



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

POLLYANNA MARTINS PEREIRA

**SAÚDE BUCAL SEM FRONTEIRAS: DIPLOMACIA DA SAÚDE E SAÚDE BUCAL
NOS PAÍSES DA REGIÃO DE FRONTEIRA BRASILEIRA**

FORTALEZA

2018

POLLYANNA MARTINS PEREIRA

**SAÚDE BUCAL SEM FRONTEIRAS: DIPLOMACIA DA SAÚDE E SAÚDE BUCAL
NOS PAÍSES DA REGIÃO DE FRONTEIRA BRASILEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Odontologia. Área de concentração: Odontologia Preventiva e Social

Orientadora: Prof^ª. Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P494s Pereira, Pollyanna Martins.
Saúde bucal sem fronteiras : diplomacia da saúde e saúde bucal nos países da região de fronteira brasileira / Pollyanna Martins Pereira. – 2018.
153 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar.

1. Saúde Global. 2. Cooperação internacional. 3. Sistemas de Saúde. 4. Saúde Bucal. I. Título.

CDD 617.6

**SAÚDE BUCAL SEM FRONTEIRAS: DIPLOMACIA DA SAÚDE E SAÚDE BUCAL
NOS PAÍSES DA REGIÃO DE FRONTEIRA BRASILEIRA**

POLLYANNA MARTINS PEREIRA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Odontologia. Área de concentração: Odontologia Preventiva e Social

Orientadora: Prof.^a Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Ana Karine Macedo Texeira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Maria Socorro de Araújo Dias – UVA
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof.^a Dra. Paola Gondim Calvasina
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Dedico esta tese à minha mãe, Maria José Martins (*in memoriam*), que sempre me deu asas e raízes. Asas para ir além, resistir, lutar e, ao mesmo tempo, ser livre e voar em busca dos meus sonhos. Raízes e apoio para sustentar-me diante das falhas de minhas asas ou dos mais árduos desafios que a vida nos impõe.

AGRADECIMENTOS

Desafio tão grande quanto escrever esta tese foi utilizar apenas uma lauda para agradecer a todas as pessoas que me apoiaram nesta jornada. Agradeço, primeiramente, a Deus, por todas as bênçãos que tenho recebido e por sua proteção constante na minha caminhada.

Aos meus pais, que, com muito sacrifício, conseguiram me proporcionar a oportunidade de concluir o Curso de Odontologia. À minha mãe (*in memoriam*), gratidão por sempre me incentivar a fazer o melhor, o bem e a acreditar em meus sonhos, mesmo quando eles parecem impossíveis.

Ao meu esposo, Manoel Pereira, e meu filho, Yan Victor, que me apoiaram, incondicionalmente, sofreram e ajudaram-me a superar todas as dificuldades e desafios nesta jornada.

À minha orientadora, Prof.^a Andréa. Não tenho palavras para expressar minha gratidão. Resumidamente, agradeço por ter me apoiado em todas as etapas de construção desta tese, ter acreditado no meu potencial, ter sido amiga e educadora, enfim, muito obrigada por tudo. Espero que fortaleçamos nosso vínculo e que continuemos com nossa parceria.

Aos meus familiares, obrigada pelo apoio, especialmente à Umbelina, que sempre me acolheu em sua casa no período em que eu precisei pernoitar em Fortaleza.

Aos colegas do grupo de pesquisa Diplomacia da Saúde e Saúde Bucal, minha gratidão por todo aprendizado e encontros que compartilhamos. Quero agradecer a Weiber, Melina, Raisa, Jamila, Caroline e Ana Maria, pelo apoio na coleta de dados.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e às Prof.^a Walda e Prof.^a Eneide agradeço por todo o aprendizado compartilhado. À admiráveis professoras que aceitaram, prontamente, o convite para participar da banca, meus sinceros agradecimentos.

À Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, agradeço pela concessão da licença de 12 meses para cursar as disciplinas. Aos colegas da 11^a Coordenadoria Regional de Saúde, à ex-Coordenadora Lucila e à atual Coordenadora, Mônica, minha gratidão por me apoiarem neste processo.

A todos os amigos e familiares que me incentivaram com palavras e me apoiaram de alguma forma na conclusão desta tese, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Diplomacia da Saúde Global (DSG) é uma ferramenta para promover a saúde global e nacional que, mediante parcerias entre governos e organizações internacionais (OI), melhora a equidade e gera cooperação internacional em saúde (CIS) para resolver problemas comuns de saúde dos países. A consolidação do conceito de DSG está pautada no entendimento que a saúde é um bem comum da sociedade e ultrapassa as fronteiras físicas dos países. Nesse sentido, destaca-se a importância de conhecer a DSG no âmbito da saúde bucal (SB), visto que esse tema apresenta lacunas na literatura. O objetivo desta pesquisa foi analisar a DSG, no âmbito da CIS, entre países e território da região de fronteira brasileira, sob a ótica da SB. Optou-se por uma pesquisa bibliográfica e documental, comparativa, com abordagem quantitativa e qualitativa, exploratória, descritiva e explicativa. A análise das informações foi realizada à luz da *Grounded Theory*. Documentos oficiais nacionais e de OI que versavam sobre os sistemas de saúde e políticas de SB compuseram o *corpus* empírico da pesquisa. As iniciativas de CIS no âmbito da SB consistem em acordos bilaterais entre três países com Cuba para provimento de recursos humanos. Duas iniciativas de CIS com OI ofertam atenção à SB para crianças em idade escolar. A implantação de serviços de saúde com financiamento compartilhado na região de fronteira está em fase de discussão. Esse é um processo lento porque envolve muitos atores, diferentes ideologias e sistemas de saúde com distintas fontes de financiamento e formas de organização. A criação de serviços de saúde transfronteiriços, financiados com recursos provenientes de todos os países, por meio de um termo de CIS, é uma alternativa para garantir acesso aos serviços de saúde à população que vive na região de fronteira.

Palavras-chave: Saúde Global. Cooperação internacional. Sistemas de Saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

The Global Health Diplomacy (GHD) is a tool to promote global and national health that, through partnerships between nations and international organizations (IO), improves equity and generates international health cooperation (IHC) to solve common health problems. The consolidation of the GHD concept is based on the understanding that health is a common good of society and goes beyond the physical borders of countries. In this sense, the importance of GHD knowledge in oral health (OH) is highlighted because this theme presents gaps in the literature. The objective of this research was to analyze the GHD, within the scope of the IHC, between countries and the territory of the Brazilian frontier region, under the OH approach. We chose Bibliographic and documentary research, comparative, with quantitative and qualitative approach, exploratory, descriptive and explanatory. Grounded Theory was the methods utilized to analysis of the informations. Official national documents and IO documents dealing with the health systems and policies of OH constituted the empirical corpus of research. The IHC initiatives under the OH consist of bilateral agreements between three countries with Cuba to provide human resources. Two IHC initiatives with IO offer OH attention to school-age children. The implementation of health services with shared funding in the border region is under discussion. This is a slow process because it involves many actors, different ideologies and health systems with different sources of funding and forms of organization. The creation of cross-border health services, financed with resources from all countries through a IHC term, is an alternative to guarantee access to health services for the population living in the border region.

Keywords: Global Health. International Cooperation. Health Systems. Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFD	Agência Francesa de Desenvolvimento
ANMAT	Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementa
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Agência Regional de Saúde
ASIC	Áreas Comunitárias de Saúde Integral
ASSE	Administração dos Serviços de Saúde do Estado
CAN	Comunidade Andina de Nações
CARICOM	Caribbean Community
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CIS	Cooperação Internacional em Saúde
COP	Consultórios Odontológicos Populares
CP	Consultórios Populares
CREO	Centros de Referência em Especialidades Odontológicas
CSS	Conselho de Saúde Sul-Americano
CT & IS	Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde
CTI	Cooperação Técnica Internacional
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DSG	Diplomacia da Saúde Global
EPS	Entidade Promotora de Saúde
EPSS	Empresas Prestadoras de Serviços em Saúde
FONASA	Fundo Nacional de Saúde
FOSYGA	Fondo de Solidariedad y Garantía
HIV/Aids	Vírus da Imunodeficiência Humana /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
JUNASA	Junta Nacional de Saúde
MAIS	Modelo de Atenção Integral de Saúde Baseado na Família e Comunidade

MBA	Missões Bairro Adentro
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MM	Missão Médica
MPPS	Ministério do Poder Popular para Saúde
MS	Ministério da Saúde
OI	Organização Internacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
ORAS -CONHU	Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue
OTCA	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
PASAFRO	Plano Andino de Saúde nas Fronteiras
PEAS	Plano Essencial de Assistência à Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMO	Programa Médico Obrigatório
PNS	Política Nacional de Saúde
POS	Plano Obrigatório de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RHS	Recursos Humanos
SGSSS	Sistema Geral de Seguridade Social na Saúde
SICA	Sistema de Integração Centro-Americana
SIS	Seguro Integral de Saúde
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Saúde
SNSS	Superintendência Nacional de Seguro-Saúde
SRS	Serviços Regionais de Saúde
SSS	Superintendência de Serviços da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UOM	Unidades Odontológicas Móveis

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO GERAL	12
II. PROPOSIÇÃO	18
III. CAPÍTULOS	19
CAPÍTULO 1 – Diplomacia da Saúde Global: proposta de modelo conceitual	21
CAPÍTULO 2 – Análise comparada dos sistemas de saúde dos países que compõem a fronteira brasileira	32
CAPÍTULO 3 - Análise comparada das políticas de saúde bucal dos países que	63
CAPÍTULO 4 – Cooperação internacional em saúde nos países que compõem a fronteira brasileira	94
IV. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	115
V. CONCLUSÃO GERAL	116
REFERÊNCIAS	119
REFERÊNCIAS CONSULTADAS	121
APÊNDICE A – Cronograma de execução da tese.	126
APÊNDICE B – Orçamento da pesquisa	127
APÊNDICE C – Indicadores demográficos, econômicos e de saúde dos países e território da região de fronteira brasileira	128
APÊNDICE D – Notas metodológicas e pessoais sobre a construção da tese	138
APÊNDICE E – Construção do mapa conceitual sobre cooperação internacional em saúde (sequência de fotos)	147
APÊNDICE F – Construção do mapa conceitual sobre diplomacia da saúde	149
ANEXO A – Mapa da faixa de fronteira do Brasil	153

I. INTRODUÇÃO GERAL

O processo de globalização tem criado grandes disparidades internacionais, produzindo enormes problemas sociais e de saúde, particularmente nos países mais excluídos dos circuitos centrais da economia global. As condições declinantes da saúde de grandes parcelas da população, a insegurança alimentar¹ e as mudanças climáticas têm sido motivo de preocupações da comunidade internacional (BUSS; LEAL, 2009).

Na América Latina e Caribe, o processo de globalização, o avanço das relações comerciais entre países, a participação dos países em desenvolvimento nos organismos internacionais e o avanço da pandemia HIV/Aids culminaram em uma maior interação entre os países e na criação de blocos regionais de cooperação internacional (SANTANA, 2011; PEREZ, 2012).

Experiências concebidas, originalmente, com objetivos econômicos, como o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), a Comunidade Andina de Nações (CAN), o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), têm a saúde como um de seus temas centrais (BERNARDINI-ZAMBRINI; PEDROSA; SOTELO, 2011; PEREZ, 2012).

A ampliação da integração econômica e da cooperação internacional entre os países, consequências do alargamento do processo de globalização nas décadas de 1980 e 1990, aumentaram os fluxos migratórios e a mobilidade da população entre as nações (FORTES; RIBEIRO, 2014). Em um planeta aberto à livre circulação de capital e mercadorias, o que acontece em determinado lugar tem um peso sobre a forma como as pessoas de todos os outros lugares vivem, esperam ou supõem viver (BAUMAN, 1999). Dessa maneira, as modificações sociais, econômicas e culturais afetam a sociedade contemporânea e influenciam em vários aspectos da vida das pessoas, inclusive na saúde.

¹ De acordo com o conceito adotado na legislação brasileira, a segurança alimentar e nutricional consiste no direito de todas as pessoas terem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (art. 3º da Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan) – Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006).

Vinculado a essas questões e a uma crescente preocupação com a segurança e controle de doenças na região de fronteira, surgiu o conceito de saúde internacional. A saúde internacional, além de ser caracterizada por ações humanitárias diplomáticas na área da saúde, desenvolvidas por países ricos e organismos internacionais em países pobres, teve como marcos a criação da Organização Pan-Americana de Saúde e a instituição do Regulamento Sanitário Internacional (SMEGO JR; KHALIQ, 2015).

Alguns especialistas fazem uma distinção entre saúde pública, saúde internacional e saúde global. Elas tendem a abordar a saúde e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais das populações no âmbito local, nacional e global, respectivamente (SMEGO JR; KHALIQ, 2015).

Entretanto, além dos temas anteriores, a promoção da cooperação internacional, o impacto econômico das doenças, os danos à saúde causados pela poluição ambiental, o acesso aos sistemas de saúde, a garantia do direito à saúde, os determinantes sociais da saúde, a melhoria da equidade e os processos de governança global passaram a ser problemas comuns entre os países. Esses temas caracterizam a saúde global que possui como marco a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (ALMEIDA, 2010; KICKBUCH, 2011; SMEGO JR; KHALIQ, 2015).

No âmbito da saúde global, os processos de governança global são caracterizados pelo desenvolvimento da diplomacia da saúde global e da inclusão da saúde na agenda da política externa dos países. Alguns países avançaram no sentido de incorporar a saúde como política externa, enquanto que em outros países essa política está sendo conduzida, substancialmente, pela saúde para proteger a segurança nacional, o livre comércio e o avanço econômico (KICKBUSCH et al., 2007).

Esses elementos contribuíram para a ascensão da integração e cooperação internacional e da preocupação dos estados com a saúde global (KICKBUCH, 2011; ALMEIDA, 2010). O conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis, que delinea e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde e que, idealmente, produz melhores resultados para a saúde da população de cada país envolvido, bem como reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol de assegurar a saúde como direito humano e bem público é denominado de Diplomacia da Saúde Global (DSG) (KICKBUSCH et al., 2007).

Trata-se de um campo novo de conhecimento e prática, cujo objeto é a saúde e as negociações internacionais em torno dela, envolvendo diferentes disciplinas e profissionais de diversos perfis, como diplomatas e profissionais de saúde (BUSS, 2013).

Nesse cenário histórico, em que se desenvolve uma forte e tradicional atividade de cooperação, destacam-se a Organização das Nações Unidas, as agências de cooperação de países desenvolvidos e de alguns países emergentes e a filantropia internacional que têm colocado a saúde como prioridade na agenda da cooperação internacional e dos programas de ajuda para o desenvolvimento (KICKBUSCH et al., 2007).

A DSG é utilizada por muitos países para melhorar as relações de confiança entre Estados e para melhorar a saúde nacional e mundial. Nessa perspectiva, os ministérios da saúde passaram a desempenhar um papel duplo: promover a saúde do país e a saúde global (FOURIE, 2013).

Considera-se a DSG uma ferramenta governamental da política externa. No entanto, também pode ser utilizada pelos cidadãos para promover as relações entre e com as pessoas que vivem em áreas de conflito ou fronteiras (IVANOVIC, 2010).

As comunidades fronteiriças brasileiras possuem relações históricas anteriores ao MERCOSUL e exibem vários perfis de transações socioculturais e econômicas que exigem políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões (GIOVANELLA, 2007).

Nessa direção, o Brasil, através do Ministério da Saúde (MS), instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteira), através da Portaria GM/MS nº 1.120, de seis de julho de 2005, com o intuito de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, e contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros (ANEXO A).

No âmbito da saúde bucal, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal iniciou, em 2008, parceria com o SIS-Fronteira, a fim de implantar o Programa Brasil Sorridente nos municípios fronteiriços. O Programa possibilitou aos municípios a fluoretação da água, a implantação de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, bem como distribuição de kits de escovação para os escolares entre outras iniciativas (BRASIL, 2010).

Apesar dos incentivos financeiros para implantar serviços de saúde bucal nos municípios da região de fronteira, pesquisas atestaram que a distribuição da provisão de serviços de saúde e de indicadores e de saúde bucal, como escovação supervisionada, primeira consulta odontológica e cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, são desiguais entre os municípios e regiões brasileiras (MORENO, 2015; SILVA, 2015).

Diferenças significativas em relação à cobertura de Equipes de Saúde Bucal foram observadas entre os Arcos Norte, Central e Sul. Nos municípios da faixa de fronteira que compõem o Arco Norte, foram encontrados os piores resultados em relação a esses indicadores. As diferenças entre os perfis das cidades fronteiriças, em termos de aspectos sanitários, assistenciais e epidemiológicos, acarretam impactos específicos no processo de integração regional nos serviços de saúde (MORENO, 2015; SILVA, 2015).

O SIS-Fronteira foi uma estratégia que o governo brasileiro encontrou para oficializar a atenção à saúde da população flutuante de estrangeiros que busca tratamento no território nacional, visto que os repasses financeiros realizados pelo MS a municípios e estados levam em consideração o contingente populacional nacional. O programa, que foi implantado em fases, realizou repasses financeiros para execução de plano de trabalho apresentado pelos municípios.

A maioria dos municípios da região de fronteira faz jus à estratégia de compensação de especificidades regionais que prevê uma diferenciação nos valores repassados de acordo com indicadores socioeconômicos, ou seja, municípios mais pobres recebem mais recursos (BRASIL, 2017).

Os recursos financeiros foram utilizados para ampliar a rede de serviços locais. A abertura para atendimento aos estrangeiros permanece a critério do gestor, mantendo-se a limitação do direito à saúde na maior parte dos municípios. O Projeto SIS-Fronteira possibilitou a realização de um diagnóstico local, mas não fomentou a cooperação e integração transfronteiriças (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

No caso da saúde, as relações transfronteiriças se manifestam em quatro dimensões: a DSG, a política externa, a cooperação internacional e a negociação em saúde. Em conexão com a diplomacia da saúde, pesquisa realizada na Colômbia e seus países fronteiriços enfatizou que é necessário melhorar o conhecimento dos mecanismos de integração e gestão de situações diplomáticas, assim como implementar estratégias de atenção à saúde nestas regiões (ORTIZ GÓMEZ; TRUJILLO; GUZMÁN, 2011).

