade dos serviços em seu país compromete a eficiência no cuidado. A escassez de recursos e a sobrecarga de trabalho na APS paraguaia são desafios recorrentes, conforme evidenciado pela OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023b), que ressalta a necessidade urgente de ampliar o financiamento, qualificar a infraestrutura das Unidades de Saúde da Família (USF) e garantir o fornecimento adequado de insumos como os medicamentos, vacinas e equipamentos básicos.

Esses dados reforçam a importância de ações coordenadas em nível regional - como as alianças recentemente lançadas entre OPAS, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial - voltadas ao fortalecimento da APS nas Américas, com foco em investimentos estruturais, gestão eficiente de insumos e suporte às equipes de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023c).

A organização dos serviços de saúde na APS foi amplamente discutida pelos participantes do intercâmbio, revelando profundas diferenças entre os sistemas de saúde do Brasil, Argentina e Paraguai. Os relatos indicaram que o modelo brasileiro apresenta uma estrutura mais definida, com protocolos de atendimento, informatização dos processos e divisão clara de funções entre os profissionais de saúde. Segundo Galvão *et al.* (2024) no Brasil, desde 2005, há esforços do conselho de Enfermagem para ampliar a prescrição de medicamentos e exames pelos enfermeiros, visando aumentar o acesso, segurança, resolutividade e consolidar um modelo de saúde centrado na pessoa e no trabalho em equipe.

Ao longo de 10 anos, o Prontuário Eletrônico do Cidadão E-SUS na APS se tornou o principal prontuário eletrônico do Brasil, com crescente adesão dos municípios, impulsionada por melhorias contínuas. Apesar dos avanços, ainda há desafios na integração com a rede de atenção e na qualificação das equipes, exigindo

o apoio institucional para consolidar seu uso e ampliar a informatização da saúde no SUS (Celuppi *et al.*, 2024).

Por outro lado, os relatos dos enfermeiros argentinos apontaram um modelo de APS fragmentado, com predomínio da centralidade médica nas decisões e na execução de procedimentos que, no Brasil, são competências bem estabelecidas da Enfermagem. Essa organização limita o protagonismo dos enfermeiros argentinos e prejudica o desenvolvimento de equipes multiprofissionais coesas, impactando negativamente na integralidade do atendimento e podendo levar a sobrecarga de serviços hospitalares.

Em um estudo realizado por Ballesteros (2017) foi analisado as desigualdades territoriais na oferta e acessibilidade espacial dos serviços da APS na Argentina, evidenciando as fortes disparidades entre as províncias e os departamentos, tanto na presença de profissionais, quanto na quantidade de horas disponíveis, o que compromete a função da APS como porta de entrada do sistema público.

No Paraguai, a situação relatada pelos enfermeiros é ainda mais desafiadora. A gestão dos serviços é descrita como descentralizada de maneira precária, ficando sob a responsabilidade dos próprios profissionais da Enfermagem a execução de tarefas administrativas e até mesmo o levantamento de recursos por meio de atividades externas à unidade de saúde. O termo descrito como “autogestão”, demonstra um cenário onde o funcionamento das unidades de saúde depende do esforço individual dos profissionais, em um contexto de baixa eficiência da estrutura pública disponível.

A coordenação dos cuidados pela APS tem ganhado destaque nas agendas políticas internacionais como eixo estruturante dos sistemas de saúde. No entanto, a fragmentação desses sistemas gera iniquidades e descontinuidade no cuidado, o que reforça a necessidade de fortalecimento da APS como ordenadora das redes de atenção (SILVA; ANDRADE, 2014).

Segundo Souza *et al.* (2024), a ausência de políticas públicas eficazes e de acordos internacionais consistentes compromete o compartilhamento de informações, o transporte de pacientes e a cooperação entre os sistemas de saúde na fronteira, dificultando o planejamento e a organização da APS. Essa realidade impacta diretamente o trabalho dos profissionais de saúde, como os enfermeiros, que enfrentam as dificuldades para oferecer um cuidado humanizado e integral.

Esses resultados sugerem que uma estrutura organizacional adequada, protocolos claros e informatização adequada são essenciais para a efetividade dos serviços de APS e, principalmente, para a valorização e fortalecimento do papel profissional dos enfermeiros na APS.

A experiência do intercâmbio técnico-científico entre os enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina na APS evidenciou que a troca de conhecimentos vai além das práticas assistenciais, promovendo o fortalecimento de vínculos profissionais e interpessoais. A construção de relações baseadas na cooperação, respeito e solidariedade emergiu como um dos resultados mais significativos da experiência, reforçando os achados de estudos internacionais que demonstram o impacto positivo de programas de intercâmbio interprofissional.

De acordo com Manspeaker *et al.* (2019), experiências imersivas de estudo no exterior favorecem o trabalho em equipe, o aprendizado colaborativo e o reconhecimento de diferenças nos sistemas de saúde, ampliando a compreensão dos profissionais sobre a prática interprofissional. Esses aspectos foram claramente percebidos nos relatos dos enfermeiros participantes, que destacaram a continuidade do contato e da troca de materiais e práticas após o término do intercâmbio, o que corrobora a ideia de que tais experiências contribuem para a construção de redes colaborativas transnacionais.

Alguns estudos apontaram que programas de intercâmbio são também potentes promotores de competências culturais, essenciais para o cuidado em contextos diversos e podem aumentar a comunicação interprofissional e o trabalho em equipe (Meaux; Saviers; Traywick, 2021). Entre os enfermeiros brasileiros, por exemplo, a experiência ampliou a empatia em relação à população estrangeira atendida no Brasil, levando à reformulação de percepções e atitudes diante de pacientes de países vizinhos. Da mesma forma, enfermeiros argentinos e paraguaios relataram os sentimentos de acolhimento, respeito e cooperação, descrevendo o intercâmbio como uma experiência transformadora, tanto em nível profissional, quanto pessoal.