A dificuldade de acesso a serviços assistenciais e a ausência de controle das ações de saúde pública têm sido observadas nos países de fronteira com o Brasil. Essa situação provocou o aumento do fluxo de circulação das populações ali residentes, na busca de uma melhor oferta de serviços de saúde. Essa mobilidade vem ocasionando dificuldades para os prefeitos e gestores municipais de saúde na região fronteira, bem como para as autoridades dos países limítrofes com o Brasil (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o esforço do Sistema Único de Saúde (SUS) para consolidar a descentralização e organizar serviços de saúde locais com vistas a melhorar o acesso integral pode ser afetado pela ausência de linhas e diretrizes específicas para as situações de fronteiras. Embora a busca por serviços de saúde por populações de outros países seja realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, não existem estudos suficientes para dar a dimensão dessa demanda. Pouco se conhece sobre as estratégias locais dos gestores de municípios brasileiros de fronteiras (GIOVANELLA, 2007).

A insuficiência de estudos sobre a situação de saúde bucal nos municípios da faixa de fronteira brasileira suscita a realização de uma análise sobre a atuação e os reflexos das políticas de saúde bucal nessas populações e como essa pode vir a ser desenvolvida e aplicada nos municípios fronteiriços (SOUZA; FERREIRA, 2012; CARNUT; SILVA, 2012).

O tema escolhido para esta pesquisa é denso e recente no campo da saúde bucal e exige a construção de novos conhecimentos, ruptura de paradigmas e uma discussão mais profunda sobre DSG e cooperação internacional entre países da América Latina e Caribe na região de fronteira brasileira. Dessa forma, o desenvolvimento de uma pesquisa aplicada contribuirá para o processo de tomada de decisão, planejamento e aprimoramento das políticas públicas de saúde bucal e para a melhoria da qualidade da atenção à saúde na população residente na região de fronteira.

A pesquisa nos remete a pensar alternativas para a cooperação e integração internacional no que diz respeito à atenção e políticas de saúde bucal. Embora a OMS, por meio do Programa de Saúde Oral Global, enfatize a importância do desenvolvimento de estratégias e políticas globais de promoção da saúde oral e prevenção de doenças bucais, ainda não se sabe ao certo como a cooperação internacional e negociações diplomáticas influenciam os sistemas de saúde, nem até que ponto a saúde bucal está contemplada nestes processos.

Conseqüentemente, o tema da tese determinou o contexto da pesquisa, pois as comunidades fronteiriças brasileiras são os primeiros espaços territoriais a vivenciarem os efeitos da DSG, no âmbito da cooperação internacional em saúde.

O caráter inovador desta pesquisa respalda-se nas questões que até o momento permanecem sem respostas no campo da saúde bucal em relação a essa temática. Como discente de uma universidade sediada no Nordeste, destaco que essa proposta é uma oportunidade para ampliar as redes de colaboração e propiciar relações e trocas de experiências com outros pesquisadores das Regiões Sul, Centro-Oeste e Norte do Brasil e países da América Latina.

Apesar desses desafios, vários fatores fazem deste um momento oportuno para pesquisar a diplomacia da saúde no âmbito da saúde bucal na região de fronteira, visto que até o momento esse tema permanece pouco explorado e apresenta lacunas na literatura. Diante do exposto, esta pesquisa orientou-se pelo seguinte questionamento: Como se dá a cooperação internacional entre países da América Latina e Caribe da região de fronteira brasileira sob a ótica da saúde bucal?

II. PROPOSIÇÃO

Os objetivos da pesquisa foram:

Objetivo Geral

- Analisar, comparativamente, sistemas de saúde e políticas de saúde bucal nos países e território que compõem a região de fronteira brasileira sob a ótica da diplomacia da saúde global, no âmbito da cooperação internacional em saúde.

Objetivos Específicos

- Propor um modelo conceitual sobre Diplomacia da Saúde Global.
- Analisar as principais características dos sistemas de saúde dos países e território que compõem a região de fronteira brasileira.
- Analisar as políticas de saúde bucal dos países e território que compõem a região de fronteira brasileira.
- Analisar a diplomacia da saúde global, no âmbito da cooperação internacional em saúde, nos países e território que compõem a região de fronteira brasileira.

III. CAPÍTULOS

Esta tese está baseada no Artigo nº 46, do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal do Ceará, que regulamenta o formato alternativo para dissertações de Mestrado e teses de Doutorado e permite a inserção de artigos científicos de autoria ou coautoria do candidato, publicados ou ainda não submetidos para publicação (PPGO, 2007).

A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a Declaração de Helsinki, a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Entretanto, por se tratar de uma pesquisa documental e bibliográfica, não foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, visto que a pesquisa proposta analisou documentos oficiais e consultou banco de dados disponíveis na *internet* para acesso público. Não foi efetuada qualquer intervenção com seres humanos ou animais.

Destarte, esta tese é composta de quatro capítulos, conforme descrito a seguir:

- Capítulo 1 – Apresenta-se artigo intitulado “Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual”, publicado, com os resultados do primeiro objetivo específico (Propor um modelo conceitual sobre Diplomacia da Saúde Global).

MARTINS, Pollyanna et al. Diplomacia da Saúde Global: proposta de modelo conceitual. *Saude soc.*, v.26, n.1, pp.229-239. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017168881>.

- Capítulo 2 – Apresenta-se o artigo intitulado “Análise comparada dos sistemas de saúde dos países que compõem a fronteira brasileira”, não submetido, com os resultados do segundo objetivo específico (Analisar as principais características dos sistemas de saúde dos países que compõem a região de fronteira brasileira). O artigo será submetido à revista acadêmica *Bulletin of the World Health Organization* (ISSN 0042-9686).
- Capítulo 3 – Apresenta-se o artigo intitulado “Análise comparada das políticas de saúde bucal dos países que compõem a fronteira brasileira”, não submetido, com os

resultados do terceiro objetivo específico (Analisar as políticas de saúde bucal dos países que compõem a região de fronteira brasileira). O artigo será submetido à revista acadêmica *Journal of Global Health* (ISSN 2047-2978).

- Capítulo 4 – Apresenta – se artigo intitulado “Cooperação internacional em saúde nos países que compõem a fronteira brasileira”, não submetido, com os resultados do quarto objetivo específico (Analisar a diplomacia da saúde global, no âmbito da cooperação internacional em saúde nos países que compõem a região de fronteira brasileira). O artigo será submetido à revista acadêmica *Journal of Global Health* (ISSN 2047-2978).

As metodologias utilizadas, os resultados e a discussão da pesquisa foram descritas nos capítulos 1, 2, 3 e 4. No item V, “Conclusão geral”, apresentam-se as principais contribuições da tese. Informações adicionais sobre a pesquisa e coleta de dados encontram-se nos apêndices.

CAPÍTULO 1 – Diplomacia da Saúde Global: proposta de modelo conceitual

Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual¹

Global health diplomacy: conceptual framework proposal

Pollyanna Martins

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: pollysobral@yahoo.com.br

Andréa Sílvia Walter de Aguiar

Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: aswaguiar@pq.cnpq.br

Caroline Antero Machado Mesquita

Faculdade Maurício de Nassau. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: carolantero41@gmail.com

Francisca Jamila Ricarte Alexandrino

Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: jamlaricartealexandrino@gmail.com

Nayane Cavalcante Ferreira da Silva

Faculdade Maurício de Nassau. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: nayanecferreira@gmail.com

Melinna dos Santos Moreno

Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: melinnamoreno@hotmail.com

Resumo

Este estudo busca construir, a partir das publicações sobre diplomacia da saúde global (DSG), representação deste campo de conhecimento, seus principais conceitos e características. A partir de uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, fez-se uma busca integrada das produções científicas publicadas até agosto de 2016. Os descritores identificados e critérios de inclusão adotados selecionaram 54 publicações que compuseram a amostra final. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva, e as informações qualitativas, pela análise de conteúdo temática. As publicações sobre o tema tiveram início em 1970, mas 85,2% abrangem o período de 2007 a 2014. A partir da análise de conteúdo dos resultados das produções científicas, foi elaborado um modelo teórico conceitual que abrange os seguintes macrotemas da DSG: conceito de diplomacia da saúde; uso da diplomacia na cooperação internacional em pesquisa; diplomacia da saúde como ferramenta para fortalecer a política externa; estratégias dos países para fortalecer a DSG e cooperação internacional entre os países; diplomacia da saúde fortalecendo a saúde global; saúde como um bem comum entre as nações em um período de globalização e desafios da diplomacia da saúde para fortalecer a saúde global. A DSG compreende estratégias dos países e cooperação internacional para fortalecer a saúde global e é uma ferramenta para fortalecer a política externa das nações. Promover a cooperação internacional em pesquisa, capacitar recursos humanos nessa área e emancipar países emergentes com base nas intervenções realizadas constituem grandes desafios da DSG. **Palavras-chave:** Saúde Mundial; Cooperação Internacional; Relações Internacionais.

Correspondência

Andréa Sílvia Walter de Aguiar
Rua Monsenhor Furtado, s/n, Rodolfo Teófilo.
Fortaleza, CE, Brasil. CEP 60430-355.

¹ Este artigo é resultado de pesquisa denominada "Diplomacia da saúde nas ações e serviços de saúde bucal na faixa de fronteira brasileira", financiada pelo CNPq, por meio do Edital Universal (14/2014).

Abstract

The aim of this article is to build, from the publications on global health diplomacy (GHD), a representation of this field of knowledge, its main concepts and features. We searched the literature in PubMed database for publications on the subject until August 2016. The keywords and inclusion criteria selected 54 publications that composed the final sample. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative information, by the thematic content analysis. Publications on the subject began in 1970, but 85.2% of the studies cover the period from 2007 to 2014. With the content analysis of the results of this scientific production, we produced a conceptual theoretical model covering the following subjects of GHD: health diplomacy concept; use of diplomacy in international cooperation with research; health diplomacy as a tool for strengthening foreign policy; strategies for strengthening the diplomacy of global health and international cooperation among countries; health diplomacy strengthening global health; health as a common good among the nations in globalization; health diplomacy challenges to strengthen global health. GHD comprises country strategies and international cooperation to strengthen global health and is a tool for strengthening the foreign policy of nations. The major challenges of GHD are to promote international cooperation in research, train human resources from this area and emancipate emerging countries based on ongoing interventions.

Keywords: World Health; International Cooperation; International Relations.

Introdução

Ministros e autoridades sanitárias de 194 países participaram da 68ª Assembleia Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS)², realizada de 18 a 26 de maio de 2015, em Genebra, Suíça. A incorporação da saúde na agenda para o desenvolvimento pós-2015 e o impacto da contaminação ambiental na saúde estavam entre os temas debatidos.

Esse conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis, que delinea e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde e que, idealmente, produz melhores resultados para a saúde da população de cada país envolvido e reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público, tem sido denominado “diplomacia da saúde global” (DSG) (Kicksbusch et al., 2007). Trata-se de um campo novo de conhecimento e prática, cujo objeto é a saúde e as negociações internacionais em torno desta, envolvendo diferentes disciplinas e profissionais de diversos perfis, como diplomatas e profissionais de saúde (Buss, 2013).

A DSG é uma disciplina emergente em que a saúde é incorporada à diplomacia tradicional como uma ferramenta de política externa (Kicksbusch et al., 2007). A DSG é usada por muitos países para melhorar as relações de confiança entre os estados, a saúde nacional e mundial. Nessa perspectiva, os ministérios da saúde passaram a desempenhar um papel duplo: promover a saúde do país e a saúde global (Fourie, 2013).

Objetiva-se propor, a partir das publicações sobre DSG, representação deste campo de conhecimento, seus principais conceitos e características, assim como apontar novas questões que carecem de pesquisas.

Metodologia

Para construir o modelo conceitual, optou-se por uma pesquisa bibliométrica embasada em dados publicados e usada para mensurar as características de determinados temas, o que de certa forma indica sua produção científica (Vanti, 2002).

² WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. 68th World Health Assembly. Disponível em: <<https://goo.gl/Lbuk71>>. Acesso em: 2 maio 2015.

A base de dados consultada foi a U.S. National Library of Medicine (PubMed), em que se fez uma busca integrada das produções científicas publicadas até agosto de 2016. Os descritores adotados foram identificados pelo Medical Subject Headings (MeSH) dessa base de dados. Na busca, foram encontrados descritores que se apresentaram como sinônimos do tema pesquisado, visto que o termo “diplomacia da saúde” não foi encontrado no MeSH. Os descritores identificados e seus respectivos sinônimos foram:

1. Saúde Mundial/World Health/Salud Mundial. Sinônimos: Problemas Internacionais de Saúde, Saúde Global;
2. Cooperação Internacional/International Cooperation/Cooperación Internacional. Sinônimos: Auxílio Internacional, Ajuda Externa;
3. Internacionalidade/Internationality/Internacionalidad. Sinônimos: Relações Internacionais.

A estratégia de busca adotou os seguintes descritores no campo de busca avançada da PubMed: “world health” [MeSH Terms] or “world” [All Fields] and “health” [All Fields] or “world health” [All Fields] and “international cooperation” [MeSH Terms] or “international” [All Fields] and “cooperation” [All Fields] or “international cooperation” [All Fields] and “internationality” [MeSH Terms] or “internationality” [All Fields] and “health” [MeSH Terms] or “health” [All Fields] and “diplomacy” [All Fields]. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra em relação à disponibilidade de texto foram: “Free full text”, “Full text”.

Foram encontradas 54 publicações que compuseram a amostra final. O material foi submetido à pré-análise, e, pela leitura integral do texto, foram categorizados segundo as seguintes variáveis: 1º autor, ano de publicação, periódico, título, objetivo, resultado principal relativo ao tema, tipo de publicação, universidade/instituição do 1º autor e país de publicação do periódico. Na variável “tipo de publicação” foram considerados como editoriais os comentários, editoriais, debates e artigos de opinião publicados no período. Os resultados foram transcritos em uma planilha eletrônica no Microsoft Excel, os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva simples, e os dados qualitativos, pela análise temática de conteúdo.

A análise de conteúdo temática foi feita para descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência pode significar alguma coisa para o tema em estudo (Bardin, 2011). Na coleta dos dados qualitativos (título, objetivos, resultados principais) extraídos da leitura dos textos, foram usadas frases e parágrafos como unidades de registro, codificadas em temas reagrupadas em categorias ou subcategorias.

Resultados

As publicações sobre o tema iniciaram em 1970. Todavia, a partir de 2007 observou-se maior frequência (85,2% abrangem o período de 2007 a 2014). A maioria das instituições ou universidades às quais estão vinculados os primeiros autores dos artigos localiza-se nos Estados Unidos da América (61%), na Suíça (14,8%) e no Brasil (5,6%). Na Suíça destacaram-se a World Health Organization, de Genebra, e o Graduate Institute for International Development Studies, da mesma cidade; nos EUA, organizações não governamentais, departamentos estaduais, Columbia University, Indiana University e University of California; no Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz. Entretanto, não se observou semelhante tendência quando se considerou o país de publicação do periódico; neste caso, os EUA (53,7%) e o Reino Unido (25,9%) lideraram o total de publicações.

Quanto ao tipo de publicação, destacaram-se os editoriais (38,9%), seguidos de artigos de revisão/reflexão (29,6%) e artigos originais/estudo de caso (22,2%). Artigos teóricos conceituais totalizaram 9,3% das publicações. Os resultados principais das pesquisas sobre o tema foram submetidos à análise de conteúdo temática e, depois do processo de codificação e categorização, emergiram sete macrotemas: conceito de diplomacia da saúde; uso da diplomacia na cooperação internacional em pesquisa; diplomacia da saúde como ferramenta para fortalecer a política externa; estratégias dos países para fortalecer a DSG e cooperação internacional entre os países; diplomacia da saúde fortalece a saúde global; a saúde como um bem comum entre as nações em um período de globalização e desafios da diplomacia da saúde para fortalecer a saúde global.

Discussão

A produção científica sobre DSG é recente, e o tema ainda é pouco conhecido nas comunidades acadêmicas, o que foi confirmado pela predominância de editoriais entre as produções científicas selecionadas. A função de um editorial em um periódico é discutir temas atuais e controversos e publicar análises ou opiniões sobre um tema importante. A abordagem qualitativa com base em estudos de caso e os artigos de revisão que refletem sobre o tema ou têm a função de introduzir conceitos sobre determinado campo de conhecimento endossam essa premissa.

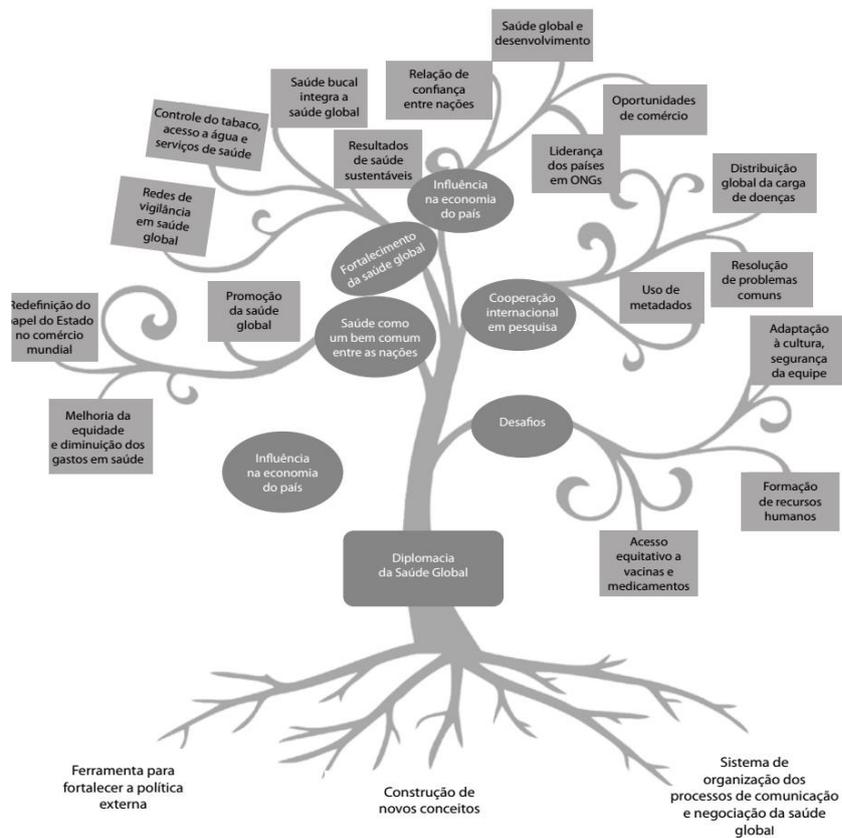
A inserção dos autores que pesquisam e escrevem sobre o tema está concentrada nos EUA e na

Suíça, o que pode ser explicado pelo fato de esses dois países serem os líderes nas questões diplomáticas na área da saúde, pois sediam a Organização das Nações Unidas (ONU) e OMS, respectivamente.