A barreira linguística, embora presente, não se configurou como um impedimento significativo, conforme relatado por diversos participantes. O uso de estratégias colaborativas e de mediação espontânea, o apoio de colegas bilíngues e a paciência mútua permitiram superar os desafios comunicacionais. Isso está em consonância com as observações de programas como o da AFREhealth-FAIMER, na

África, que destacaram a importância da cooperação entre os pares para mitigar as barreiras culturais e linguísticas em atividades interprofissionais (NAWAGI *et al.*, 2025).

Apesar das contribuições positivas, os limites estruturais e políticos dos sistemas de saúde de origem ainda representam desafios para a implementação de mudanças mais profundas. Os enfermeiros brasileiros reconheceram que o contato com os colegas estrangeiros fez com que refletissem sobre as dificuldades enfrentadas nos países vizinhos, muitas das quais associadas à ausência de políticas públicas robustas e à centralização do cuidado em modelos médico-centrados. No entanto, também se observou que o intercâmbio funcionou como um catalisador para a transformação, mesmo que gradual, ao despertar o interesse por práticas alternativas e mais colaborativas.

A internacionalização na formação em Enfermagem tem se consolidado como uma estratégia promissora para o desenvolvimento de competências clínicas, culturais e interprofissionais, tanto na graduação, quanto na pós-graduação. Conforme apontado por Gallotti *et al.* (2021), experiências acadêmicas internacionais oferecem aos estudantes e profissionais de Enfermagem a oportunidade de vivenciar diferentes metodologias de ensino e práticas assistenciais em contextos culturais distintos, o que amplia a capacidade crítica e reflexiva sobre o exercício profissional.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o recorte geográfico restrito ao município de Foz do Iguaçu, onde ocorreu o intercâmbio técnico-científico. Embora o cenário esteja inserido na Região da Tríplice Fronteira, os enfermeiros participantes da Argentina e do Paraguai não eram necessariamente provenientes de áreas fronteiriças, o que pode ter influenciado as percepções e comparações sobre as práticas de saúde entre os países. Ainda assim, o número de participantes foi definido com base no critério de saturação teórica, conforme orienta Minayo (2017), sendo considerado suficiente para alcançar profundidade e consistência nos achados. O estudo priorizou a compreensão subjetiva das experiências vividas, reconhecendo, contudo, que tal enfoque pode não contemplar as dimensões estruturais mais amplas que também impactam as práticas profissionais em contextos transnacionais.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de intercâmbio técnico-científico entre os enfermeiros do Brasil, Argentina e Paraguai permitiu compreender as múltiplas dimensões da prática profissional na APS nos três países. As falas dos participantes evidenciaram não apenas as diferenças nas condições de trabalho, estrutura dos serviços e valorização institucional da Enfermagem, mas também, importantes processos de reflexão e reconstrução vivenciados no encontro com realidades distintas.

A partir da abordagem do interacionismo simbólico, foi possível interpretar como os significados atribuídos às experiências e aos papéis desempenhados se transformam nas interações vividas durante o intercâmbio. A convivência entre os profissionais de diferentes países possibilitou uma ressignificação das práticas e das identidades, que foram mediadas por trocas simbólicas que extrapolaram os aspectos técnicos e incidiram nas dimensões interpessoais e socioculturais. A formação de vínculos baseados na cooperação, empatia e respeito emergiu como um dos principais resultados dessa experiência coletiva.

No contexto brasileiro, observou-se uma prática estruturada, sustentada por políticas públicas, protocolos clínicos, informatização e maior autonomia do enfermeiro na APS. Os participantes relataram reconhecimento profissional, protagonismo nas decisões clínicas e inserção consolidada nas equipes multiprofissionais. Já nos contextos argentino e paraguaio, foram destacados desafios relacionados à centralização médica, escassez de recursos, sobreposição de funções e desvalorização profissional. Apesar disso, o intercâmbio foi valorizado por promover ampliação de perspectivas, motivação para a transformação e fortalecimento da identidade profissional.

Evidenciou-se também que a forma como os profissionais se relacionam entre si influencia diretamente as práticas de cuidado no contexto analisado. A interação grupal, construída ao longo da experiência, favoreceu o compartilhamento de saberes, a criação de redes colaborativas e o fortalecimento da atuação conjunta entre os países. A superação de barreiras linguísticas e culturais reforçou o potencial transformador de experiências interculturais na formação e prática da Enfermagem.

Em regiões de fronteira, como a Região da Tríplice Fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, essas trocas técnico-científicas assumem um papel ainda mais relevante, tendo em vista, que os territórios apresentam dinâmicas singulares,

marcadas por intensa circulação populacional, demandas transnacionais por serviços públicos e desafios estruturais compartilhados. Nesse contexto, a cooperação entre os profissionais de saúde contribui não apenas para qualificar a prática assistencial, mas também para promover o reconhecimento das diferenças e a construção de soluções conjuntas. As experiências relatadas evidenciaram que essas trocas favorecem a articulação de estratégias para enfrentar os problemas comuns, como a escassez de recursos, a descontinuidade do cuidado e as barreiras de acesso. Além disso, reforçam a construção de redes de apoio e de um cuidado integrado, humanizado e culturalmente sensível, fortalecendo a APS em territórios historicamente marcados por desigualdades.

Como desdobramentos futuros, sugere-se a ampliação da investigação para outros territórios fronteiriços e realidades regionais distintas, bem como o aprofundamento de estudos voltados à formação profissional e à cooperação internacional em Enfermagem. A inclusão de outras categorias da equipe de saúde também pode contribuir para uma compreensão mais abrangente das dinâmicas de trabalho na APS em contextos multiculturais.

Recomenda-se, ainda, a realização de estudos longitudinais que acompanhem os efeitos do intercâmbio técnico-científico ao longo do tempo, observando se e como essas vivências influenciavam as transformações nas práticas profissionais, nos vínculos institucionais e na adoção de políticas locais inspiradas em modelos observados durante o intercâmbio. Tal abordagem pode contribuir para avaliar o impacto estrutural e subjetivo dessas experiências, além de oferecer subsídios mais robustos para os programas de cooperação internacional em saúde.