Com base na análise dos resultados das pesquisas sobre o tema, elaborou-se uma árvore da DSG, e suas raízes representam os conceitos e as teorias sobre o tema; os galhos, as consequências da diplomacia; e os frutos, os produtos gerados (Figura 1).

A respeito dos principais resultados das pesquisas sobre o tema, discutem-se a seguir os macrotemas que emergiram do processo de codificação e categorização dos dados qualitativos e que compõem a árvore da DSG.

Figura 1 – Modelo conceitual: árvore da diplomacia da saúde global



Evolução conceitual da Diplomacia da Saúde Global

Dentro da tipologia da diplomacia pública, a DSG é um conceito autônomo, um instrumento de política externa que não recorre aos tradicionais meios e canais diplomáticos para atingir seus objetivos definidos. Ela assume características próprias que a distingue de outros conceitos que lhe são próximos, como a diplomacia tradicional, e seu conceito evoluiu ao longo do tempo, conforme o quadro a seguir.

Embora a emergência do termo “DSG” seja recente, a interação entre diplomacia e saúde não é uma prática contemporânea entre as nações. “Os registros diplomáticos do Egito antigo que datam de 29 séculos atrás identificam os médico-sacerdotes do Nilo que acompanhavam as missões egípcias para países vizinhos” (Badeau, 1970, p. 303).

Nos períodos pós-guerra, a saúde constituiu-se em um objetivo comum entre as nações, e isso passou a se refletir nas ações diplomáticas. A expansão da comunicação pública (rádio, televisão, imprensa etc.) favoreceu a difusão de assuntos nacionais e internacionais. A libertação de colônias, a educação popular e a conscientização política aumentaram a pressão por acesso à educação e à saúde nos países emergentes e gerou novas demandas para as ações diplomáticas (Badeau, 1970). Intensificaram-se as ações humanitárias diplomáticas na área da saúde,

o que contribuiu para a inclusão como uma ferramenta de política externa dos países.

French (1992) introduziu o termo “diplomacia internacional” no que diz respeito aos esforços e à preocupação das nações com as questões ambientais. Sharpless (1995) considerou que as relações diplomáticas funcionam como agentes de modificação comportamental nos países em desenvolvimento. Ao analisar os primeiros cem anos de diplomacia da saúde internacional, mostrou-se a vulnerabilidade da governança global e os riscos que a globalização causou à saúde pública, refletindo sobre a necessidade da cooperação internacional para controlá-los.

A partir das premissas anteriores e considerando que a saúde internacional depende do melhor controle de doenças em nível nacional ou local (Hardiman, 2003), nasce o termo “DSG”, definido como um conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis que delinea e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde e que, idealmente, produz melhores resultados para a saúde da população de cada país envolvido, bem como reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol da garantia da saúde como direito humano e bem público (Kickbusch et al., 2007). Entretanto, Drager e Fidler (2007) assinalaram o desafio de alinhar os interesses nacionais, a política externa e a DSG em um mundo globalizado, com distintas realidades epidemiológicas e éticas.

Quadro 1 – Evolução conceitual de Diplomacia da Saúde Global ao longo do tempo

Ano	Macrotema
1970	Diplomacia médica – ações humanitárias (Badeau, 1970)
1992	Diplomacia internacional – questões ambientais (French, 1992)
2001	Efeitos da globalização na saúde (Fidler, 2001)
2003	Saúde global dependente da saúde de cada nação (Hardiman, 2003)
2007	DSG – negociações entre nações para promover a saúde global (Kickbusch et al., 2007)
	DSG – ferramenta para fortalecer a política externa (Drager; Fidler, 2007)
2008	DSG – participação das ONGs em negociações na promoção da saúde global (Adams; Novotny; Leslie, 2008)
2010	DSG – parcerias entre ONGs e governos (Kosaraju et al., 2010)
2013	DSG – melhora da saúde global, equidade, relações de confiança entre estados (Kickbusch; Kökény, 2013)
	DSG – políticas e programas que geram resultados de saúde sustentáveis (Ratzan, 2013)

Autores acrescentaram que a DSG consiste na participação de organizações não governamentais (ONGs) em programas de saúde internacionais que abrangem a globalização da ciência e da pesquisa farmacêutica, bem como o uso de línguas militarizadas de biossegurança para reformular programas de saúde pública (Adams; Novotny; Leslie, 2008). Kosaraju et al. (2010) complementaram esse conceito ao afirmarem que a parceria entre governos e ONG cria infraestrutura sustentável para ações de saúde global. Assim, a saúde pode interagir com a política externa como instrumento para atingir outras metas, podendo ser empregada para atingi-las na diplomacia da saúde e influenciando a arena multilateral da saúde (Kickbusch, 2011).

Complementou-se esse conceito ao apontar a influência da saúde na economia dos países. As inter-relações na saúde global podem se tornar um conflito para as relações externas dos países-membros de uma região ou bloco econômico, comercial ou político. No contexto da globalização, a saúde está intimamente ligada ao meio ambiente, ao comércio, ao crescimento econômico, ao desenvolvimento social, à segurança nacional e aos direitos humanos (Bernardini-Zambrini; Pedrosa; Sotelo, 2011).

A DSG resulta em melhoria da saúde global, equidade e relações de confiança entre estados. Os elementos que contribuíram para a ascensão da diplomacia foram os acordos comerciais, pandemias, maior coerência entre a política externa e interna de saúde (Kickbusch; Kökény, 2013). Esses autores postularam que a DSG refere-se a um sistema de organização dos processos de comunicação e negociação que moldam o ambiente político global em matéria de saúde e seus determinantes. Nessa perspectiva, a saúde faz parte das ações diplomáticas da ONU, do G8, do G20, do BRICS, da União Europeia e dos ministérios da saúde que passaram a desempenhar um papel duplo: promover a saúde do país e a saúde global.

A DSG é o processo de se engajar, motivar e comunicar múltiplas partes para desenvolver políticas e programas que promovam resultados de saúde sustentáveis (Ratzan, 2013). O principal objetivo da DSG é promover a saúde global, entretanto, algumas questões que são comuns às nações, como os acordos internacionais e metas para atenção às

doenças crônicas, os acordos entre indústrias para diminuir teores de açúcar e sal nos alimentos, a inserção e contribuição de subáreas da saúde na saúde global, como a saúde bucal, e o papel desses atores na DSG ainda são pouco discutidos na bibliografia acadêmica.

No caso da saúde bucal, Garcia e Tabak (2011) consideraram que a saúde oral integra a saúde global em macrotemas, como o controle do tabaco, a água potável, a saúde materna e infantil e a pesquisa sobre os sistemas de saúde. Entretanto, a efetividade dessas intervenções e acordos bem como as responsabilidades dos países e governos com suas implementações permanecem questionáveis. Para enfrentar essa complexidade de inter-relações, que afeta globalmente a saúde das populações em diversas partes do mundo, são necessárias intervenções, políticas específicas e suficiente produção de conhecimentos e capacitação de recursos humanos nessa área (Almeida, 2010).

Diplomacia da saúde na cooperação internacional em pesquisa

Fortaleceu-se o uso de metadados na análise de distribuição global da doença, que podem ser basicamente definidos como “dados que descrevem dados”, ou seja, informações úteis para identificar, localizar, compreender e gerenciá-los. Eles podem ajudar na agenda pós-2015 a partir de um espaço de intervenção para integrar a ciência com seu contexto sociotécnico (Özdemir et al., 2014).

Em consonância, Fedoroff (2009) destacou que colaborações científicas entre as nações para enfrentar problemas comuns e as interações científicas internacionais podem contribuir para diminuir o fosso digital (acesso desigual à ciência e à tecnologia) e o acesso desigual a comida, água, energia, saúde e desenvolvimento econômico.

A cooperação científica internacional é um fator determinante para superar as desigualdades entre os países, geradas pela transição epidemiológica, pela carga de doença desigual entre os países e pela pobreza, podendo colaborar para a governança da saúde global colaborativa e resolver problemas de saúde comuns das nações, por meio de metadados para priorizar intervenções com base no conheci-

mento da distribuição global da carga de doenças (Novotny, 2006).

Um dos desafios para fortalecer a cooperação internacional no desenvolvimento de pesquisas em saúde global é melhorar o alinhamento e a harmonização do financiamento das investigações de acordo com as necessidades dos países beneficiários (Røttingen et al., 2009).

Diplomacia da saúde como ferramenta para fortalecer a política externa

Barraclough e Phua (2007) apontaram que as ameaças das doenças infecciosas à saúde humana e à atividade econômica causaram intensificação e formalização organizacional da DSG tanto em nível nacional quanto internacional.

A DSG tem sido uma pedra angular da política externa cubana desde o início da revolução, há cinquenta anos. Cuba começou a conduzir a diplomacia da saúde em 1960, mediante o envio de uma equipe médica para o Chile, a fim de fornecer socorro depois de um grande terremoto. Doravante, Cuba prestou assistência médica a mais de cem países em todo o mundo, tanto em situações de emergência a curto prazo quanto a longo prazo (Feinsilver, 2010). Exemplos recentes dessas iniciativas são a *Missión Barrio Adentro*, na Venezuela, e o Programa Mais Médicos, no Brasil.

Além de ser utilizada para promover a saúde global, os países menos desenvolvidos utilizam a DSG para fortalecer sua liderança em organismos internacionais, como a ONU, gerar oportunidades comerciais e melhorar a relação de confiança com outras nações (Kickbusch; Kókény, 2013). Em concordância, Seiff (2013) reforçou essa afirmação ao constatar que a liderança da Indonésia no campo da DSG contribuiu para que conseguisse diplomaticamente a manutenção da Association of Southeast Asian Nations (Asean), além de ocupar cargos na ONU e no Fundo Global contra aids, malária e tuberculose.

A divulgação do National Health System, pela Inglaterra, contribuiu para o aprendizado da implantação de sistemas de saúde com cobertura universal em países emergentes, além de gerar oportunidades comerciais (Chalkidou; Vega, 2013).

A DSG, adotada como ferramenta para fortalecer a política externa das nações, parte da premissa de que a saúde influencia a economia dos países e que a saúde global é parte do bem-estar e do desenvolvimento, em particular dos países menos desenvolvidos, além de colaborar para a liderança de países em organismos internacionais, gerando oportunidades comerciais e melhorando a relação de confiança entre as nações.

Estratégias dos países para fortalecer a DSG e a cooperação internacional

Cahill (1997) postulou que a saúde e as situações de conflito e desastre são as bases para a intervenção internacional, devendo-se adotar medidas diplomáticas, sobretudo nos países menos desenvolvidos, à época denominados “de terceiro mundo”. Nessa perspectiva, o Brasil tem um papel ativo na prestação de ajuda para o desenvolvimento de outros países na administração pública, saúde, educação, agricultura, meio ambiente, energia e pequenas empresas (Kickbusch; Buss, 2011). O estreitamento das relações pode gerar benefícios mútuos em negociações pacíficas e a construção de alianças para além da saúde.

Collins et al. (2012) descreveram que o plano de emergência do ex-presidente dos EUA Barack Obama para combater a epidemia de aids é um dos carros-chefe das ações diplomáticas norte-americanas. Em um cenário econômico mundial adverso, o desenvolvimento de ações diplomáticas em saúde tem se configurado como uma boa oportunidade para melhorar as relações entre países com uma boa relação custo-benefício, além de contribuir para a segurança nacional em saúde global (Boetig, 2012). Entretanto, as ações são voltadas para resolver problemas de curto prazo e não melhoram a capacidade de resposta local a médio e longo prazos (Reaves; Termini; Burkle, 2014). Os investimentos em programas de saúde globais têm função diplomática, atenuando a tensão em áreas de conflito ou pós-conflito com uma boa relação custo-benefício (Kevany et al., 2014).

Desde a institucionalização da cooperação internacional na década de 1950 até os dias atuais, países industrializados têm buscado abordar e

resolver questões globais de pobreza e exclusão social (Almeida et al., 2010). O modelo tradicional de cooperação internacional é caracterizado pela ajuda humanitária de países desenvolvidos a países em desenvolvimento, unilateral, verticalizado e com predominância das visões políticas e práticas dos governos mais fortes economicamente ou das organizações não governamentais, filantrópicas e empresariais dessas nações (Buss; Ferreira, 2010b). Entretanto, modelos alternativos de cooperação internacional em saúde estão em desenvolvimento na América do Sul, através das experiências da cooperação Sul-Sul.

Essa nova abordagem de cooperação internacional em saúde tem sido denominada de “cooperação estruturante em saúde”, tendo como características a horizontalidade dos acordos e intervenções, construção de parcerias, intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto, compartilhamento de resultados e responsabilidades. Esse novo paradigma inova em dois aspectos em comparação ao modelo tradicional de cooperação internacional em saúde: integra formação de recursos humanos, promove o fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias (Almeida et al., 2010).

A cooperação Sul-Sul no Brasil é um exemplo de “cooperação estruturante para a saúde”, pois baseia-se, fundamentalmente, no fortalecimento dos sistemas locais de saúde a partir da potencialização das capacidades e recursos endógenos em cada país (Buss, 2011). No Brasil várias instituições e atores atuam no âmbito da cooperação internacional em saúde nessa perspectiva. A criação da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) são experiências decorrentes do aprimoramento do diálogo diplomático estabelecido em iniciativas de integração regional na América do Sul (Mercosul, Comunidade Andina e Organização do Tratado da Cooperação Amazônica) (Buss; Ferreira, 2010a). Os principais objetivos dessas organizações são fortalecer os sistemas e serviços de saúde e suas instituições estruturantes e avançar no desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

As estratégias dos países para fortalecer a DSG e a cooperação internacional promovem a paz entre as nações com boa relação custo-benefício, por meio da participação das ONGs internacionais. As ações humanitárias melhoram problemas de curto prazo e auxiliam países em situação de conflito e em casos de desastre. Capacitar os recursos humanos para fortalecer os sistemas universais de saúde e desenvolver resultados de saúde sustentáveis a médio e longo prazo devem ser um dos objetivos dessas estratégias, a fim de colaborar para emancipar países emergentes.

Diplomacia da saúde e o fortalecimento da saúde global

Esforços multilaterais para desenvolver programas estratégicos que reduzam a probabilidade de futuras ameaças criam a capacidade de informações integradas entre os países (Ratzen, 2005). Nessa perspectiva, a visão de DSG dos EUA mostra que é necessário elaborar políticas globais para enfrentar os problemas de saúde, incluindo o HIV/aids e a pandemia do H1N1.

Data de 1995 a primeira estratégia internacional dos EUA sobre HIV/aids. Em 5 de maio de 2009, o então presidente Barack Obama anunciou a Iniciativa de Saúde Global para resolver alguns dos problemas mais graves de saúde que o mundo enfrenta. A experiência em lidar com o HIV/aids e o H1N1 mostra, claramente, que enfrentar os desafios da saúde global com estratégias de diplomacia e de desenvolvimento é essencial, pois a saúde dos norte-americanos está entrelaçada à saúde do resto do mundo (Jones, 2010; Daulaire, 2012). Segundo Kevany et al. (2012), o sucesso da implementação de adaptações específicas locais (religiosas, dialéticas, políticas, ambientais e de infraestrutura) tem implicações para a intervenção tanto do consumo de serviços quanto da perspectiva de DSG.

A DSG, mediante parcerias entre Estado e organizações não governamentais, é um potente instrumento para garantir o sucesso das intervenções na saúde global e gerar resultados de saúde sustentáveis e redes de vigilância em saúde global entre as nações. O sucesso das intervenções depende da adaptação a normas culturais, religiosas, sociais locais e de segurança da equipe.

Saúde como um bem comum entre as nações

A partir de 1981, o posicionamento adotado em acordos internacionais foi a estratégia global Saúde Para Todos, em 2000. Entretanto, em uma primeira etapa, as diretrizes concentraram-se nas dimensões estruturais da saúde. Atualmente, os acordos internacionais baseiam-se na abordagem dos seguintes processos: saúde para todos; promoção da saúde; saúde em todas as políticas; desenvolvimento da saúde; diplomacia da saúde; e integração da saúde (Cianciara; Wysocki, 2011).

A DSG contribui para melhorar o acesso universal, a equidade e diminuir os gastos em saúde, podendo também ajudar na redistribuição de renda de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada país e a estabilização das sociedades. Ajudar outros países a resolverem esses desafios globais de saúde contribui para o crescimento sustentável da economia global (Abe, 2013) - um exemplo são os programas de inclusão social desenvolvidos pelos EUA. Além de melhorar a qualidade de vida da população abrangida, contribui para o desenvolvimento econômico dos países (Durocher; Lord; Defranco, 2012).

Por fim, Kickbusch e Szabo (2014) reforçaram o conceito de saúde como um bem comum entre as nações, que redefine o papel do Estado em um período de globalização, comercialização e individualização.

Considerações finais

A produção científica sobre o tema é recente e abrange o campo teórico-conceitual. A DSG é uma ferramenta para promover a saúde global e nacional que, mediante parcerias entre governos e organizações não governamentais, influencia na política externa, na economia e no desenvolvimento das nações. A DSG melhora a equidade e gera cooperação internacional para resolver e priorizar problemas comuns de saúde, com o intuito de alcançar resultados de saúde sustentáveis. Em outra perspectiva, colabora para disseminar o conceito de que a saúde é um bem comum para as nações e redefine o papel do Estado nos cenários político, econômico e social mundiais. Para atingir esses objetivos, precisa promover a cooperação internacional em pesquisa, a fim de divulgar estratégias dos países para fortale-

cer a saúde global, diminuir as desigualdades e estabelecer uma rede de vigilância em saúde global entre as nações.

A formação e a capacitação de recursos humanos para atuar na DSG, o desenvolvimento de resultados de saúde sustentáveis a médio e longo prazo, a adaptação cultural e a segurança das equipes que desempenham atividades em outros países, a promoção da saúde bucal global e a emancipação de países emergentes com base em intervenções feitas são grandes desafios no âmbito da DSG.

Referências

- ABE, S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *The Lancet*, London, v. 382, n. 9896, p. 915-916, 2013.
- ADAMS, V.; NOVOTNY, T. E.; LESLIE, H. Global health diplomacy. *Medical Anthropology*, Pleasantville, v. 27, n. 4, p. 315-323, 2008.
- ALMEIDA, C. A. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 148-164, 2010.
- ALMEIDA, C. et al. A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde". *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, 2010.
- BADEAU, J. S. Diplomacy and medicine. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, New York, v. 46, n. 5, p. 303-312, 1970.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRACLOUGH, S.; PHUA, K. L. Health imperatives in foreign policy: the case of Malaysia. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 85, n. 3, p. 225-229, 2007.
- BERNARDINI-ZAMBRINI, D. A.; PEDROSA, F.; SOTELO, J. M. Global health, diplomacy, and the case of the "killer cucumbers". *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 30, n. 5, p. 501-502, 2011.
- BOETIG, B. J. Bilateral institutional relationships: a new mission for U.S. DoD medical capabilities

- in support of health diplomacy. *Military Medical*, London, v. 177, n. 7, p. 763-765, 2012.
- BUSS, P. M. Brazil: structuring cooperation for health. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1722-1723, 2011.
- BUSS, P. M. Global health and health diplomacy. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-2, 2013.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118, 2010a.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 93-105, 2010b.
- CAHILL, K. M. Health and foreign policy: an American view. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, London, v. 91, n. 7, p. 735-741, 1997.
- CHALKIDOU, K.; VEGA, J. Sharing the British National Health Service around the world: a self-interested perspective. *Global Health*, London, v. 9, n. 2, p. 1-10, 2013.
- CIANCIARA, D.; WYSOCKI, M. J. Position of health at international relations. Part II. Organizational dimensions of health. *Przeegląd epidemiologiczny*, Warszawa, v. 65, n. 2, p. 379-387, 2011.
- COLLINS, C. et al. Four principles for expanding PEPFAR's role as a vital force in US health diplomacy abroad. *Health Affairs*, Millwood, v. 31, n. 7, p. 1578-1584, 2012.
- DAULAIRE, N. The Global Health Strategy of the Department of Health and Human Services: building on the lessons of PEPFAR. *Health Affairs*, Millwood, v. 31, n. 7, p. 1573-1577, 2012.
- DRAGER, N.; FIDLER, D. P. Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 85, n. 3, p. 162, 2007.
- DUROCHER, J.; LORD, J.; DEFRANCO, A. Disability and global development. *Disability and Health Journal*, New York, v. 5, n. 3, p. 132-135, 2012.
- FEDOROFF, N. V. Science diplomacy in the 21st century. *Cell*, Cambridge, v. 136, n. 1, p. 9-11, 2009.
- FEINSILVER, J. M. Fifty years of Cuba's medical diplomacy: from idealism to pragmatism. *Cuban Studies*, Pittsburgh, v. 41, p. 85-104, 2010.
- FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 79, n. 9, p. 842-849, 2001.
- FOURIE, P. Turning dread into capital: South Africa's AIDS diplomacy. *Globalization and Health*, London, v. 9, n. 8, p. 1-12, 2013.
- FRENCH, H. F. From discord to accord. *World Watch*, Washington, DC, v. 5, n. 3, p. 26-32, 1992.
- GARCIA, I.; TABAK, L. A. Global oral health inequalities: the view from a research funder. *Advances in Dental Research*, Washington, DC, v. 23, n. 2, p. 207-210, 2011.
- HARDIMAN, M. The revised International Health Regulations: a framework for global health security. *International Journal of Antimicrobial Agents*, Amsterdam, v. 21, n. 2, p. 207-211, 2003.
- JONES, K. A. New complexities and approaches to global health diplomacy: view from the U.S. Department of State. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 7, n. 5, p. e1000276, 2010.
- KEVANY, S. et al. Health diplomacy the adaptation of global health interventions to local needs in Sub-Saharan Africa and Thailand: evaluating findings from Project Accept (HPTN 043). *BMC Public Health*, London, v. 12, n. 459, 2012.
- KEVANY, S. et al. Global health diplomacy in Iraq: international relations outcomes of multilateral tuberculosis programmes. *Medicine, Conflict and Survival*, London, v. 30, n. 2, p. 91-109, 2014.
- KICKBUSCH, I. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *British Medical Journal*, London, v. 342, p. d3154, 2011.
- KICKBUSCH, I.; BUSS, P. Global health diplomacy and peace. *Infectious Disease Clinics of North America*, Philadelphia, v. 25, n. 3, p. 601-610, 2011.

- KICKBUSCH, I. et al. Global health diplomacy: training across disciplines. *World Hospital Health Services*, London, v. 43, n. 4, p. 20-22, 2007.
- KICKBUSCH, I.; KÖKÉNY, M. Global health diplomacy: five years on. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 91, n. 3, p. 159, 2013.
- KICKBUSCH, I.; SZABO, M. M. C. A new governance space for health. *Global Health Action*, London, v. 7, p. 17, 2014.
- KOSARAJU, A. et al. Use of mobile phones as a tool for United States health diplomacy abroad. *Telemedicine and e-Health*, Larchmont, v. 16, n. 2, p. 218-222, 2010.
- NOVOTNY, T. E. US Department of Health and Human Services: a need for global health leadership in preparedness and health diplomacy. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 96, n. 1, p. 1113, 2006.
- ÖZDEMİR, V. et al. Ready to put metadata on the post-2015 development agenda? Linking data publications to responsible innovation and science diplomacy. *OmicS*, Los Angeles, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2014.
- RATZAN, S. C. Innovation in the post-MDG environment: advancing global health diplomacy in pursuit of the global good. *Journal of Health Communication*, London, v. 18, n. 5, p. 479-484, 2013.
- RATZEN, S. C. Beyond the 2004 tsunami: health diplomacy as a response. *Journal of Health Communication*, London, v. 10, p. 197-198, 2005.
- REAVES, E. J.; TERMINI, M.; BURKLE, F. M. Reshaping US Navy Pacific response in mitigating disaster risk in South Pacific Island nations: adopting community-based disaster cycle management. *Prehospital Disaster Medicine*, Solana Beach, v. 29, n. 1, p. 60-68, 2014.
- RØTTINGEN, J. A. et al. Global-health research architecture - time for mergers? *The Lancet*, London, v. 373, n. 9659, p. 193-195, 2009.
- SEIFF, A. Indonesia's year for global health diplomacy. *The Lancet*, London, v. 382, n. 9889, p. 297, 2013.
- SHARPLESS, J. World population growth, family planning, and American foreign policy. *Journal of Policy History*, Cambridge, v. 7, n. 1, p. 72-102, 1995.
- VANTI, N. A. P. Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 152-162, 2002.

Contribuição dos autores

Martins foi responsável pela concepção, análise e interpretação dos dados. Aguiar realizou a concepção, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Mesquita, Alexandrino, Silva e Moreno realizaram a coleta e análise dos dados. Todos os autores contribuíram com a redação do manuscrito.

Recebido: 05/09/2016

Reapresentado: 07/02/2017

Aprovado: 10/02/2017

CAPÍTULO 2 – Análise comparada dos sistemas de saúde dos países que compõem a fronteira brasileira

Resumo

Objetivo: Analisar os sistemas de saúde dos países da região de fronteira brasileira, com o intuito de conhecer as suas principais características e formas de organização. **Métodos:** Optou-se por uma pesquisa comparativa, documental, explicativa com abordagem quantitativa e qualitativa. A Teoria Fundamenta em Dados (*Grounded Theory*) e a estatística descritiva simples foram utilizadas como métodos de análise das informações e dados, respectivamente. O *corpus* empírico da pesquisa foi composto por 196 documentos oficiais nacionais e de organizações internacionais que versavam sobre os sistemas de saúde dos países e território que compõem a região de fronteira brasileira. **Resultados:** Com exceção do Brasil e Guiana, que possuem sistemas de saúde universais, os sistemas de saúde dos países pesquisados são baseados no seguro social. Entre 2005 e 2015, o gasto público em saúde diminuiu, influenciado pelo contexto econômico. Nos sistemas de saúde baseados no seguro social, o financiamento público é focalizado em grupos específicos. A regionalização e a atenção primária à saúde são estratégias utilizadas para organizar a atenção à saúde. A cooperação internacional é utilizada para provimento de recursos humanos em saúde. **Conclusões:** A maioria dos países possui sistemas híbridos. Os recursos financeiros investidos em saúde diminuíram na maioria dos países. A distribuição de recursos humanos e serviços de saúde é desigual, com alta concentração em grandes centros urbanos, o que limita o acesso da população que vive na região de fronteira. Uma alternativa para resolver as dificuldades de acesso dessa população é a criação de serviços de saúde transfronteiriços, financiados com recursos provenientes de todos os países.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Seguro-Saúde. Financiamento da Saúde. Recursos Humanos em Saúde.

Abstract

Objective: To analyze the health systems of the countries in Brazilian border region, with purpose to better to describe their main characteristics and forms organization. **Methods:** A comparative, documental and explicative research was carried out, with a quantitative and qualitative approach. The grounded theory and descriptive statistics were used as methods of informations analysis. The empirical corpus of the research was composed by 196 official documents, of the countries and international organizations, that dealt with the health systems of the countries and territorie of the Brazilian border region. **Results:** Except for Brazil and Guyana, which have universal health systems, the health systems of the countries surveyed are based on social insurance. Between 2005 and 2015 public spending on health decreased, influenced by the economic context. In health systems based on social insurance, public funding is focused on specific groups. Regionalization and primary health care are strategies used to organize health care. International cooperation is used to provide human resources in health. **Conclusions:** Most countries have hybrid systems. Financial resources invested in health declined in most countries. The distribution of human resources and health services is uneven with high concentration in large urban centers, which limits the access of the living population in the border region. An alternative to resolving the access difficulties of this population is the creation of cross-border health services, financed with resources from all countries.

Keywords: Health Systems. Insurance Health. Healthcare Financing. Health Manpower.

Introdução

Um sistema de saúde compreende um conjunto de organizações, indivíduos e ações cuja intenção principal é promover, recuperar e/ou melhorar a saúde de uma população. As características específicas de cada sistema de saúde são resultantes de uma complexa interação entre os contextos histórico, político e econômico de cada país, bem como do grau de influência exercida por grupos, instituições ou outros países.¹

Os sistemas de saúde divergem quanto ao acesso da população aos serviços, à forma de organização e quanto ao seu desempenho. Dessa forma, podem ser classificados em: sistema universal de saúde, sistema empresarial permissivo, sistema de saúde baseado em seguro social e sistema residual de saúde.^{2,3}

No decorrer da segunda metade do século XX, os sistemas de saúde tornaram-se cada vez mais complexos em um contexto de transições demográfica e epidemiológica, consubstanciado através da revolução tecnológica. As propostas de reforma dos sistemas de saúde ganharam difusão em diversos países a partir da década de 1980, influenciadas tanto pelo Banco Mundial como pela intensificação do papel das agências internacionais na orientação das políticas de saúde global.⁴

Na região de fronteira brasileira, a dificuldade de acesso a serviços assistenciais e a ausência de controle das ações de saúde pública levaram a um aumento do fluxo de circulação das populações residentes em busca da oferta de serviços de saúde. Essa mobilidade vem ocasionando dificuldades para os gestores municipais, bem como para as autoridades dos países limítrofes com o Brasil.⁵

Apesar dos conflitos, contrabando e migração clandestina que caracterizam as regiões de fronteira, essa área de divisa entre os países pode também significar um espaço para cooperação e intensificação de trocas, caso dos processos regionalizados de integração econômica.⁶

Na área da saúde, o acesso aos serviços de saúde é um fator atrativo para a mobilidade populacional na fronteira. Esses fluxos migratórios implicam em elevação dos custos dos serviços nacionais, sem perspectivas de ressarcimento, uma vez que essa população itinerante não é contabilizada para fins de repasse financeiro dos governos federais.⁷

Nessa perspectiva, torna-se relevante a análise comparada dos sistemas de saúde dos países que compõem a fronteira brasileira para conhecer suas principais características, as formas de organização e funções, com a finalidade de contribuir para o avanço dos conhecimentos teóricos sobre esses sistemas e para subsidiar a análise e implantação das políticas de saúde na região de fronteira.

Metodologia

No intuito de compreender as principais características dos sistemas de saúde que compõem a região de fronteira brasileira, optou-se por uma pesquisa comparativa, documental, explicativa com abordagem quantitativa e qualitativa.

A comparação é um processo que abrange a explicação dos fenômenos estudados a partir da compreensão de suas semelhanças e diferenças. Trata-se de entender um fenômeno a partir dele mesmo e, por exclusão, se perceber as diferenças. Os Estados-nação e organizações

internacionais têm sido a categoria de análise central das investigações realizadas no interior desse campo de conhecimento.⁸

Nessa perspectiva, o universo de análise foi composto por documentos oficiais nacionais e de organizações internacionais que versavam sobre os sistemas de saúde dos países e território da América Latina que compõem a região de fronteira brasileira, a saber: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

A Guiana Francesa foi incluída na análise, embora não seja considerada um país e sim um departamento ultramarino do Estado francês,⁹ pois seu limite geográfico faz fronteira com o Brasil e há mobilidade das populações entre os territórios.

A amostra teórica (analisou documentos) por casos múltiplos (10 países e território que compõem a fronteira brasileira) obedeceu a rígidos critérios teóricos e metodológicos para construção do *corpus* empírico.

O *corpus* empírico foi construído a partir dos princípios da diversificação, para obter um panorama mais completo possível; da saturação teórica, que é alcançada quando os dados não acrescentam nenhuma propriedade nova ao conceito ou categorias; da saturação empírica, que é o fenômeno em que o pesquisador julga que os últimos documentos não trazem mais informações suficientemente novas ou diferentes para justificar uma ampliação do material empírico.¹⁰ Reserva-se aos pesquisadores o direito de ir além das informações dadas por suas unidades de análise, para contextualizar, confrontar e realizar uma abordagem crítica com as informações e dados coletados.

Os documentos foram coletados no sítio eletrônico oficial do Ministério da Saúde (MS) de cada país, território e das organizações internacionais. A coleta dos dados deu-se no período de julho de 2016 a outubro de 2017.

Foram incluídos no *corpus* empírico documentos que versavam sobre os sistemas de saúde, bem como relatórios técnicos e/ou informações divulgadas em sítios eletrônicos oficiais das organizações internacionais e dos países. Foram selecionados 196 documentos para compor o *corpus* empírico da pesquisa.

Os documentos foram submetidos a uma análise preliminar que incluiu o contexto em que foi publicado, a autoria, a autenticidade e os conceitos-chave com o intuito de construir um quadro teórico e ter uma interpretação coerente para responder à questão inicial.¹¹ A

análise dos documentos, que ocorreu sistematicamente durante a coleta de dados, verificou que 94 documentos apresentaram informações relevantes para responder à questão inicial da pesquisa.

A orientação desta pesquisa foi, essencialmente, empírico-indutiva, e foi utilizada como método de análise a Teoria Fundamentada em Dados (*Grounded Theory*), que tem como objetivo gerar ideias teóricas novas ou hipóteses a partir da interpretação dos dados e informações analisados.¹²

Na codificação aberta, a pesquisadora examinou o texto fazendo comparações ou perguntas e formulou códigos teóricos ou analíticos que indicam uma ideia geral. A segunda etapa consistiu na codificação axial, que aprimorou e diferenciou as categorias resultantes da codificação aberta.¹³

Os dados e informações, portanto, foram agrupados através das conexões entre as categorias, e a técnica central para busca de significados, conceitos e categorias foi a técnica da análise comparativa. A codificação seletiva revelou as categorias centrais do fenômeno que se relacionavam com as categorias e subcategorias evidenciadas nas etapas anteriores.¹³

A fim de complementar as informações dos sistemas de saúde, procedeu-se a busca de características e indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde referentes ao período de 2005 a 2015, que foram analisados por meio da estatística descritiva simples, o que permitiu uma abordagem global do fenômeno. As categorias e variáveis da análise foram descritas no quadro 1.

A tipologia dos sistemas de saúde foi fundamentada na participação do Estado, seguro de saúde público e setor privado na provisão das ações e serviços de saúde para a população. Para tipificar o sistema de cada país, considerou-se como dominante aquele que oferecia a maior cobertura e provisão de ações e serviços de saúde à população.

Por se tratar de uma pesquisa documental cujos dados estão disponíveis em sites e banco de dados *on-line* de acesso público, não foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Quadro 1 – Categorias e indicadores selecionados para análise dos sistemas de saúde da fronteira brasileira, 2017.

Especificidades dos sistemas de saúde	Categorias/Variáveis para análise	Fonte de busca das informações
Tipo de sistema	Caracterizar os sistemas de saúde de acordo com as categorias: Sistema Universal de Saúde. Seguro Social. Empresarial permissivo. Sistema Residual de Saúde.	Documentos oficiais (leis, portarias, normas, decretos, resoluções, documentos técnicos)
Tipo de acesso	Especificar como se dá o acesso dos usuários ao sistema de saúde.	Documentos oficiais (leis, portarias, normas, decretos, resoluções, documentos técnicos)
Tipo de Financiamento	Identificar a (s) fonte (s) de recursos para financiamento do sistema.	Documentos oficiais (leis, portarias, normas, decretos, resoluções, documentos técnicos)
Regulação/ Gestão	Caracterizar a regulação e gestão do sistema de acordo com as categorias: Ministério da Saúde e /ou agências regionais, departamentos de saúde, sindicatos, mercado.	Documentos oficiais (leis, portarias, normas, decretos, resoluções, documentos técnicos)
Organização da prestação de serviços	Redes de Atenção à Saúde, Regionalização, Modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), outros modelos de organização.	Documentos oficiais (leis, portarias, normas, decretos, resoluções, documentos técnicos)
Indicadores	População, Produto Interno Bruto (PIB), PIB <i>per capita</i> , Gasto público com saúde como proporção do PIB (%), Esperança de vida ao nascer, Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna, Razão de Recursos Humanos/10.000 habitantes (Cirurgiões-Dentistas, Enfermeiros e Médicos).	Sistemas de Informação Nacionais, publicações oficiais da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), banco de dados da OPAS, do World Bank, da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) e dos Ministérios da Saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e Discussão

A região de fronteira brasileira é composta por 10 países e um território ultramarino, sua extensão é de 15.179 quilômetros, abrangendo 121 municípios brasileiros.¹⁴ O Brasil e a Argentina são os países que possuem maior extensão territorial, enquanto Guiana e Suriname são os menores países (Tabela 1).