Por fim, a vivência do intercâmbio revelou-se como uma experiência exitosa de aprendizado, transformação e fortalecimento profissional. Os resultados apontaram para a importância de iniciativas de integração regional que promovam a valorização da Enfermagem, o investimento em formação contínua e o fortalecimento da APS como estratégia essencial para a equidade e a resolutividade dos sistemas de saúde nos países do Mercosul.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. M. C.; SOUSA, M. F. Perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 183-198, 2022. DOI: 10.18569/tempus.v16i4.3100
- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e180196, 2020. DOI: 10.1590/S0104-12902020180196
- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, e00182117, ago. 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00182117
- ALMEIDA, C. *et al.* A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, mar. 2010. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.696
- ALONSO, C. S.; SANTOS, A. F.; SOUZA, G. L. Interface entre valorização, reconhecimento e satisfação do trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 14, n. 1, e1424927, maio 2024. DOI: 10.15210/jonah.v14i1.24927
- ALROWILI, A. J. *et al.* Critical Review of Workload Distribution Between Nurses and Health Assistants in Healthcare Settings. **Journal of Ecohumanism**, Sale, v. 3, n. 8, p. 10151, dec. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5626>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- ALUM, J. N. M.; BEJARANO, M. S. C. Sistema de Salud de Paraguay. **Revista de Salud Publica del Paraguay**, Asunción, v. 1, n. 1, p.13-25, ago. 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965939/13-25.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2025.
- ARCE, H. E. Organizacion y financiamiento del Sistema de Salud en la Argentina. **Revista Medicina**, Buenos Aires, v. 72, p. 414-418, 2012. Disponível em: <https://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol72-12/5/414-418-med5-11.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2025.
- BALDO, V. S. S. Problemas associados à segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde: uma revisão sistemática da literatura sobre o caso da Argentina. **Política e Planejamento Social**, Pelotas, v. 8, n. 2, p. 90-108, abr. 2019. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2110>. Acesso em: 01 jun. 2025.
- BALLESTEROS, M. S. Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina: un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. **Geograficando**, La Plata, v. 12, n. 2, e015, dec. 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11336/179148>. Acesso em: 2 jun. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**. London: Prentice House, 1969.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism**: perspective and method. Berkeley: University of California Press, 2009.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism**: perspective and method. Berkeley: University of California Press, 1986.

BONTEMPO, C. G. C.; NOGUEIRA, V. M. R.; GIMENEZ, R. P. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 908-919, dez. 2013. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/131>. Acesso em: 01 jun. 2025.

BRASIL. **Manual da gestão da cooperação técnica Sul-Sul**. 1. ed. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2013. Disponível em: https://www.abc.gov.br/content/abc/docs/manual_sulsul_v4.pdf. Acesso em: 01 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional. **Comissão permanente para o desenvolvimento e a integração da faixa de fronteira – CDIF**. Brasília: Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-regional/comissao-permanente-para-o-desenvolvimento-e-a-integracao-da-faixa-de-fronteira>. Acesso em: 01 jun. 2025.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Divisão de Atos Internacionais. **Atos internacionais**: prática diplomática brasileira: manual de procedimentos. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2008. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/manual-de-procedimentos-pratica-diplomatica-pdf-free.html>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério de Estado da Integração Nacional. **Portaria MI nº 125, de 21 de março de 2014**. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Brasília: Ministério de Estado da Integração Nacional, 2014a. Disponível em: <https://diariofiscal.com.br/ZpNbw3dk20XgIKXVGacL5NS8haloH5PqbJKZaawfaDwCm/legislacao/federal/portaria/2014/mi125.htm#:~:text=PORTARIA%20MI%20N%C2%BA%20125%2C%20DE%2021%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202014&text=Estabelece%20o%20conceito%20de%20cidades,que%20lhe%20confere%20o%20art>. Acesso em: 01 jun. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Municípios da Faixa de Fronteira e Cidades Gêmeas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga atualização de recortes territoriais legais do país**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34358-ibge-divulga-atualizacao-de-recortes-territoriais-legais-do-pais>. Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014**. Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622_23_04_2014.html. Acesso em: 10/07/2025

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022**. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Brasília: Presidência da República, 2022c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14434.htm. Acesso em: 01 jun. 2025.

BRITO, A. R.; MISSIO, F. J. Planejamento territorial em cidades gêmeas. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 15, n. 6, p. 52-63, dez. 2019. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/5184>. Acesso em: 01 jun. 2025.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2699-2711, jun. 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700003

CABALLERO, E. G. *et al.* Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. **Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, San Lorenzo, v. 15, n. 3, p. 64-72, dec. 2017. Disponível em: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1933>. Acesso em: 01 jun. 2025.

CABALLERO, E. G. *et al.* Factores que limitan la descentralización del Sistema Nacional de Salud del Paraguay. **Anales de la Facultad de Ciencias Médicas**, Asunción, v. 52, n. 2, p. 39-48, ago. 2019. Disponível em: <https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007017>. Acesso em: 01 jun. 2025.

CABRAL-BEJARANO, M. S. *et al.* Implementación de la atención primaria de salud en Paraguay en tres periodos de gobierno: dimensiones políticas, sociales y técnicas observadas en el nivel subnacional. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, n. 94, e202011144, nov. 2020. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11583071/> Acesso em: 01 jun. 2025.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. DOI: 10.1590/S1414-98932010000100011

CELUPPI, I. C. *et al.* Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, e23, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005770

CETRÁNGOLO, O. Financiamento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidade em el sistema de salud argentino. **Revista de Economía Política de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 8, n. 13, p. 145-183, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9683562>. Acesso em: 01 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai costura acordos e soluções para a profissão no plano internacional**. Brasília: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/enfermagem-do-brasil-argentina-paraguai-e-uruguai-costura-acordos-e-solucoes-para-a-profissao-no-plano-internacional/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Mercosul e livre trânsito de profissionais**: a opinião dos Conselhos Profissionais. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017-12-11-mercosul-rev-divulgacao-nov.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Piso da Enfermagem**: a luta por valorização profissional continua. Cofen, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/piso-da-enfermagem-a-luta-por-valorizacao-profissional-continua/>. Acesso em: 1 jun. 2025.