Em relação à população dos países, a Argentina (9%), Guiana (6%) e Uruguai (3%) apresentaram menor crescimento absoluto, enquanto no Brasil (23%) e Paraguai (19%) observou-se o maior incremento populacional absoluto, assim como na Guiana Francesa (30%) (Tabela 1).

Em todos os países, a distribuição da população é desigual com alta concentração de pessoas em grandes centros urbanos. Embora se registre um aumento absoluto da população nos países, houve declínio das taxas de crescimento populacional em todos os países que compõem a região de fronteira brasileira, com exceção da Guiana Francesa.

A Guiana Francesa apresenta uma das mais elevadas taxas de crescimento populacional do mundo, com média anual de 3,9%. Todavia, esse crescimento é devido à migração de estrangeiros (maioria franceses) em busca de explorar os recursos naturais do país, principalmente minerais.^{15, 16}

A média da expectativa de vida do grupo pesquisado foi de 73,6 anos, em 2015. Todos os países e território pesquisados aumentaram a expectativa de vida da população entre 2005 e 2015. Guiana Francesa, Uruguai e Argentina possuíam as maiores expectativas de vida, que se mantiveram acima da média do grupo pesquisado, no período entre 2005 e 2015. Por outro lado, a Bolívia, Guiana e Paraguai foram os países que apresentaram expectativa de vida abaixo da média no mesmo período. A expectativa de vida dos brasileiros foi de 74,5 anos, em 2015, o 6º melhor resultado em relação a esse indicador (Tabela 1).

Fatores como o declínio da taxa de fecundidade, da mortalidade geral, a diminuição da mortalidade infantil e um saldo negativo no processo de migração, consequência da crise econômica mundial que afetou diversas nações, explicam o declínio das taxas de crescimento populacional e aumento da expectativa de vida na região.¹⁷

Situação de Saúde

Os coeficientes de mortalidade infantil e materna refletem, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade da atenção à saúde materna e da população infantil.¹⁸

Uruguai, Guiana Francesa e Argentina possuíam os menores coeficientes de mortalidade infantil e, no período entre 2005 e 2015, esse indicador se manteve abaixo da média dos países fronteiriços. Entretanto, as maiores reduções da mortalidade infantil foram observadas no Peru (-38,1%), Bolívia (-34,9%) e Uruguai (-29,8%) (Tabela 1).

Em relação à razão de mortalidade materna, Uruguai, Brasil e Argentina apresentaram os melhores resultados para este indicador. Entretanto, as reduções mais significativas na razão de mortalidade materna ocorreram no Uruguai (-42,3%), Peru (-40,4%) e Brasil (-34,3%). Já a Venezuela foi o único país em que se observou um aumento deste indicador (+2,2%), no período pesquisado. Os dados sobre mortalidade materna são escassos para Guiana Francesa, nas bases de dados consultadas.

Guiana, Bolívia, Suriname e Paraguai exibiram os piores resultados para o coeficiente de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna. Esses indicadores se mantiveram acima da média do grupo de países pesquisados, apesar dos significativos avanços conseguidos pela Bolívia.

A principal causa de morte em oito dos países e território estudados é o grupo composto por doenças não transmissíveis (DNT). Entretanto, na Bolívia e no Peru, prevaleceram as doenças transmissíveis como principal causa de morte, embora as DNT tenham aumentado, consideravelmente. As DNT respondem por 79% de todas as mortes na Região, e 35% dessas mortes são prematuras, ou seja, ocorrem em pessoas com idade entre 30 e 69 anos.^{19,20} O estilo de vida e os fatores de risco individuais são os principais contribuintes para o aumento da prevalência das DNT, especialmente os maus hábitos alimentares e a inatividade física, os consumos de tabaco e álcool.

A saúde mental representa um grande desafio para as autoridades sanitárias da Guiana e Suriname, principalmente no que tange à prevalência do suicídio. Na Guiana, a prevalência de suicídio foi de 23,1 por 100.000 habitantes em 2012, enquanto que no Suriname registrou-se uma prevalência de 26,7 por 100.000 habitantes no mesmo período, três vezes mais do que a prevalência nos países e territórios das Américas.^{19, 20, 21}

As doenças transmissíveis mais comuns nos países são as arboviroses (dengue, malária, febre amarela, *chikungunya* e zica) que possuem potencial epidêmico.¹⁹ Outra doença transmissível, preocupante na região de fronteira, é a incidência de HIV/Aids, que aumentou na última década em todos os países. O HIV/Aids é um sério problema para Guiana Francesa, que influencia nos países da região de fronteira, pois cerca de 80% dos casos foram observados em imigrantes, que retornam aos seus países de origem e comprometem o impacto das campanhas de rastreamento e prevenção da doença.^{15,22}

Tabela 1 – Características gerais dos países que compõem a região de fronteira brasileira, 2017.

País	Extensão territorial ¹ (km ²)	População ² (x 1000)		Expectativa de vida ³ (Em anos)		Mortalidade Materna ⁴		Mortalidade infantil ⁵	
		2005	2015	2005	2015	2005	2015	2005	2015
		Argentina	2.791.810	38.648	42.155	74,8	76,8	58	52
Bolívia	1.098.581	9.335	11.025	64,7	67,8	305	206	47	30,6
Brasil	8.515.759	166.142	203.657	71,7	74,5	67	44	20	15
Colômbia	1.141.748	43.184	49.529	72,3	74,4	80	64	18	13,6
Guiana	214.970	761	808	64,5	66,6	232	229	34,4	32
Guiana Francesa	84.000	202	262	75,6	77,6	-	-	12,3 ⁶	8,8 ⁶
Paraguai	406.752	5.904	7.033	71,3	72,4	159	132	24	18
Peru	1.285.215	27.723	31.161	72,4	75,4	114	68	21	13
Suriname	163.820	500	548	68,8	71,4	223	155	26	19
Uruguai	176.215	3.325	3.430	75,9	77,5	26	15	12,4	8,7
Venezuela	916.446	26.726	31.293	73,2	74,9	93	95	16	12,9

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em:

1. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Saúde nas Américas: Panorama regional e perfil de países. Brasília: Opas; 2012.

2 e 3. Pan American Health Organization. Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2016 dez 07]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>.

4 e 5. World Bank. Data from database: Gender Statistics. [acesso em 2017 out 13]. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=gender-statistics>.

6. France. Statiss. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social.: Agences Régionales de Santé (ARS). [Acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>.

Contexto socioeconômico

Indicadores como o Produto Interno Bruto (PIB) e o PIB *per capita* são utilizados como identificadores síntese da economia. O PIB é utilizado para verificar o crescimento da economia dos países, pois é a soma em valores monetários de todos os bens e serviços produzidos, anualmente, em cada país. Já o PIB *per capita* representa o nível de produção econômica em um território, em relação ao seu contingente populacional.²³

Dentre os países pesquisados, os maiores PIB encontrados foram no Brasil, Argentina e Colômbia. Contudo, entre 2008 e 2009, Argentina, Brasil, Guiana Francesa, Paraguai, Venezuela e Suriname experimentaram diminuição do PIB. Em 2014 e 2015, o Brasil, Guiana Francesa, Venezuela e Suriname sofreram novas diminuições no PIB. Já a Argentina e Paraguai esboçaram uma reação à recessão (Tabela 2).

Nos países e território da região de fronteira brasileira, o crescimento econômico, na última década, graças ao alto preço das *commodities* (principalmente gás natural, minérios e petróleo) e as políticas de redistribuição de renda, levaram a um declínio significativo na pobreza, entretanto os progressos na redução da pobreza e da desigualdade estagnaram.²³

Devido a um contexto internacional menos favorável, desencadeado por uma crise econômica mundial, o preço global desses produtos caiu e, conseqüentemente, afetou as economias e PIB dos países da América Latina e Caribe.

Os países que apresentaram os maiores PIB *per capita* foram a Guiana Francesa, Uruguai e o Brasil. A Bolívia, Colômbia, Guiana, Paraguai, e Peru apresentaram valores abaixo da média, para o PIB *per capita*, entre 2005 e 2015 (Tabela 2).

Valores muito baixos desse indicador assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida, enquanto que uma situação média pode estar relacionada à concentração de renda.²³ Apesar de ser um indicador muito utilizado nas análises econômicas o PIB *per capita* não revela as desigualdades na distribuição da riqueza.

Em relação ao gasto público em ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB, o Uruguai e a Colômbia mantiveram os gastos públicos em saúde acima da média dos países da região de fronteira. No mesmo período, o país que mais aumentou o gasto público com saúde foi o Paraguai (+91,2%). Já a Guiana (-28,4%), Venezuela (-28,4%) e Argentina (-27,6%) foram os que mais reduziram.

Tabela 2 – Indicadores socioeconômicos selecionados nos países da região de fronteira brasileira, 2017.

País	PIB ¹ [milhões de US\$]		PIB <i>per capita</i> ³ [US \$]		Gasto público em Saúde (%)PIB ⁴		Taxa de Alfabetização 15-24 anos ¹ (%)	Acesso a água potável ¹ (%)	Acesso a saneamento ¹ (%)
	2005	2015	2005	2015	2005	2014	2015	2015	2015
Argentina	336.886,00	459.591,40	8.628,90	10.614,50	3,66	2,65	99,3	99,1	96,4
Bolívia	15.696,70	25.661,90	1.725,60	2.390,00	3,86	4,57	99,4	90	50,3
Brasil	1.774.772,10	2.318.134,70	9.478,80	11.158,30	3,43	3,83	98,8 ⁵	98,1	82,8
Colômbia	229.936,80	359.196,70	5.312,00	7.447,80	4,32	5,41	98,5	91,4	81,1
Guiana	1.826,10	2.810,20	2.459,40	3.663,40	4,36	3,12	96,7 ⁵	98	84
G. Francesa²	3.248,54	4.429,76	16.037,38	16.907,48	-	4,94	-	-	-
Paraguai	15.707,40	25.403,70	2.710,30	3.826,30	2,36	4,5	98,3	98,2	88,6
Peru	105.784,60	186.446,60	3.830,70	5.940,90	2,69	3,32	99,0	86,7	76,2
Suriname	3.308,30	4.864,30	6.724,20	8.958,70	3,47	2,94	-	94,8	79,2
Uruguai	30.157,50	47.849,10	9.069,00	13.949,00	7,07	6,11	98,9	99,7	96,4
Venezuela	199.758,40	242.169,00	7.565,00	7.926,00	2,15	1,54	99,0	93,1	94,4

Fonte: Elaboração própria.

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. [acesso em 2016 set 16]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp

2. 2005-2013. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Produits intérieurs bruts de 1990 à 2013. [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893220>. 2014 e 2015 – Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Produits intérieurs bruts de 1990 à 2013. [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=24737. Dados disponibilizados em Euro foram transformados no valor equivalente a Dólar americano para ser possível comparar com os outros países. Para transformação, foram utilizados o conversor de moedas disponibilizado no site do Banco Central do Brasil e o valor da cotação referente ao dia 30 de dezembro do ano em questão (<http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>).

3. Valores do PIB *per capita* abaixo da média anual estão com *grifo* vermelho

4. World Bank. Data from database: Gender Statistics. [acesso em 2016 set 21]. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=gender-statistics>. France. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>. 5. Dados referentes ao ano de 2014. O ano de 2015 não estava disponível na base de dados consultada.

A estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde aprovada na região recomenda um ponto de referência de 6% do PIB como o nível mínimo do gasto em saúde necessário para que os países alcancem a saúde universal.²⁴ Somente o Uruguai atingiu esse ponto de referência para o gasto público em saúde.

Um grupo de países (Argentina, Bolívia, Brasil e Guiana) sofre oscilações no gasto público em saúde que é influenciado pelo contexto econômico. A diminuição do PIB, em cenários econômicos de estagnação ou recessão, implica em menos recursos para saúde, mesmo que o gasto público em saúde como proporção do PIB se mantenha constante.

No Brasil, o governo tem promovido importantes cortes de gastos nas áreas sociais. O Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016, congelou o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde.²⁵

Outro indicador como a taxa de alfabetização de pessoas entre 15 e 24 anos experimentou avanços significativos na maioria dos países. Já o acesso à água potável e saneamento básico ainda é um problema comum aos países. As melhores coberturas de água potável e saneamento básico foram apresentadas por o Uruguai e a Argentina. A Bolívia e o Peru apresentaram as piores coberturas de saneamento básico. Dados em relação a esses indicadores não estão disponíveis para Guiana Francesa nos bancos de dados consultados (Tabela 2).

Outros problemas comuns que atingem os países e território da região de fronteira brasileira são o desmatamento intenso em algumas áreas, para produção agrícola ou exploração de madeira, poluição da água por produtos químicos da mineração e a população do ar.¹⁹

Tipologia dos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde baseados no seguro social possuem como característica o financiamento por meio de contribuições dos empresários e trabalhadores, a partir de uma certa renda. As seguradoras podem ser públicas ou privadas e alguns procedimentos podem ser realizados em sistema de copagamento^{2, 3}, em que o usuário arca com parte do custo da atenção à saúde de determinados procedimentos ou cada vez que utiliza o serviço.

Alguns regimes especiais de financiamento ou cobertura de serviços que são subsidiados pelo Estado para populações-alvo específicas e certas categorias profissionais (profissionais das universidades públicas, forças armadas, funcionários públicos) são considerados sistemas

residuais de saúde.³

Outro tipo de sistema de saúde são os sistemas universais de saúde. Considera-se que um país possui um sistema universal de saúde quando o estado é exclusivo ou principal provedor e produtor das ações e serviços sociais. Nesse tipo de sistema, a saúde é entendida como um direito dos cidadãos do país e não está associada ao pagamento de um prêmio ou contribuição.^{2,3}

Os sistemas de saúde considerados do tipo empresarial permissivo ou pluralista de mercado são sistemas em que prevalecem o livre mercado, a compra direta de serviços pelo usuário ou adesão voluntária a planos privados de saúde.³

Na Argentina, Colômbia, Guiana Francesa e Suriname, predominam os sistemas de saúde baseados no seguro social, entretanto existem diferenças entre os países. Na Argentina, além da população que se beneficia com o regime especial, foram criadas as “Obras Sociales (OS)” que são responsáveis pela assistência à saúde dos trabalhadores contribuintes. Existem diversos tipos de OS que se diferenciam, em relação aos serviços cobertos e ao valor de contribuições mensais, de acordo com a categoria profissional.²⁶

O sistema de saúde colombiano é fragmentado, com prestadores de serviço públicos, privados, mistos e regime especial. O Sistema Geral de Seguridade Social na Saúde (SGSSS) possui regimes contributivo e subsidiado.²⁷

O sistema de saúde da Guiana Francesa possui prestadores públicos e privados. O Estado oferta cobertura universal para ações de promoção da saúde e grupos de elevado risco social como idosos e pessoas com deficiência.⁷ Já o do Suriname é composto por subsistemas, diferenciados por segmentos da população, localização geográfica, emprego, nível de renda, capacidade de pagamento e *status* social, com diferentes modos de financiamento e prestação de serviços de saúde.²⁸

A Bolívia, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela possuem sistemas de saúde híbridos, compostos por subsistema público que funciona concomitantemente com o sistema de saúde baseado no seguro social. Esses países passam por um processo de transição, em que o Estado ampliou o acesso universal à saúde, mas o seguro social ainda oferta cobertura a maior parte da população.

O sistema de saúde boliviano, além do seguro social e sistema universal de saúde, é composto pelo subsistema de saúde de medicina tradicional que se refere às práticas complementares e alternativas dos povos indígenas.²⁹

No Peru, por sua vez, o seguro universal de saúde foi instituído com o objetivo de garantir a toda população em território nacional acesso a um conjunto de ações e serviços de saúde através do Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS).³⁰

A partir de 2008, com a reforma estrutural do sistema de saúde, o Uruguai criou um Fundo Nacional de Saúde (FONASA), descentralizou a Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE) e estabeleceu os direitos e deveres dos pacientes e usuários.³¹

A Venezuela, que possui um sistema de saúde público híbrido, apresenta um sistema de caráter universal, coordenado pelo MS, e um subsistema baseado no seguro social.³²

O Sistema Nacional de Saúde do Paraguai é fragmentado, com múltiplos prestadores de serviço públicos e privados. Em 2008, o país iniciou um processo de mudança no sistema de saúde para garantir cobertura universal de saúde à maioria da população.³³

Os sistemas de saúde do Brasil e da Guiana são do tipo universal. O direito à saúde no Brasil é garantido na Constituição, assim como o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.³⁴ Semelhante ao Brasil, a Guiana possui um sistema de cobertura universal de saúde, com subsetores público e privado, financiado principalmente pelo Estado.³⁵ O Quadro 2 apresenta as principais características dos sistemas de saúde dos países e território da região de fronteira brasileira.

Regulação

Entende-se como regulação o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde, assim como o ato de regulamentar e de elaborar regras. A regulação está vinculada a distintas ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação.³⁶

No Suriname e Venezuela, a regulação é realizada pelo MS. Nos outros países, o MS é auxiliado por agências ou órgãos vinculados ou independentes (Quadro 2). Na Argentina, a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia (ANMAT) e a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) apoiam as atividades de regulação.³⁷

Na Bolívia, a formulação da política de saúde é de competência do nível central do Estado e a regulação do sistema de saúde é realizada pelo MS e Esporte e Vice-Ministérios vinculados.²⁹

O MS brasileiro é auxiliado por alguns órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, cada esfera de governo tem autonomia para realizar regulação e gestão do sistema de saúde, observando as diretrizes nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).³⁷

Na Colômbia e Guiana, além dos seus MS, órgãos complementares consultivos realizam algumas funções de regulação, supervisão geral e monitoramento do sistema de saúde.^{39, 35}

A Guiana Francesa, por sua vez, possui a Agência Regional de Saúde (ARS), vinculado ao MS francês, órgão gestor e regulador do sistema de saúde da região, auxiliado pelo Conselho de Administração e o Conselho Fiscal que avalia os resultados alcançados e aprova o orçamento financeiro.⁴⁰

No Paraguai, o MS compartilha a regulação do sistema de saúde com a SSS, responsável pela regulação das Empresas Prestadoras de Serviços em Saúde (EPSS) do seguro-saúde.⁴¹

O MS peruano é órgão responsável pela regulação da organização e prestação de serviços em saúde pública no país, e a Superintendência Nacional de Seguro-Saúde (SNSS) regula as empresas de seguro de saúde públicas, privadas e mistas.⁴¹

No Uruguai, a regulação do sistema de saúde é feita pelo MS e a gestão da prestação de serviços é realizada pela ASSE. A gestão dos recursos financeiros do Seguro Nacional de Saúde é feita por um conselho, a Junta Nacional de Saúde (JUNASA), que também estabelece mecanismos de referência e contrarreferência entre os prestadores no Sistema Nacional Integrado de Saúde.⁴³

Organização da atenção à saúde

A organização da atenção à saúde, na maioria dos países, adota a concepção das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), proposta pela OPAS, que se refere a uma rede de serviços que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. Essa concepção de organização da atenção à saúde tem como objetivo diminuir a fragmentação dos sistemas de saúde e contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde (APS).⁴⁴

No Brasil, os serviços são organizados segundo a concepção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são semelhantes às RISS, mas se diferenciam pelo fato dos serviços serem coordenados pela APS, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente.⁴⁵

Os países organizam a atenção à saúde em redes com pontos de atenção ou níveis de atenção que se distinguem de acordo com a densidade tecnológica em atenção primária, secundária e terciária. A APS é porta de entrada preferencial nos sistemas de saúde e, geralmente, a coordenadora do cuidado. A equipe de APS, mais comum nos sistemas de saúde pesquisados, é composta, usualmente, por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, entretanto há especificidades entre os países ([Quadro 2](#)).

Dentre as especificidades de cada país, no subsistema público, cada província argentina e peruana tem autonomia administrativa e financeira para propor projetos de intervenção e resolver suas necessidades e problemas em saúde.^{46,47}

Enquanto a Argentina utilizou a APS como estratégia para organização e coordenação da RISS, o Peru usou o Modelo de Atenção Integral de Saúde Baseado na Família e Comunidade (MAIS). Nesse último país, as equipes da APS são multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde poderão compor a equipe, mas estão na dependência dos recursos disponíveis e particularidades de cada território.⁴⁷

Na Bolívia, além dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, existem os Centros de Consultas para Medicina Tradicional, que são estabelecimentos legalmente autorizados para realizar métodos terapêuticos ancestrais indígenas e terapias alternativas e complementares.⁴⁸

No Brasil, as equipes da APS possuem uma composição diferente dos outros países; são multidisciplinares, compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar, ainda, agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, equipes de saúde bucal, e equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por outras categorias de profissionais da saúde, complementar às que atuam na APS, denominada Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.⁴⁹

A atenção secundária brasileira, além das policlínicas com diversas especialidades médicas e serviços de diagnóstico e reabilitação, é composta pelos Centros de Especialidades Odontológicas, Centros de Atenção Psicossocial, serviços de urgências e emergências.

O sistema de saúde colombiano implantou o modelo de gestão integral do risco em saúde, como estratégia de organização da RISS. Esse modelo organiza o fluxo da atenção na RISS e visa antecipar ocorrência de eventos de interesse em saúde pública, controlar riscos individuais de saúde e prevenir doenças e lesões, bem como incapacidade causada pelas doenças.²⁷

A atenção à saúde da Guiana está organizada através de programas que são executados nas Agências Regionais de Saúde (ARS). Essas são órgãos descentralizados do MS, de administração direta ou privada, que ofertam serviços à população vinculada na respectiva região de saúde. Centros de APS oferecem cuidados básicos preventivos em áreas remotas de difícil acesso. A atenção secundária e terciária está concentrada nos grandes centros urbanos e possui uma rede de estabelecimentos pequena.³⁵

Na Guiana Francesa, a APS, centrada no clínico geral, coordena o cuidado do paciente na rede de serviços regionalizada. O segundo nível de atenção abrange especialidades médicas. No entanto, alguns procedimentos e serviços de alta complexidade, como cirurgias cardíacas e atenção aos pacientes queimados, são realizados na região das Antilhas sob domínio francês.⁵⁰

A APS paraguaia possui uma equipe multiprofissional constituída por médicos generalistas ou especialistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal que trabalham em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com território de abrangência e cobertura populacional definida.⁴¹ A atenção secundária e terciária são realizadas através da rede de clínicas especializadas e hospitais de cada subsetor, público ou seguro-saúde.

No Suriname, os Serviços Regionais de Saúde (SRS) são fundações estatais que oferecem cuidados primários em saúde através de equipes multidisciplinares compostas por médicos clínicos gerais e outras categorias profissionais nas áreas costeiras desse país. A Fundação Estadual de Seguro Social também pode escolher o médico vinculado aos SRS como seu *gatekeeper* que, normalmente, é um médico que exerce a função de filtro e regula o acesso para outros níveis de atenção ou consultas e procedimentos especializados e de diagnóstico.²⁸

A Missão Médica (MM) é composta por um grupo de Organização Não Governamental (ONG) religiosa, financiada pelo Governo, e realiza cuidados de primários em saúde para os

residentes na zona rural no interior do país e em áreas remotas de difícil acesso (acessíveis por transporte aquático ou pequenos aviões). Entretanto, para procedimentos de alta complexidade os pacientes precisam buscar atenção no exterior.²⁸

Os serviços de saúde mental são ofertados nos Centros de Psiquiatria do Suriname. Entretanto, são centralizados e ainda não são amplamente acessíveis a toda a população.²⁸ O atendimento psicológico é parcialmente reembolsável pelo seguro de saúde²¹, o que demonstra a fragilidade do sistema de saúde para prevenção e controle do suicídio, um dos principais problemas de saúde do país.

O sistema de saúde do Uruguai está organizado em uma RISS com diferentes densidades tecnológica e de complexidade. O primeiro nível de atenção é a APS, e o segundo nível é constituído por clínicas que realizam procedimentos de atenção secundária de caráter clínico, cirúrgico e urgências que incluem hospitais de pequeno e médio porte, e pronto-socorro. O terceiro nível de atenção, no que lhe concerne, constitui os estabelecimentos que efetuam procedimentos e cuidados de alta complexidade.⁵¹

Na Venezuela, a RISS é constituída por Áreas Comunitárias de Saúde Integral (ASIC), descentralizadas e articuladas com o sistema de saúde.⁵² As ASIC são semelhantes às regiões de saúde no Brasil, entretanto cobrem uma população menor.

As Missões Bairro Adentro (MBA) é a estratégia de organização do sistema de saúde público venezuelano. No primeiro nível de atenção, estão os centros de APS (MBA I). A MBA II equivale à atenção secundária e possui centros especializados, serviços diagnósticos e de reabilitação. As MBA III e IV compreendem a atenção terciária e de alta complexidade com serviços hospitalares que ofertam terapia intensiva, cirurgia, atendimento a emergências e procedimentos de alta complexidade.³²

Acesso

Argentina, Colômbia e Peru ofertam uma carta básica de serviços aos afiliados do seguro social com o objetivo de melhorar o acesso a um conjunto de procedimentos nas empresas que prestam serviços para o seguro-saúde.

Na Argentina, o Programa Médico Obrigatório (PMO) inclui atenção às doenças crônicas e infecciosas mais prevalentes, consultas médicas e odontológicas.⁵³ A Colômbia, além da carta

básica de serviços do Plano Obrigatório de Saúde (POS), inclui atenção inicial as urgências e transporte para os afiliados caso seja necessária atenção em outro município diferente de sua residência.⁵⁴

O Peru instituiu o PEAS que oferta acesso a um conjunto de procedimentos, mas os beneficiários devem estar vinculados ao seguro social. O Estado, por meio do regime semicontributivo ou subsidiado, oferta acesso da população mais pobre e vulnerável.³⁰

Na Argentina, além dos contribuintes do seguro social, o Estado garante atenção integral para programas maternos infantis, imunização e contraceptivos.⁴⁶ Já na Colômbia, o Estado oferta acesso integral para crianças e adolescentes, gestantes, vítimas de violência e conflitos armados, idosos, as pessoas com doenças raras, pessoas com deficiência e povos indígenas.⁵⁴

Beneficiários do seguro-saúde, gestantes, crianças até 5 anos, pessoas a partir de 60 anos, mulheres em idade fértil, pessoas com deficiência, adultos e crianças com HIV/Aids que não possuem o seguro-saúde têm acesso integral aos serviços de saúde na Bolívia.⁵⁵

No Brasil e na Guiana, o acesso aos serviços de saúde é universal, integral e gratuito, sem necessidade de copagamentos ou taxas extras. O sistema de saúde brasileiro garante acesso inclusive a medicamentos e vacinas. O acesso à atenção secundária, terciária e procedimentos de alta complexidade é intermediado por um complexo regulador.

Na Guiana Francesa, afiliados ao seguro social têm acesso à rede própria ou privada vinculada ao seguro. A acessibilidade da população que mora no interior do país é limitada, dada a centralização dos serviços nos grandes centros urbanos e as barreiras geográficas ou falta de estradas. O acesso aos serviços só é possível por meio de transporte aéreo ou marítimo.⁵⁰

No Paraguai, o acesso é permitido aos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho. Entretanto, os serviços de saúde militares e universidades ofertam serviços em comunidades remotas de difícil acesso e à população pobre que não possui seguro-saúde.⁴¹

Pessoas vinculadas ao seguro social no regime contributivo, no Suriname, têm acesso aos serviços em rede própria de atendimento e na rede privada conveniada. O Ministério de Assuntos Sociais, desse país, proporciona o acesso gratuito para as pessoas pobres ou em elevado risco social, através do cartão de saúde.^{19,21}

No Uruguai, o acesso aos serviços de saúde é garantido mediante contribuição ao seguro-saúde. Para algumas categorias profissionais e grupos populacionais em situação de risco social, como indigentes e desempregados, o Estado fornece assistência gratuita.³¹

O acesso da população ao sistema de saúde da Venezuela se dá através da rede pública, em que o Estado garante cobertura universal para a população. Por ser um sistema de saúde híbrido, o acesso da população vinculada ao seguro social é feito na rede própria ou privada conveniada do Instituto Venezuelano de Seguros Sociais.^{32,52}

Financiamento

O financiamento dos sistemas de saúde baseados no seguro social é feito por meio de contribuições de trabalhadores e empresas, recursos do Estado, normalmente provenientes de impostos, e alguns países possuem fontes específicas como receitas internacionais ou *royalties* de empresas estatais. Já os países que possuem sistema universal de saúde têm como principal fonte de financiamento os recursos do Estado, provenientes dos impostos ([Quadro 2](#)).

Em relação às especificidades do financiamento da saúde, na Argentina, parte dos recursos do seguro-saúde forma um fundo solidário que tem como objetivo cobrir custos dos afiliados que excedem os procedimentos agregados ao PMO.^{26,53} Na Bolívia, o Fundo Compensatório Nacional de Saúde destinará recursos para a complementação dos gastos públicos em saúde dos municípios.⁵⁵

O financiamento da saúde brasileira é realizado pelo orçamento destinado à seguridade social, que é composto por impostos federais e contribuições para o seguro social e se destina a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Outras fontes de recursos para o SUS são os tributos estaduais e municipais, transferências constitucionais, *royalties* do petróleo e receitas geradas no sistema, como doações, alienações, taxas, multas e rendas eventuais.^{34, 38, 56}

A Colômbia instituiu o *Fondo de Solidariedad y Garantía* (FOSYGA), que distribui os recursos, com exceção dos copagamentos, para as Entidade Promotora de Saúde (EPS) nos regimes contributivo e subsidiado.²⁷

Na Guiana, os cuidados de saúde pública são principalmente financiados pelo governo, mas contribuições da comunidade e doações do setor privado também desempenham um importante papel.³⁵

O financiamento do setor saúde na Guiana Francesa se dá por meio dos recursos do seguro-saúde. Para ter acesso a alguns procedimentos e medicamentos, é instituído reembolso

aos pacientes ou através de copagamento.¹⁹ O Fundo de Intervenção Regional financia ações de cobertura universal por meio de um teto global atenção à saúde e por um teto variável para ações específicas de promoção da saúde e prevenção de doenças.¹⁵

O financiamento do sistema de saúde no Paraguai se dá através de fontes de recursos que financiam o setor público e abrangem recursos da União (impostos fiscais), contribuições de trabalhadores e empregadores para o Instituto de Previdência Social e recursos especiais provenientes das hidrelétricas estatais.⁵⁷

No Peru, o Fundo Solidário de Saúde Intangível realiza o pagamento dos procedimentos de alta complexidade às prestadoras de serviços públicas e privadas para pessoas que possuem seguro-saúde subsidiado pelo Estado.⁵⁸

Os recursos do setor de saúde no Suriname provêm dos impostos cobrados pelo Estado e das contribuições para o Fundo de Seguro Médico do Estado. O Estado tem como meta diminuir o desembolso direto pelas famílias para ter acesso aos serviços de saúde.²⁸

O sistema de saúde do Uruguai tem como fonte de financiamento recursos do seguro nacional de saúde, recursos próprios do Estado e recursos provenientes de doações ou convênios com instituições.³¹

O financiamento do sistema nacional de saúde público na Venezuela é feito através de fundos do Estado (União, Estados e Municípios), de contribuições de trabalhadores e empregadores a seus institutos e recursos extraordinários dos *royalties* do petróleo. As contribuições compõem Fundo Nacional de Saúde e Fundo de Assistência Social.⁵⁹

Em todos os países o Estado financia a saúde por meio dos recursos provenientes dos impostos. Com exceção do Brasil e da Guiana, que possuem sistemas de saúde universais, os países também utilizam as contribuições dos trabalhadores e empresas para financiamento dos serviços ofertados pelo seguro-saúde. Bolívia e Guiana Francesa possuem fundos específicos para financiar serviços públicos enquanto que Argentina, Colômbia e Peru possuem fundos para complementar os gastos do seguro saúde. As receitas para financiamento da saúde também são provenientes de doações na maioria dos países. Bolívia, Brasil, Colômbia e Venezuela, países produtores petróleo, e o Paraguai utilizam *royalties* das empresas estatais para financiamento da saúde.

Quadro 2 – Características dos sistemas de saúde dos países que compõem a fronteira brasileira.

País	Tipo de sistema	Regulação/ Gestão	Organização da Atenção à Saúde	Acesso	Financiamento
Argentina	Seguro social Sistema Residual	MS ANMAT SSS	Regionalização, RISS, APS	Contribuintes do seguro, Cobertura pelo Estado de grupos específicos	Contribuições seguro, Estado (impostos), Receitas internacionais
Bolívia	Seguro Social/Universal Sistema Residual Sub. Medicina Tradicional	MS Vice Ministérios	Regionalização, RISS, APS	Contribuintes do seguro, Cobertura integral pelo Estado para grupos específicos	Contribuições seguro, Estado e municípios (impostos), Receitas internacionais, Royalties do Petróleo
Brasil	Universal Subsetores público e privado	MS Anvisa, ANS	Regionalização e RAS, APS	Acesso universal	União, Estado e Municípios (impostos), Contribuições seguro, Receitas geradas no SUS, Doações e royalties petróleo
Colômbia	Seguro Social Sistema Residual	MS Comissão de Regulação em Saúde	Regionalização RIIS. Gestão Integral de Risco	Contribuintes do seguro, Cobertura integral pelo Estado para grupos específicos	Contribuições seguro, Estado e municípios (impostos), Receitas internacionais, Royalties do Petróleo
Guiana	Universal Subsetores público e privado	MS Conselhos de Saúde	Regionalização Programas, APS	Acesso Universal	Estado, Receitas internacionais
Guiana Francesa	Seguro Social, Sistema Residual	ARS	Regionalização APS	Contribuintes do seguro, Cobertura integral pelo Estado para grupos específicos	Estado, Contribuições seguro social
Paraguai	Seguro Social, Sistema Residual	MS e SSS	Regionalização RISS, APS	Contribuintes do seguro, Cobertura da população pobre por serviços militares e universitários	Estado (impostos), Contribuições seguro, Royalties hidrelétricas
Peru	Seguro Social Seguro Universal	MS e SNSS	Regionalização RISS, MAIS	Contribuintes do seguro, Cobertura integral ou parcial pelo Estado para grupos específicos	Contribuições seguro social, Estado, Doações
Suriname	Seguro Social	MS	Regionalização APS porta de entrada, gatekeeper	Contribuintes do seguro, Cobertura integral pelo Estado para grupos específicos	Estado (impostos), Contribuições seguro social
Uruguai	Seguro Social Universal	MS e ASSE JUNASA	RISS, APS porta de entrada	Contribuintes do seguro, Cobertura integral pelo Estado para grupos específicos	Contribuições seguro social, Doações
Venezuela	Seguro Social Universal	MS	Regionalização, RISS, MBA	Contribuintes do seguro, Acesso Universal	Contribuições seguro social, Estado, Royalties petróleo

Fonte: Elaboração própria.

Recursos Humanos em Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde, países com alta disponibilidade de recursos humanos em saúde (RHS) são aqueles cuja densidade é superior a 50 profissionais por 10.000 habitantes; e países com média disponibilidade estariam na faixa entre 25 e 50 profissionais a cada 10.000 habitantes e a baixa disponibilidade, aqueles com uma densidade inferior 25 profissionais por 10.000 habitantes.⁴⁷

Bolívia e Guiana foram os países que apresentaram baixa disponibilidade de RHS. Enquanto que Uruguai e Guiana Francesa apresentaram as médias mais altas de RHS (médicos, enfermeiros e cirurgiões – dentistas). Os outros países possuem média densidade de RHS. Entretanto, existem diferenças entre as categorias profissionais (Tabela 3).