CORREA, R. *et al.* Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais de adolescentes. **Análisis y Modificación de Conducta**, Huelva, v. 48, n. 178, p. 99-120, 2022. DOI: 10.33776/amc.v48i178.7426

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v9i3p9-34

DULLAK, R. *et al.* Atención primaria en salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2865-2875, jun. 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000600024

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 263-267, ago. 1997. DOI: 10.1590/S0080-62341997000200004

FABRIZ, L. A. **Sistema integrado de saúde nas fronteiras entre o Brasil e o Paraguai, no estado do Paraná**: Um estudo avaliativo. 2019. 161 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22102019-201716/pt-br.php>. Acesso em: 01 jun. 2025.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S114

FEITOSA, T. V. N.; MARTINS, W.; JAQUEIRA, M. O acesso à saúde na região fronteira: a tríplice fronteira Argentina, Brasil e Paraguai em meio à pandemia do coronavírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 4, n. 11, p. 28-41, nov. 2020. DOI: 10.5281/zenodo.4158985

FERRARI, M. Zona de fronteira, cidades gêmeas e interações transfronteiriças no contexto do Mercosul. **Revista Transporte y Territorio**, Buenos Aires, v. 9, p. 87-104, 2013. DOI: 10.34096/rtt.i9.305

FERREIRA, L. T. G. *et al.* Matriz comparativa dos cursos técnicos de enfermagem, análises clínicas e radiologia entre os países do Mercado Comum do Sul (Mercosul) – Argentina-Brasil-Paraguai-Uruguai. *In*: CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **MercoSul**: trabalho e educação em saúde. Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate, 2017. p. 44–52. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017-12-11-mercosul-rev-divulgacao-nov.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.

FLICK, U. **Métodos de pesquisa**: introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 20-36.

FREIDIN, B. *et al.* **La atención primaria de la salud en el contexto argentino**. Buenos Aires: Teseopress, 2020.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. suppl 2, p. S214-S226, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001400011

GALLOTTI, F. C. M. *et al.* Intercâmbio internacional e sua perspectiva para enfermeiros e graduandos em Enfermagem: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 10, n. 1, e42710111771, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11771. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11771

GALVÃO, J. J. S. *et al.* Autonomia do enfermeiro no exercício das práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 15, supl. 1, e-202415SUPL1, 2024. DOI: 10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202415SUPL1

GEREMIA, D. S. *et al.* Autonomia profissional do enfermeiro na atenção primária à saúde: perspectivas para a prática avançada. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 15, supl. 1, e-202417SUPL1, 2024. DOI: 10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202417SUPL1

GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 4383-4396, out. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.11192021

HALL, P. M. Interactionism and the study of social organization. **The Sociological Quarterly**, Abingdon, v. 28, n. 1, p.1-22, 1987.

KANTER, R. M. Symbolic interactionism and politics in systemic perspective. **Sociological Inquiry**, New Jersey, v. 42, n. 3-4, p. 77-92, jul. 1972. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1972.tb00230.x>. Acesso em: 15 jun. 2025.

LAURELL, A. C. La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. Sup 2, e00043916, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TjQrjYBhcgYKYKHh7Nv8cHS/?lang=es>. Acesso em: 13 ago. 2023.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. D. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 30, n. 5, p. 490-500, nov. 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9435>. Acesso em: 3 set. 2023.

LOPES, C. H. A. I. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, mar. 2005. DOI: 10.1590/S0080-62342005000100014

MACEIRA, D. **Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino**. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11336/244995>. Acesso em: 9 jul. 2023.

MACIEL, T. M. As teorias de relações internacionais pensando a cooperação. **Ponto e Vírgula**, São Paulo, v. 5, p. 215-229, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/view/14087/10373>. Acesso em: 1 maio 2023.

MANSPEAKER, S. A. *et al.* Fostering interprofessional teamwork through an immersive study abroad experience. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 33, n. 5, p. 598-601, sep./oct. 2019. DOI: 10.1080/13561820.2018.1560249.

MARTÍNEZ, C. K. *et al.* Caracterización de profesionales de medicina y enfermería de la provincia de Buenos Aires a partir del cruce de registros administrativos de la fuerza de trabajo. **Revista Argentina de Salud Pública**, Buenos Aires, v. 16, e131, dec. 2024. Disponível em: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/862>. Acesso em: 1 jun. 2025.

MEAUX, J. B.; SAVIERS, B.; TRAYWICK, L. Effects of study abroad on cultural and interprofessional competencies. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 103, 104928, aug. 2021. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104928.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 58-70, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S505

MERCOSUL. Grupo Mercado Comum. **Resolução GMC nº 151/96**, de 4 de dezembro de 1996. Cria o Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”, que visa a integração sanitária e o atendimento sem vínculo com questões migratórias, alfandegárias e de segurança. Montevideu: GMC, 1996. Disponível em: https://normas.mercosur.int/simfiles/normativas/27219_RES_151-1996_PT_SGT11.pdf. Acesso em: 10/07/2025

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 15 out. 2025.

MONDARDO, M.; STALIANO, P. Saúde na Fronteira Brasileira: Políticas Públicas e Acesso a Serviços. **Espaço Aberto**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 99-116, maio 2020. DOI: 10.36403/espacoaberto.2020.29948

MOURA, R.; CARDOSO, N. A. Mobilidade transfronteiriça: entre o diverso e o efêmero. In: BALBIM, R.; KRAUSE, C.; LIKE, C. C. (Org.). **Cidade e movimento: mobilidades e interações no desenvolvimento urbano**. Brasília: IPEA; ITDP, 2016. p. 206–222. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9213/1/Mobilidade%20transfronteiri%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2023.