Apesar desse progresso, muitos sistemas de saúde nas Américas ainda estão fragmentados, com escassez de pessoal para a atenção primária à saúde, e sobrecarregados com médicos especializados concentrados em áreas urbanas. Os países precisam superar tanto a escassez em números como a distribuição pouco equitativa dos RHS.²⁴

Uruguai, Argentina e Colômbia possuem as maiores densidades de cirurgiões-dentistas. Guiana Francesa, Suriname e Uruguai apresentaram densidades elevadas de enfermeiros, enquanto que Uruguai, Argentina e Guiana Francesa foram os países em que se observaram as maiores de densidades de médicos (Tabela 3).

Com exceção da Argentina, os demais países apresentaram densidade de cirurgiões-dentistas menor que a de médicos e enfermeiros. Os dados disponíveis no banco de dados consultado, em relação a esse indicador, são escassos para a Argentina e no site do MS o acesso a essa informação também é limitado. Situação semelhante ocorreu com a Venezuela.

Em todos os países, a distribuição de RHS é desigual com alta concentração nas zonas urbanas e grandes centros. Os países possuem estratégias diferentes para capacitação e provimento de RHS para os sistemas de saúde.

Na Argentina, as capacitações dos RHS ocorrem através de ações coordenadas entre as esferas de governo e de acordo as necessidades de cada província.⁴⁶ O MS boliviano oferta bolsas de estudo para capacitação de profissionais de saúde e definiu um plano de reconhecimento de qualificação para os profissionais vinculados ao sistema de saúde no setor público e seguro-

saúde. As gratificações foram instituídas para as pós-graduações nos níveis de especialização, mestrado e doutorado.⁴⁸

Tabela 3 – Densidade de recursos humanos em saúde (médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista) nos países da região de fronteira brasileira, 2014.

País	Razão de médicos por 10.000 habitantes	Razão de enfermeiros por 10.000 habitantes	Razão de cirurgiões - dentista por 10.000 habitantes
Argentina¹	32,1	3,8	9,3
Bolívia	8,9	5,1	0,8
Brasil²	17,1	15,6	5,9
Colômbia⁴	18,5	10,8	9,1
Guiana	6,9	10,1	0,4
Guiana Francesa³	20,2	61,3	2,5
Paraguai	15,8	14,6	7,0
Peru	11,9	12,7	1,9
Suriname	10,3	18,6	1,0
Uruguai	47,9	18,0	14,4
Venezuela	13	8	5,7

Fonte: Elaboração própria.

Dados Coletados em: Pan American Health Organization. Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2016 set 15].

Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>.

1.Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos em Salud. [acesso em 2016 out 16]. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>. 2.Brasil.Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES [acesso em 2017 mar 07]. Disponível em: cnes.datasus.gov.br/. 3.Direction de La Recherche, des Etudes, de Evaluation et des Statistiques (France). Agences Regionales de Santé. [acesso em 2016 out 07]. Disponível em: www.dress.social-sante.gouv.fr.

A densidade de RHS está aumentando nas três categorias profissionais pesquisadas no Brasil. O MS possui diversos programas e projetos nessa área como o TeleSaúde, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS (PRO EPS-SUS) e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que ofertam teleconsultoria, educação permanente e atendem às necessidades de capacitação dos profissionais de saúde que atuam no SUS. O Programa Mais Médico, no que lhe concerne, tem como objetivo o provimento de médicos para atuar na APS.⁶¹

Na Colômbia, o aumento progressivo e sustentável na densidade de RHS se explica pelo aumento significativo da oferta de vagas para curso de graduação na área da saúde a partir da década de 90.²⁷

Na Guiana, há dificuldades para atrair e reter profissionais qualificados devido aos baixos salários, às condições de trabalho difíceis e à ausência de um plano integral de desenvolvimento de RHS¹⁹, entretanto houve aumento no total de profissionais entre 2005 e 2015, principalmente devido à cooperação internacional desenvolvida com Cuba.

Segundo dados do sistema de informação, em 2014, a Guiana Francesa não possuía nenhum profissional especialista em cirurgia buco-maxilo-facial, reumatologia, endocrinologia, genética, hematologia, neurocirurgia e oncologia. Cerca de 60% do total de médicos são clínicos gerais e trabalham na APS.²²

No Paraguai, persistem problemas estruturais, como a escassa regulação do trabalho que permite diferentes formas de contratação, diversas cargas horárias, distribuição da força de trabalho inapropriada e uma formação que não se adequava às necessidades do modelo de atenção.³³

O Peru desenvolveu um programa, *Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud – PROSALUD*, uma estratégia para fomentar a formação e aumentar os RHS.⁴⁷

O Suriname possui escassez de trabalhadores e especialistas na área da saúde. A perda de profissionais qualificados por emigração é importante e a Holanda é o destino que possui maior fluxo migratório.²⁸

O Uruguai possui densidade de RHS próxima da média dos países de alta renda. A distribuição dos profissionais é caracterizada por forte concentração na capital e zona urbana do interior.⁶⁰

Semelhante a outros países da América Latina e Caribe, a Venezuela apresenta uma distribuição desigual dos RHS, com concentração nas grandes cidades e zona urbana. A maioria dos médicos que atua na Venezuela é composta por cubanos, dada a cooperação internacional bilateral estabelecida entre os dois países.⁶¹

Considerações finais

Os 10 países e território da região de fronteira brasileira avançaram na redução da mortalidade materna e/ou infantil e aumentaram a expectativa de vida da população, o que sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população. Entretanto, esses avanços foram desiguais entre os países da região.

Recursos para saúde diminuíram por conta da crise econômica e diminuição do preço das matérias-primas produzidas nos países, visto que o gasto público em saúde foi influenciado pelo contexto econômico e pelas variações do PIB.

Com exceção do Brasil e Guiana, que possuem sistemas de saúde universais, os sistemas de saúde da maioria dos países que compõem a fronteira brasileira são baseados no seguro social, entretanto a maioria dos países possui sistemas híbridos e ampliou o acesso universal aos serviços de saúde.

Nos sistemas de saúde baseados no seguro social, o financiamento público é focalizado em programas ou grupos específicos, considerados de alto risco em saúde, e na população de elevado risco social que não tem seguro-saúde. Países produtores de petróleo e fontes de energia, além de utilizar recursos provenientes dos impostos, contribuições de seguro social e doações, agregaram aos recursos para financiar o setor saúde *royalties* gerados a partir da exploração destes recursos naturais.

A maioria dos países possui regime especial de atenção à saúde ou seguro de saúde específico para Forças Armadas, universidades públicas, empresas estatais e funcionários públicos, normalmente financiados pelo Estado. Em todos os países, a regionalização, descentralização de serviços ou da gestão do sistema são diretrizes utilizadas na organização dos sistemas de saúde. A maioria dos países adotou a concepção das redes integradas dos de serviços de saúde para organizar a atenção à saúde que tem a APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e estratégia integradora e coordenadora do cuidado em saúde.

O MS dos países é o órgão responsável pela regulação dos sistemas de saúde. Em alguns casos, órgãos vinculados ao MS ou independentes também auxiliam e desempenham essa função.

Em todos os países e território pesquisados, a distribuição de recursos humanos e serviços de saúde é desigual, com alta concentração nos grandes centros urbanos, o que limita o acesso da

população que vive na região de fronteira. Os países possuem estratégias para capacitação e provimento de recursos humanos para os sistemas de saúde, dentre elas a cooperação internacional em saúde.

Uma alternativa para resolver as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde é a criação de serviços de saúde transfronteiriços, financiados com recursos provenientes de todos os países por meio de um termo de cooperação internacional em saúde.

O desenho da pesquisa evidenciou semelhanças e diferenças entre os sistemas de saúde, entretanto, para ampliar a compreensão sobre a influência das características reveladas nos resultados em saúde e indicadores socioeconômicos selecionados, é necessário realizar testes estatísticos de associação ou correlação entre as variáveis e categorias pesquisadas.

Referências

1. Pan American Health Organization (Paho). Health in the Americas (Vol. I). Washington, DC: Paho; 2007.
2. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MDS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YD. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.p. 563-614.
3. Toth F. Classification of healthcare systems: Can we go further? Health Policy. 2016; 120 (5): 535-543.
4. Viana ALA, Baptista TWF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LDVC, Carvalho JN, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ed.rev.amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. p. 59-88.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras SIS-Fronteira – relatório de desempenho do projeto. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Seitenfus R. Relações internacionais. 2ª ed. Barueri, São Paulo: Editora Manole; 2013.
7. Ferreira CMPG, Mariani MAP, Braticevic SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. Saude soc. 2015; 24(4): 1137-1150.
8. Ciavatta M. Compared studies: epistemology and historicity. Trab. educ. saúde, 2009; 7(supl. 1): 129-151.
9. Agence Régionale de Santé de Guyane (Guyane). Projet Régional de Santé Guyane 2011-2015. Cayenne: Agence Régionale de Santé de Guyane; 2011.

10. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 154-214.
11. Cellard AA. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
12. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed;2009.
13. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. Qualitative Sociology. 1990;13(1):3-21.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Cartografia. Área territorial brasileira. [acesso em 2017 jul.20]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm.
15. Agence Régionale de Santé de Guyane (Guyane). Le rapport d'activité 2012. Cayenne: Agence Régionale de Santé de Guyane; 2012.
16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Latin America and Caribbean. Perfiles Nacionales. [acesso em 2017 fev 20]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/perfilesNacionales.asp?idioma=e
17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Panorama Social de América Latina, 2015. Santiago: Onu; 2016.
18. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Características dos indicadores. Fichas de qualificação. 2012. [acesso em 2017 out 05]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/>.
19. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Saúde nas Américas: Panorama regional e perfil de países. Brasília: Opas; 2012.
20. Pan American Health Organization (Paho). Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2017 junj 05]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>.
21. Ministerie van Volksgezondheid (Suriname). Nationaal Suicide Preventie- en Interventieplan 2016 - 2020. Paramaribo: Ministerie van Volksgezondheid; 2016.
22. Direction de La Recherche, des Etudes, de Evaluation et des Statisques (France). Agences Regionales de Santé. [acesso em 2016 out 07]. Disponível em: www.dress.social-sante.gouv.fr.
23. World Bank. Latin America and Caribbean. [acesso em 2017 fev 20]. Data base Countries in this region. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/region/lac>.
24. Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

25. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2016 dez.15; Seção 1. p. 02.
26. Ministério de Salud (Argentina). Capacitación en Salud Social y Comunitaria para Profesionales. Módulo 5 - Políticas de Salud. [acesso 2017 fev 15]. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/equiposcomunitarios/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/material-bibliografico>
27. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
28. Ministerie van Volksgezondheid (Suriname). National Health Sector Plan 2011 - 2018. Paramaribo: Ministerie van Volksgezondheid; 2011.
29. Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado. La Paz: Honorable Congreso Nacional; 2008.
30. Peru. Ley nº 29.344, 02 de abril del 2009. Ley marco de aseguramiento universal en salud. El Peruano. Normas Legales. Lima: Congreso de la República; 2009 abr. 02.
31. Uruguay. Ley nº 18.131, 18 de mayo de 2007. Creación del Fondo Nacional de Salud. Diario Oficial de Uruguay. Montevideo; 2007 may.18.
32. Ministerio del Poder Popular para la Salud (Venezuela). Plan Nacional de Salud 2014-2019. Caracas: Viceministerio de Salud Integral; 2015.
33. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. nº 612, de 25 de agosto del 2015. Aprueba la Política Nacional de Salud 2015-2030. Assunción; 2015 ago. 25.
34. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 2017 set 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm#art167§3.
35. Ministry of Health (Guyana) Primary Health Care. [acesso 2016 jul 25] Disponível em: <https://www.health.gov.gy/>.
36. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(3): 571-576.
37. Ministerio de Salud (Argentina). Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. [acesso em 2017 set 30]. Disponível em: <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/institucional/institucional.asp>.
38. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1990 set. 19.

39. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto n° 2562, 10 de diciembre de 2012, por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una comisión de Asesora y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C.; 2012 dic. 10.
40. France. Loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009. Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Droit français. Paris; 2009 jui. 21. [acceso em 2016 ago 15]. Disponible em: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
41. Alum JNM, Bejarano MSC. Sistema de salud de Paraguay. Revista Salud Pública del Paraguay. 2013; 1(1): 13-25.
42. Peru. Decreto n° 007, 12 de febrero de 2016. Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. El Peruano. Normas Legales. Lima; 2016 feb. 12.
43. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Indicadores Básicos de salud Uruguay. 2013. [acceso em 2017 fev 01]. Disponible em: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/OPS%20INDICADORES%20013.pdf.
44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010.
45. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
46. Cejas C. Redes, otra manera de pensar la salud : consolidando los proyectos provinciales 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014.
47. Ministerio de Salud (Peru). Documento técnico. El modelo de atención integral de salud. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
48. Bolivia. Decreto Supremo n° 2436, 01 de julio de 2015. Regula la Ley n° 459, de 19 de diciembre de 2013, Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Gaceta Oficial de Bolivia. La Paz; 2015 jul. 01.
49. Brasil. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2017 set. 22.
50. Duplan H, Cazaux S, Hurpeau B. Accès aux soins hospitaliers en Guyane: derrière un constat encourageant, de fortes disparités. Insee Analyses Guyane. 2014; 2: 1-4
51. Uruguay. Decreto n° 272, de 08 de agosto de 2007. Proyecto de reformulación de la estructura organizativa y de puestos de trabajo do Ministerio de Salud Pública. Diario Oficial de Uruguay. Montevideo; 2007 ago. 08.

52. Venezuela. Resolución n° 400, 13 de agosto de 2015. Clasificación de los Establecimientos que conforman el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), en el Primer Nivel de Atención Médica e instaurarán la Red de Atención Comunal de Salud. Gaceta Oficial. Caracas; 2015 ago. 13.
53. Waisgold J. Pequeño Manual de derecho a la salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015.
54. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n° 5521, de 27 de diciembre de 2013. Por la cual se define clara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Diario Oficial. Bogotá; 2013 dez. 27.
55. Bolivia. Ley n° 475, de 30 de diciembre de 2013, ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial de Bolivia. La Paz: 2013 dic. 30.
56. Brasil. Lei n° 12.858, de 9 de setembro de 2013. Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural... e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2013 set. 10.
57. Paraguay. Ley n° 1032, de 30 de diciembre de 1996. Crea El Sistema Nacional de Salud. Superintendencia de Salud. Gaceta Oficial. Asunción; 1996 dic. 30.
58. Peru. Ley n° 29761 de 22 de julio de 2011. Ley de financiamiento público de los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal de salud. El Peruano. Normas Legales. Lima; 2011 jul. 22.
59. Venezuela. Gaceta Oficial n° 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Caracas; 1998 nov. 11.
60. Núñez S. Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos. División Recursos Humanos del SNIS/MSP. Montevideo: SNIS/MSP; 2016.
61. Ministério da Saúde (Brasil). Programas e Projetos - SGTES. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao>. Acesso em: 17 de abril de 2018.
62. Hernández T, Ortiz Gómez Y. La migración de médicos en Venezuela. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(2):177–81.

CAPÍTULO 3 - Análise comparada das políticas de saúde bucal dos países que compõem a fronteira brasileira

Resumo

Contexto: Uma política pública de saúde é a resposta social do Estado diante das condições de saúde de uma população. No contexto da saúde bucal, a cárie dentária é um grande problema de saúde pública mundial. Grande parcela da população não pode pagar por cuidados odontológicos privados e depende das políticas nacionais de saúde bucal (PNSB) para acesso aos serviços. Nessa perspectiva, esta pesquisa realizou uma análise comparada das PNSB dos países e território da região de fronteira brasileira, com o intuito de conhecer suas principais características. **Métodos:** Optou-se por pesquisa comparativa, documental, explicativa com abordagem qualitativa. A teoria fundamentada em dados foi utilizada como método de análise das informações. O *corpus* empírico da pesquisa foi composto por 59 documentos oficiais nacionais que versavam sobre as PNSB dos países e território que compõem a região de fronteira brasileira. **Resultados:** Os resultados apontaram que as PNSB nos países estudados foram implantadas com o objetivo principal de melhorar as condições de saúde bucal e o acesso da população a atenção odontológica. A universalidade, a equidade e a integralidade foram os princípios orientadores mais comuns nestas políticas. Nos países que possuem sistema de saúde baseado no seguro social, o Estado oferta cobertura integral para população socialmente marginalizada ou grupos específicos. O Brasil é o único país em que o acesso à atenção odontológica é universal, sem necessidade de copagamentos. **Conclusões:** Com exceção da Guiana Francesa, as PNSB foram instituídas por meio de atos normativos jurídicos secundários que podem ser revogados a qualquer momento, o que gera insegurança em relação à sua continuidade. Um outro ponto que merece destaque é a necessidade de fortalecimento da cooperação internacional em saúde entre os países para garantir que a população que vive em áreas remotas, como a região de fronteira, possa ter acesso aos serviços de saúde bucal.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Política de Saúde. Saúde Bucal. Áreas de Fronteira.

Abstract

Background: A public health policy is the social response of the state to the health conditions of a population. In the context of oral health, tooth decay is an important public health problem in the world. A large part of the population cannot afford private dental care and depends national oral health policies (NOHP) for access to services. In this perspective, this research carried out a comparative analysis of the NOHP of the countries and territories of the Brazilian frontier region, to know its main characteristics. **Methods:** We opted for a comparative, documental and explicative research, with a qualitative approach. The grounded theory was used as method of information's analysis. The empirical corpus of the research was composed by 59 official national documents which dealt with oral health policies. **Findings:** The results showed that NOHP in the countries studied were implemented with the main objective of improving oral health conditions and population access to dental care. University, equity and integrality were the most common guiding principles in these policies. In countries with health systems based on social insurance, the state provides full coverage to socially marginalized populations or specific groups. Brazil is the only country where access to dental care is universal, without the need for co-payments. **Conclusions:** Except for French Guiana, the NOHP were instituted through secondary legal normative acts that can be revoked at any time, which creates uncertainty as to its continuity. Another point worth mentioning is the need to strengthen international health cooperation among countries to ensure that people living in remote areas, such as the border region, have access to oral health services.