NAWAGI, F. *et al.* Advancing Interprofessional Education and Collaborative Practice: outcomes of the AFREhealth-FAIMER Student Elective Exchange Program in Health Professions Education in Africa. **Front Med**, Lausanne, v. 12, n. 1516156, mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1516156>. Acesso em: 18 jun. 2025.

NASCIMENTO, L. D. C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, jan./feb. 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0616

NORONHA, J. C. *et al.* Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05732018

NORONHA, J. C. *et al.* Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-393. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 3 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Diretora da OPAS pede mais investimentos na atenção primária saúde para alcançar saúde universal**. OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-5-2022-diretora-da-opas-pede-mais-investimentos-na-atencao-primaria-saude-para-alcancar>. Acesso em: 28 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Paho, IDB and World Bank launch alliance to strengthen primary health care in the Americas**. Washington: OPAS, 2023c. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/4-12-2023-paho-idb-and-world-bank-launch-alliance-strengthen-primary-health-care-americas>. Acesso em: 1 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Panorama de la atención primaria de salud en las Américas**. Washington: OPAS, 2023a. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-10/2400869esespecialhealthreport-web.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Primary Health Care: Strategy and Investment**. Washington: OPAS, 2023b. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34993/v42e722018.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Primary Health Care in Brazil**. Paris: OECD, 2021. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/primary-health-care-in-brazil-8ba611b2-en.htm>. Acesso em: 1 jun. 2025.

PARAGUAI. **Ley nº 6.625/2020**. Regula la Carrera Profesional del Personal de Enfermería del Sector Público. Asunción: Congreso Nacional, 2020. Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9416/ley-n-6625-regula-la-carrera-profesional-del-personal-de-enfermeria-del-sector-publico>. Acesso em: 01 jun. 2025.

PARAGUAI. **Ley nº 836/80**. Código Sanitario de la República del Paraguay. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 1980. Disponível em: <https://py.vlex.com/vid/ley-n-836-80-631747673>. Acesso em: 01 jun. 2025.

PARAGUAI. **Ley nº 1032/96**. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Salud. Asunción: Congreso Nacional, 1996. Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud>. Acesso em: 01 jun. 2025.

PENHA, B.; DESIDERÁ NETO, W. A.; MORAES, R. F. (Org.). **O Mercosul e as regiões de fronteira**. Brasília: IPEA, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8146>. Acesso em: 28 jul. 2023.

PÉREZ, S. G. *et al.* Estado actual de especialidades de Enfermería en Argentina: realidad y desafío. **Revista CuidArte**, Bucaramanga, v. 11, n. 22, p. 44-56, ago. 2022. DOI: 10.22201/fesi.23958979e.2022.11.22.80119

PERON, V. D.; LISBOA, M. T. Cooperação Internacional e Políticas Públicas: a atuação do GT-Saúde na Tríplice Fronteira. In: SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS CONTEMPORÂNEAS, 1., 2017, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Unila, 2017. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/3052>. Acesso em: 01 jun. 2025.

PESSOA, L. O.; SOUZA, L. E. S. A integração fronteiriça no Mercosul: histórico, balanço e perspectivas nos 30 anos do bloco. **Brazilian Journal of International Relations**, Marília, v. 10, n. 1, p. 222-252, out. 2021. DOI: 10.36311/2237-7743.2021.v10n1.p222-252

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; SANTANA, J. P. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 32, n. 6, p. 444-450, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v32n6/a08v32n6.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

PITTAS, T. M.; DRI, C. F. O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2277-2286, jul. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017227.02832017

QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2011.v30n2/182-188>. Acesso em: 9 out. 2023.

QUINTERO, M. N. A. *et al.* Situación laboral de la Enfermería del Paraguay: Encuesta Nacional de Enfermería del Paraguay 2020. **Revista de Salud Pública del Paraguay**, v. 13, n. 1, p. 5–15, 2023. Disponível em: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2307-33492022000200041&script=sci_arttext. Acesso em: 01 jun. 2025.

RIBEIRO, M. D. F. B.; MELO, A. D. D. (Org.). **Patrimônio Cultural e Memória nas Fronteiras**. Foz do Iguaçu: CLAEAC, 2022. 92 p. Disponível em: <https://publicar.claec.org/index.php/editora/catalog/book/55>. Acesso em: 13 ago. 2023.

SANTOS, S. R. D.; NÓBREGA, M. M. L. D. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 460-468, jun. 2004. DOI: 10.1590/S0104-11692004000300003

SCLiar, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100003

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. DOI: 10.1590/S0034-89101997000600016

SILVA, M. C. N. *et al.* Conselho Federal de Enfermagem: marcas na sua trajetória internacional no Mercosul. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 5, p. 7-12, 2019. Disponível em: <https://openurl.ebsco.com/>. Acesso em: 27 ago. 2023.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, out./dec. 2014. DOI: 10.1590/S0103-73312014000400010

SOUZA, E. B. C. O turismo como integrador regional em cidades trigêmeas: Foz do Iguaçu (Brasil), Ciudad del Este (Paraguai) e Puerto Iguazú (Argentina). **Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía**, Bogotá, v. 26, n. 2, p. 355-371, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-215X2017000200355. Acesso em: 16 jul. 2023.

SOUZA, E. N. C. *et al.* Mapeamento de competências de enfermeiros da atenção primária de saúde na fronteira Brasil-Paraguai. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 45, e20230098, 2024. DOI: 10.1590/1983-1447.2024.20230098.pt

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, n. 44, e4, jan. 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.4

TORRES, I. L. R.; HERRERA, R. J. G. Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. **Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica**, Caracas, v. 40, n. 7, p. 711-721, 2021. DOI: 10.5281/zenodo.5752275

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e4250016, maio 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180004250016

VISIT IGUASSU. **Seu próximo destino será Foz do Iguaçu**. Foz do Iguaçu: Iguassu, 2009. Disponível em: <https://www.iguassu.com.br/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista em Português

Participante nº:	Data da Coleta: / /
I – Caracterização do Profissional	
1. Iniciais:	
2. Data de Nascimento: ____/____/____	
3. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐	
4. Nacionalidade: [] Brasileiro(a) [] Paraguaio [] Argentino [] Outras:	
5. Município e País de Residência:	
6. Município e País que você atua como enfermeiro:	
7. E-mail:	
8. Em que ano concluiu o curso de graduação em enfermagem?	
9. Qualificação Profissional: Especialização ☐ Residência ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Não Possui ☐	
10. Vínculo empregatício: Efetivo por concurso público ☐ Contrato temporário por processo seletivo ☐ Cargo Comissionado ☐ [] Outro: _____	
11. Carga horária semanal:	
12. Tempo que trabalha na Atenção Primária à Saúde:	
13. Ocupa cargo gerencial? Não ☐ Sim ☐ Por quanto tempo: _____ Qual a nomenclatura do cargo?	
14. Em que período você realizou o intercâmbio em Foz do Iguaçu?	
15. Em qual unidade de saúde você ficou lotado (a) para o intercâmbio?	
II - Questões Norteadoras	
16. Como você descreve a sua experiência na instituição, durante o processo de intercâmbio técnico-científico entre enfermeiros dos três países (Brasil, Paraguai e Argentina) na Atenção Primária à Saúde?	
17. Quais aspectos específicos da sua experiência no intercâmbio técnico-científico você considera os mais significativos e por quê?	
18. Poderia descrever um momento ou situação durante o processo de intercâmbio técnico-científico que tenha tido um impacto significativo em você como enfermeiro?	
19. Como você percebe as diferenças sobre as práticas de gestão e assistência de Enfermagem na APS entre o Brasil e seu país de origem?	
20. Poderia compartilhar uma experiência que ilustra como a percepção das diferenças nas práticas de gestão e assistência de Enfermagem influenciaram suas ações como enfermeiro durante o intercâmbio técnico-científico?	
21. Como você descreveria a dinâmica de interação entre os enfermeiros no grupo durante o intercâmbio técnico-científico?	
22. Você poderia compartilhar um exemplo de como a interação grupal influenciou sua experiência durante o intercâmbio técnico-científico?	

APÉNDICE B - Guía de entrevistas

Participante nº:	Fecha de recolecta: / /
I – Caracterización del Profesional	
1. Inicial:	
2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
3. Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	
4. Nacionalidad: ☐ Brasileño (a) ☐ Paraguayo (a) ☐ Argentino (a) ☐ Otras:	
5. Municipio y País de Residencia:	
6. Municipio y País en el que usted actúa como enfermero (a):	
7. E-mail:	
8. En que año concluyó el curso de graduación en enfermería?	
9. Calificación Profesional: Especialización ☐ Residencia ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ No Posee ☐	
10. Vinculo laboral: Concurso público ☐ Contrato temporal ☐ Otro: _____	
11. Carga horaria semanal:	
12. Tiempo de trabajo e la Atención Primaria de Salud:	
13. ¿Ocupa cargo de gerencia? No ☐ Si ☐ Tiempo: _____ ¿Nombre del cargo?	
14. ¿En que período usted realizó o intercambio en Foz de Iguazu?	
15. ¿En cual unidad de salud usted estuvo asignado (a) en el intercambio?	
II – Preguntas Orientadoras	
16. ¿Cómo describe su experiencia en la institución, durante el proceso de intercambio técnico-científico entre enfermeros de los tres países (Brasil, Paraguay y Argentina) en Atención Primaria de Salud?	
17. ¿Cuáles aspectos específicos de su experiencia en el intercambio técnico-científico usted considera el más significativo, y por qué?	
18. ¿Podría describir algún momento o situación durante el proceso de intercambio técnico-científico que haya tenido un impacto significativo en usted como enfermero (a)?	
19. ¿Cómo usted percibe las diferencias en las prácticas de gestión y atención de Enfermería entre Brasil y su país de origen?	
20. ¿Podría compartir una experiencia que ilustre cómo la percepción de las diferencias en las prácticas de gestión y atención de Enfermería influyeron en su actuar como enfermero durante el intercambio técnico-científico?	
21. ¿Cómo se desarrolló la dinámica de interacción entre enfermeros del grupo durante el intercambio técnico-científico?	
22. ¿Usted podría compartirnos un ejemplo de cómo la interacción grupal influyó en su experiencia durante el intercambio técnico-científico?	

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Percepção de enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina, sobre a experiência de intercâmbio técnico-científico em um município de tríplice fronteira.

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N° 77467724.7.0000.0107

Pesquisador para contato: Adriana Dias Lourenço Izuka

Telefone: (45) 99989-0898

Endereço de contato (Institucional): Avenida: Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 - UNIOESTE

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre a experiência de enfermeiros no intercâmbio técnico-científico em um município de tríplice fronteira que tem como objetivo compreender a experiência de enfermeiros que realizaram intercâmbio técnico-científico na Atenção Primária à Saúde em um município na tríplice fronteira.

Esta pesquisa poderá trazer vários benefícios para a prática da Enfermagem, a qualidade dos cuidados de saúde e o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros envolvidos. Espera-se que possa contribuir para melhorar a saúde nas áreas de fronteira, onde o acesso aos serviços de saúde muitas vezes é desafiador.

Para que isso ocorra você será submetido a uma entrevista onde serão feitas algumas perguntas que irão abordar suas experiências no intercâmbio, seus desafios e realizações durante o programa.

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você não é obrigado(a) a participar, e sua decisão de participar ou não, não afetará o seu *status* atual ou futuro no programa de intercâmbio

Participar deste estudo não implica riscos significativos. No entanto, ao compartilhar suas experiências, você pode experimentar sentimentos desconfortáveis relacionados a eventos passados ou desafios enfrentados durante o intercâmbio.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos o acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, se houver despesas decorrentes de sua participação, terá direito ao ressarcimento.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização, e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém três páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 às 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel (PR). Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo *e-mail*: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do participante da pesquisa ou responsável:

Assinatura:

Eu, Adriana Dias Lourenço Izuka, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).

Assinatura do pesquisador

Foz do Iguaçu (PR), _____ de _____ de 20____.

APÉNDICE D - Término de Consentimiento Libre e Informado

Título de la investigación: Percepción de enfermeros del Brasil, Paraguay e Argentina, sobre la experiencia de intercambio técnico científico en un municipio de triple frontera.

Certificado de Presentación para Apreciación Ética – “CAAE” N° 77467724.7.0000.0107 Investigador para contacto: Adriana Dias Lourenço Izuka
Teléfono: +55(45)99989-0898

Email: adriana.izuka@gmail.com

Dirección de contacto (Institucional): Avenida: Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 – Universidad Estadual del Oeste de Paraná - UNIOESTE

Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio sobre la experiencia de enfermeros en el intercambio técnico científico en un municipio de triple frontera, que tiene como objetivo comprender la experiencia de enfermeros que realizaron intercambio técnico científico en la Atención Primaria de salud en un municipio en la triple frontera.

Este estudio podrá traer varios beneficios para la práctica de la enfermería, la calidad de los cuidados de salud y el desarrollo profesional y personal de los enfermeros involucrados. Se espera que pueda contribuir para mejorar la salud en las áreas de frontera, donde el acceso a los servicios de la salud muchas veces es desafiador.

Para ello usted participará en una entrevista en la que serán realizadas algunas preguntas que irán a abordar su experiencia en el intercambio, sus desafíos y realizaciones durante el programa.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted no está obligado(a) a participar, y su decisión de participar o no, no afectará en ninguna forma su estatus actual o futuro en el programa de intercambio.

Participar en este estudio no implica riesgos significativos. Sin embargo, al compartir sus experiencias, usted puede experimentar sentimientos incómodos relacionados al pasado o desafíos durante el intercambio.

Si ocurre algún trastorno, debido a su participación en cualquier etapa de este estudio, nosotros los investigadores proporcionaremos acompañamiento y asistencia inmediata, integral y gratuita. Si ocurren daños, previstos o no, pero debidos a la

participación en este estudio, dependerá de usted, conforme a la Ley, el derecho a solicitar la indemnización respectiva.

También, usted podrá en cualquier momento desistir de participar del estudio sin ningún perjuicio. Para que esto suceda, simplemente informa, por cualquier medio que le sea posible, que desea dejar de participar del estudio, y todas las informaciones que haya proporcionado, será retirada del conjunto de datos que serán utilizados en la evaluación de los resultados.

Usted no recibirá ni pagará ningún valor para participar de este estudio. Sin embargo, si hubiera gastos resultantes de su participación, tendrá derecho al reembolso.

Los investigadores garantizamos la privacidad y confidencialidad de su participación en todas las etapas del estudio y futura publicación de los resultados. Su nombre, dirección, voz e imagen nunca serán asociados a los resultados de este estudio, excepto cuando usted lo desee. En este caso, deberá firmar un segundo término, específico para esa autorización y deberá presentarse separadamente de esta.

La información que usted proporcione será utilizada exclusivamente en este estudio. Si la información proporcionada y obtenida con este consentimiento se considera útil para otros estudios, se le solicitará que autorice nuevamente su uso.

Este documento que firmará contiene tres (3) páginas. Usted deberá firmar todas las páginas, excepto la última, donde firmará con la misma firma registrada en la notaría (en caso de tenerla). Este documento se le presenta en dos copias, siendo una copia suya. Le sugerimos que guarde su copia de forma segura.

Si necesita informar algún hecho o derivado de su participación en la investigación y se siente incómodo al buscar al investigador, puede buscar personalmente al Comité de Ética en Investigación con seres Humanos de la UNIOESTE (CEP), de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 3:30 pm, en la Rectoría de UNIOESTE, sala del Comité de Ética, PRPPG, ubicada en calle Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Si lo prefiere, puede contactarse vía Internet a través del correo electrónico: cep.prppg@unioeste.br o a través del teléfono del CEP (45) 3220-3092.

Declaro ser consciente y estar suficientemente informado sobre los hechos informados en este documento.

Nombre del participante del estudio o responsables:

Firma:

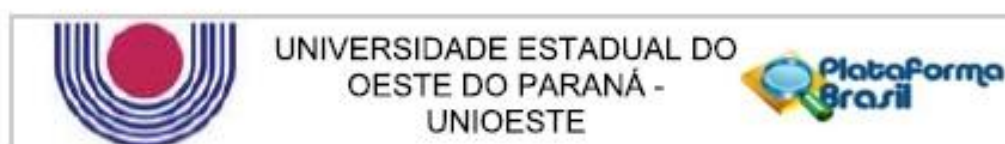
Yo, Adriana Dias Lourenço Izuka, declaro que proporcioné todas las informaciones sobre este proyecto de investigación al participante (y/o responsable).

Firma del investigador

Foz de Iguazu, _____ de _____ de 20____.

Apêndice E – Parecer do CEP

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE													
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA														
Título da Pesquisa: Percepção de enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina, sobre a experiência de intercâmbio técnico científico em município de triplíce fronteira														
Pesquisador: ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA														
Área Temática:														
Versão: 1														
CAAE: 77467724.7.0000.0107														
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA														
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio														
DADOS DO PARECER														
Número do Parecer: 6.686.996														
Apresentação do Projeto:														
Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa onde será feito a avaliação da prática de intercâmbio internacional de enfermeiros do Brasil, Paraguai e Argentina através de uma entrevista com aplicação de um questionário estruturado que contém questões objetivas e subjetivas que abordam a experiência de intercâmbio técnico científico em município de triplíce fronteira. Os dados serão analisados conforme análise de conteúdo temática, a qual contempla três etapas: pré-análise, em que os dados são organizados e realiza-se o planejamento e leitura "flutuante"; a exploração do material, em que realiza-se a codificação, a partir dos dados brutos e núcleos de compreensão do texto e, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Critério de Inclusão: No presente estudo serão considerados como critérios de inclusão ser enfermeiro, com nacionalidade brasileira ou paraguaia ou argentina e desempenhar atividades laborais em região de fronteira e ter concluído o projeto de intercâmbio técnico científico, em serviços de saúde da APS em Foz do Iguaçu. Critério de Exclusão: Não serão considerados os enfermeiros que estiverem de férias, licenças, que não se disponibilizarem a participar do estudo ou que após três contatos consecutivos não retornarem.														
Objetivo da Pesquisa:														
Compreender na perspectiva dos enfermeiros a experiência no intercâmbio entre profissionais do														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>Bairro: UNIVERSITARIO</td> <td>CEP: 85.819-110</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PR</td> <td>Município: CASCATEL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (45)3220-3092</td> <td>E-mail: cep.prppg@unioeste.br</td> <td></td> </tr> </table>			Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619			Bairro: UNIVERSITARIO	CEP: 85.819-110		UF: PR	Município: CASCATEL		Telefone: (45)3220-3092	E-mail: cep.prppg@unioeste.br	
Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619														
Bairro: UNIVERSITARIO	CEP: 85.819-110													
UF: PR	Município: CASCATEL													
Telefone: (45)3220-3092	E-mail: cep.prppg@unioeste.br													



Continuação do Parecer: 6.886.996

Brasil, Paraguai e Argentina na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo Secundário: Compreender a percepção do enfermeiro sobre as práticas de enfermagem na APS no Brasil e no seu país de origem. Entender como foi a interação grupal no processo de intercâmbio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A presente pesquisa, possui como riscos a invasão de privacidade, responder a questões sobre seu conhecimento e experiências em tema específico e tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário. Para tanto, serão tomadas as seguintes medidas e providências a serem adotadas frente aos riscos: Minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões consideradas constrangedoras. Garantir que os pesquisadores sejam habilitados aos métodos de coleta dos dados. Estar atento aos sinais verbais e não verbais do desconforto. Garantir que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, consequente à mesma, não previsto no termo de consentimento (TCLE). Garantir que os dados serão divulgados exclusivamente para fins de pesquisa, sendo assegurado o anonimato dos participantes, ou seja, nenhum dado que possa identificar os participantes será coletado.

Benefícios: A pesquisa sobre intercâmbio técnico-científico de enfermeiros na região de fronteira poderá trazer vários benefícios para a prática da enfermagem, a qualidade dos cuidados de saúde e o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros envolvidos. Espera-se que possa contribuir para melhorar a saúde nas áreas de fronteira, onde o acesso aos serviços de saúde muitas vezes é desafiador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná Campus de Foz do Iguaçu.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram corretamente anexados e ESTÃO DE ACORDO com os critérios éticos exigidos. As autorizações estão assinadas, datadas e carimbadas e o TCLE contempla todos os itens exigidos, sendo claro, objetivo e informativo quanto aos procedimentos que serão realizados durante a entrevista.

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 1619

Bairro: UNIVERSITÁRIO

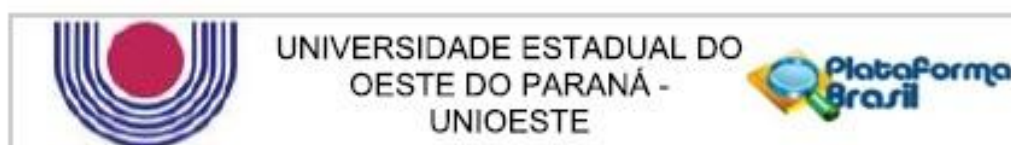
CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 6.586.956

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta pesquisa encontra-se APROVADA e não possui pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomenda-se que o pesquisador siga fielmente os procedimentos metodológicos descritos no projeto, bem como envie relatório final ao término da pesquisa. Caso haja alguma modificação no projeto, este CEP deverá ser informado por meio de emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2286397.pdf	14/02/2024 16:46:52		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_adrianaassinado.pdf	14/02/2024 16:10:55	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Orçamento	Orcamento_projeto.docx	12/02/2024 19:21:58	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Outros	roteiro_entrevistas_espanhol.docx	12/02/2024 19:21:32	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Outros	roteiro_entrevistas_portugues.docx	12/02/2024 19:21:03	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Outros	autorizacao_sms_foz.pdf	12/02/2024 19:19:47	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Declaração de concordância	autorizacao_cep_cofen.pdf	12/02/2024 19:18:48	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Outros	Formulario_CEP_anexo1.docx	12/02/2024 19:14:29	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_Encaminhamento_CEP_Adriana_Izukaassinado.pdf	12/02/2024 19:13:37	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Outros	formulario_CEP_anexo4assinado.pdf	12/02/2024 19:13:07	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Outros	Formulario_CEP_Anexo_IIIassinado.pdf	12/02/2024 19:12:36	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Outros	TCLE_CEP_espanhol.docx	12/02/2024 19:10:58	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_portugues.docx	12/02/2024 19:10:40	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito
Projeto Detalhado	projeto_mestrado_CEP.pdf	12/02/2024	ADRIANA DIAS	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 1619

Bairro: UNIVERSITÁRIO

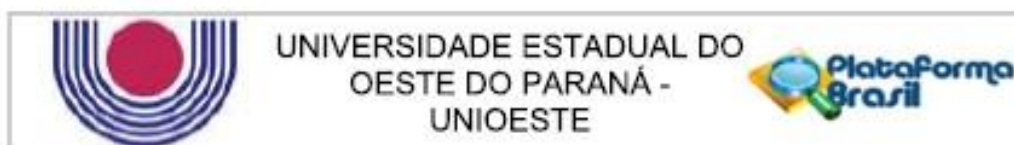
CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 6.686.956

/ Brochura Investigador	projeto_mestrado_CEP.pdf	19:10:23	LOURENCO IZUKA	Aceito
Cronograma	cronograma_adriana_izuka.docx	12/02/2024 19:09:51	ADRIANA DIAS LOURENCO IZUKA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 05 de Março de 2024

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.ppgg@unioeste.br