Keywords: Health System; Health Policy; Oral Health; Border Areas

Introdução

A região de fronteira brasileira possui uma extensão territorial de 15.179 quilômetros, abrange 121 municípios brasileiros e é composta por 10 países e um território ultramarino francês [1]. Historicamente, essa região representa um problema para os Estados, que se manifesta nos conflitos fronteiriços, atividades ilegais e migração clandestina. Entretanto, a fronteira pode também significar um espaço para cooperação na resolução de problemas comuns, casos dos processos de integração econômica e da cooperação internacional entre os países [2].

Na área da saúde, em que coexistem sistemas de saúde assimétricos, registra-se uma mobilidade da população em busca de acesso aos serviços. Essa mobilidade provoca a elevação dos custos dos serviços nacionais de saúde, uma vez que não há perspectivas de ressarcimento e essa população itinerante não é contabilizada para fins de repasse financeiro do governo federal [3].

Para resolução desse e de outros problemas em saúde, os Estados formulam políticas públicas. As políticas de saúde são disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais de interesse público. Têm como principal objetivo melhorar as condições de saúde da população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade [4].

No contexto da saúde bucal, a cárie dentária é um grande problema de saúde pública no âmbito global e é a doença não transmissível (DNT) mais prevalente na população mundial, apesar dos inegáveis avanços na sua prevenção nas últimas décadas. A saúde bucal possui vínculo direto com fatores de risco para outras DNT e está diretamente relacionada à qualidade de vida e envelhecimento [5, 6].

O acesso aos serviços de saúde bucal ainda é muito desigual: grande parcela da população não pode pagar por cuidados odontológicos privados e a cobertura das políticas de saúde bucal não é suficiente para mudar esta situação [7].

Nessa perspectiva, torna-se relevante a análise comparada das políticas de saúde bucal nos países da região de fronteira brasileira, com a finalidade de buscar semelhanças, especificidades ou relações entre elas, para melhor compreendê-las e contribuir para o processo de tomada de decisão, planejamento e aprimoramento destas políticas.

Metodologia

No intuito de analisar as principais características das políticas de saúde bucal dos países e território que compõem a região de fronteira brasileira, optou-se por uma pesquisa comparativa, documental e explicativa, com abordagem qualitativa.

A comparação é um processo que abrange a explicação dos fenômenos estudados a partir da compreensão de suas semelhanças e diferenças. Trata-se de entender um fenômeno a partir dele mesmo e, por exclusão, se perceber as diferenças. Os Estados-nação e organizações

internacionais têm sido a categoria de análise central das investigações realizadas no interior desse campo de conhecimento [8].

O universo de análise foi composto por documentos oficiais nacionais (leis, portarias, normas, decretos, resoluções, informes técnicos) que versavam sobre as políticas de saúde bucal dos países e território da região de fronteira brasileira, a saber: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

A Guiana Francesa, que não é considerada um país, e sim um departamento ultramarino francês, desde 1946, e uma Ultra Região da União Europeia Periférica desde 1982 [9], foi incluída na análise pelo fato de possuir limite territorial com o Brasil.

A amostra foi do tipo teórica por casos múltiplos. Foram examinados documentos base de 10 países e um território fronteiro ao Brasil. Esse tipo de amostra é aplicável a pesquisas baseadas em documentos e obedeceu a critérios rígidos, reservando a pesquisadora o direito de ir além da informação dada por suas unidades de análise, para contextualizar, confrontar e realizar uma abordagem crítica com as informações e dados coletados.

O *corpus* empírico obedeceu aos princípios da diversificação, da saturação teórica e da saturação empírica [10]. Os documentos sobre as políticas de saúde bucal foram coletados nos sítios eletrônicos oficiais do Ministério da Saúde (MS) ou órgão equivalente de cada país.

Na estratégia de busca dos sítios eletrônicos oficiais, foi digitada a palavra “Ministério da Saúde”, em português, inglês, francês ou espanhol, seguida do nome do país, no site de busca Google Brasil, tendo em vista a multiplicidade de idiomas dos países e território envolvidos na pesquisa. A coleta dos dados deu-se no período de julho de 2016 a outubro de 2017. Foram selecionados 59 documentos que compuseram o *corpus* empírico final da pesquisa.

Os documentos foram submetidos a uma análise preliminar que incluiu o contexto em que foi publicado, a autoria, a autenticidade e os conceitos-chave, com o intuito de construir um quadro teórico e ter uma interpretação coerente para responder à questão inicial da pesquisa [11].

Como a orientação desta pesquisa foi, essencialmente, empírico-indutiva, foi utilizado como método de análise a Teoria Fundamentada em Dados (TDF), que tem como objetivo gerar ideias teóricas novas ou hipóteses a partir dos dados analisados [12].

Após o processo de codificação e categorização, os dados foram agrupados através das conexões entre as categorias e subcategorias. A técnica central para busca de significados, conceitos, categorias e conexões foi a técnica da análise comparativa. A codificação seletiva

revelou as categorias centrais do fenômeno que se relacionavam com as categorias e subcategorias evidenciadas nas etapas anteriores [13]. Por se tratar de uma pesquisa documental cujos dados estão disponíveis em *sites* e base de dados de acesso público, não foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

A resolução de um problema ou necessidade de saúde constitui o ponto de partida para a geração de uma política pública. Quando uma necessidade em saúde torna-se prioritária e entra na agenda do Estado, inicia-se o primeiro ciclo de uma política [14].

Uma política pública de saúde é a resposta social do Estado diante das condições de saúde de uma população. No contexto da análise das políticas de saúde bucal, as categorias de análise dos documentos utilizadas foram: os objetivos, princípios orientadores, linhas estratégicas de intervenção, metas e diretrizes. Foram incluídas duas categorias que se referem às responsabilidades dos entes federativos nas Políticas, Planos ou Programas Nacionais de Saúde Bucal (PNSB) e uma descrição da organização da atenção odontológica no país, para complementar a análise.

Objetivos das Políticas de Saúde Bucal

Em 2017, após extinção do Programa Nacional “Argentina Sonrie”, a Argentina lançou o Programa Nacional de Reabilitação Bucal, que tem como objetivo geral reduzir a morbidade por doenças orais e melhorar a qualidade de vida da população. A justificativa para implantação do programa fundamentou-se na inacessibilidade da maioria da população aos serviços privados de saúde bucal, na baixa cobertura do seguro-saúde público para a atenção à saúde bucal e nas condições de saúde bucal apresentadas em pesquisas, com área de abrangência regional, que revelaram que somente 1% da população de idosos possui pelo ou menos 20 dentes [15, 16].

Na Bolívia, o Programa Nacional de Saúde Oral “Sonrisas Sanas – Vidas Saludables”, que iniciou suas atividades em 2009, tem como objetivo implementar políticas de saúde bucal no âmbito do Plano de Desenvolvimento Econômico e Social Nacional e do Plano Estratégico do

MS em todo o território nacional. A implantação do programa foi fundamentada nas condições de saúde bucal da população do país, reveladas no levantamento epidemiológico realizado pelo MS em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), divulgado em 2003, que evidenciou um CPOD de 4,7 para crianças de 12 anos de idade [17, 18].

O Brasil, a partir do ano 2000, inseriu a equipe de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) e a cobertura dos serviços odontológicos foi ampliada. Em 2004, o país publicou a Política Nacional de Saúde Bucal, que ficou conhecida como Programa Brasil Sorridente [19].

A política foi resultado de discussões em congressos e encontros de odontologia, nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal e com os coordenadores estaduais de saúde bucal. Fundamentou-se nos resultados dos levantamentos epidemiológicos nacionais sobre as condições de saúde bucal da população brasileira. O objetivo geral dessa política é ampliar e qualificar o acesso da população brasileira à atenção primária, secundária e terciária em saúde bucal [19].

A Colômbia, em 2006, publicou o Plano Nacional de Saúde Bucal, que contou com a participação dos prestadores de serviços de saúde e das entidades representativas dos cirurgiões-dentistas em sua construção. O Plano tem como principal propósito integrar os serviços de saúde bucal e o sistema de saúde para melhorar o acesso, a qualidade da atenção e as condições de saúde bucal. A justificativa para implantação do Plano está fundamentada na determinação social da saúde, que em seu texto-base cita que a saúde bucal da população está ligada a determinantes políticos, sociais e econômicos do país. Outro fator que colaborou para implantação do Plano foi a fragmentação e superespecialização da prática odontológica, além das condições de saúde bucal da população [20].

No caso da Guiana, não foram encontrados documentos ou atos normativos oficiais sobre a formalização da política de saúde bucal, entretanto foram evidenciadas informações sobre os serviços de saúde bucal no sítio eletrônico do MS. O principal objetivo dos serviços de saúde bucal da Guiana é garantir que a população mais vulnerável, em particular as crianças e adolescentes menores 18 anos de idade, de comunidades rurais ou áreas isoladas, melhorem a saúde bucal através de ações de promoção, prevenção e procedimentos curativos, relevantes, adequados, acessíveis e de baixo custo [21].

No contexto da Guiana Francesa, a cárie e doença periodontal atingem mais de um terço das crianças de seis anos de idade, cerca de 45% das crianças com até 12 anos e três quartos da população adulta. Há desigualdades nas condições de acesso aos serviços de saúde bucal, que variam conforme as condições socioeconômicas dos pacientes [22, 23]. Sob essa justificativa, em 2004, o governo francês instituiu a Política de Saúde Bucal da Guiana Francesa, que tem como principal propósito reduzir o índice de cárie em crianças e adolescentes e prevenir doenças bucais em grupos de risco [23, 24].

Em 2009, considerando as necessidades de saúde bucal apontadas no levantamento epidemiológico realizado em cooperação técnica com a OPAS, que evidenciou um Ceod em crianças de 5 anos de 5,57 e um CPOD em adolescentes de 12 e 15 anos de 2,79 e 4,34, respectivamente, foi publicado o Plano de Saúde Bucal do Paraguai, “Paraguay, país que promueve la salud bucal por el derecho de volver a sonreír”. O plano tem como objetivo principal melhorar as condições de saúde bucal da população mediante intervenções diferenciadas para distintos ciclos de vida: crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos [25].

O Plano Nacional de Saúde Bucal do Peru, lançado em 2005, tem o objetivo de melhorar a saúde bucal da população através de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação oral, oportunas, eficientes e de qualidade. Foi fundamentado no alto índice CPOD das crianças de 12 anos de idade, que atingiu 6 nos estudos epidemiológicos realizados na esfera nacional nos anos 2001-2002; na alta prevalência das doenças bucais, que atingia 90,4% da população, e na baixa cobertura dos serviços odontológicos que abrangiam 16% dos estabelecimentos de saúde [26].

No caso do Suriname, não foi identificado nenhum documento específico sobre o programa de saúde bucal desenvolvido pelo MS. As informações disponíveis foram evidenciadas em documentos que se referem à organização do sistema de saúde do país. O Programa de Atenção Odontológica é realizado em cooperação com a *Youth Dental Foundation* e foi implantado devido aos resultados do levantamento epidemiológico, realizado em 2002, que evidenciou um Ceod de 5,2 na faixa etária de 5 a 7 anos e um CPOD de 6,5 em adolescentes de 15 a 19 anos. O programa tem como objetivo melhorar as condições de saúde bucal da população de 0 a 18 anos vinculadas a instituições educativas [27].

No Uruguai, o Programa de Saúde Bucal foi instituído em 2008, no contexto da reforma sanitária ocorrida no país e da instituição do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). O programa tem como objetivo melhorar as condições de saúde bucal da população, utilizando como estratégia a APS e a abordagem territorial. O programa foi desenvolvido em cooperação com universidades e associações de profissionais de saúde bucal [28].

Na Venezuela, o Programa de Saúde Bucal “Misión Sonrisa”, implantado em 2006, no âmbito das Missões Sociais, tem como principal objetivo melhorar as condições de saúde bucal da população através da promoção de estilos de vida saudáveis. A implantação do programa foi fundamentada no baixo acesso aos serviços odontológicos da população com baixas condições socioeconômicas e nas condições de saúde bucal dos venezuelanos. A cada dez venezuelanos com mais de 25 anos de idade, sete apresentavam ausência parcial ou total dos dentes [29, 30,31].

Os países implantaram as políticas, programas ou planos de saúde bucal fundamentados na análise das condições de saúde bucal da população, que demonstraram alta prevalência das doenças bucais. O Suriname e Guiana não possuem documento específico dos programas de saúde bucal.

A maioria dos países formalizou as políticas, programas ou planos de saúde bucal por meio de resoluções. Entretanto, no Uruguai o programa de saúde bucal foi criado por meio de decreto, enquanto que na Guiana Francesa a política de saúde bucal foi oficializada por meio de lei. Bolívia, Brasil, Venezuela utilizaram documentos ou informes técnicos para publicação de suas políticas.

Princípios orientadores das Políticas de Saúde Bucal

Os princípios orientadores de uma política são conceitos ideológicos que permeiam, transversalmente, as políticas de saúde e se relacionam com a forma de organização dos sistemas de saúde, observando, ainda, a obediência das leis nacionais.

Alguns países, como Argentina, Bolívia, Guiana, Guiana Francesa, Peru e Suriname, não descrevem nos documentos consultados os princípios orientadores dos programas, planos e políticas de saúde bucal. Entretanto, considerando a análise dos documentos, além de outros

informes oficiais, foi possível deduzir em que princípios se baseiam os programas, planos e políticas implantados nestes países (Quadro 1).

No contexto das políticas, programas e planos de saúde bucal analisados, a universalidade, a equidade e a integralidade foram os princípios orientadores mais comuns. A universalidade se refere ao acesso universal dos aos serviços e ações de saúde bucal. Entretanto, nos países que possuem sistema de saúde baseado no seguro social o acesso universal contempla os cidadãos que possuem seguro-saúde e a população socialmente marginalizada, que não possui seguro-saúde, por meio do financiamento público.

Já nos países que possuem sistema universal de saúde (Brasil e Guiana), a universalidade do acesso contempla toda a população sem necessidade de copagamentos [19, 21].

A integralidade, na maioria dos países, consiste na ampliação do acesso à atenção secundária, atenção terciária e a procedimentos reabilitadores. Em alguns países como o Brasil, Colômbia e Guiana, esse princípio também compreende a atenção integral que abrange promoção da saúde, prevenção doença, procedimentos curativos, reabilitadores e apoio de indivíduos em suas necessidades físicas, psicológicas e sociais.

A equidade compreende a priorização da população com baixas condições socioeconômicas, grupos considerados de risco ou mais vulneráveis, população que vive em locais de difícil acessibilidade e, no caso dos países que possuem sistema de saúde baseado no seguro social, a população que não possui capacidade de pagamento do seguro.

Na Colômbia e no Paraguai, o princípio de equidade foi referenciado como disponibilização de serviços de saúde com qualidade igual, a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade de pagamento [20, 25].

A participação social consiste na participação da sociedade civil, entidades representativas de classe e conselhos de saúde na construção das políticas de saúde bucal, e foi citada como um dos princípios orientadores em cinco países.

O princípio da ética tem o objetivo de assegurar que toda ação seja guiada pelos princípios da ética em saúde e foi citado nos documentos do Brasil e Colômbia [19, 20]. Enquanto isso, o princípio da disponibilidade, que consiste na suficiência de recursos físicos, humanos, materiais, financeiros, logísticos e outros, só foi citado pela Colômbia e Guiana

Francesa [20, 24]. Os princípios supracitados são essenciais para a efetividade de qualquer política, entretanto a maioria dos países não considerou estes aspectos nas diretrizes orientadoras das políticas.

Já a progressividade consiste na garantia do direito à saúde sem retrocessos e a eficiência e qualidade na utilização racional de recursos para gerar resultados sustentáveis e prover uma atenção à saúde de qualidade. Esses princípios foram citados nos documentos da Colômbia [20].

A acessibilidade, princípio citado nos documentos da Colômbia, compreende o acesso a todos os cidadãos sem discriminação, a garantia do acesso aos recursos (econômicos, humanos, materiais e físicos) e as informações sobre os serviços. Já no Suriname consiste no objetivo de melhorar o acesso à atenção odontológica de grupos socialmente vulneráveis, que vivem em comunidades remotas [20].

O único país que citou como princípios orientadores da política o acolhimento, no sentido de enxergar o usuário em sua integralidade biopsicossocial, o vínculo, que consiste na responsabilidade sanitária pela população da área de abrangência dos serviços, e a responsabilidade profissional, garantindo respostas resolutivas, foi o Brasil [19].

Guiana e o Suriname apresentam uma característica singular que é a parceria com empresas privadas, Organização Não Governamental (ONG) e cooperação internacional com outros países para ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal. Já o Uruguai possui como característica marcante na contextualização do programa de saúde bucal o princípio da descentralização dos serviços de saúde bucal.

O fato de alguns países não descreverem ou citarem os princípios orientadores de seus programas ou políticas de saúde bucal e de não haver uma padronização na estrutura dos documentos foi um fator limitante na análise comparada das políticas, programas e planos de saúde bucal.

Quadro 1 – Quadro síntese sobre os princípios orientadores das Políticas de Saúde Bucal nos países da região de fronteira brasileira, 2018.

Princípios Orientadores	Argentina	Bolívia	Brasil	Colômbia	Guiana	Guiana Francesa	Paraguai	Peru	Suriname	Uruguai	Venezuela
Universidade											
Equidade											
Integralidade											
Participação Social											
Ética											
Acolhimento, vínculo e Responsabilidade profissional											
Disponibilidade											
Progressividade, Eficiência e qualidade											
Acessibilidade											
Cooperação com ONG ¹ e setor privado											
Descentralização											

Fonte: Elaboração própria. 1. ONG – Organização Não Governamental

Linhas estratégicas de intervenção

As linhas estratégicas de intervenção apresentadas nas políticas, programas e planos de saúde bucal envolvem aspectos do processo de trabalho e ações estratégicas que devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde bucal nos serviços de saúde.

Os documentos das PNSB da Bolívia, Guiana, Suriname, Paraguai e Venezuela não apresentavam em sua estrutura um tópico com a descrição das linhas estratégicas de intervenção. Entretanto, considerando os objetivos gerais e específicos foi possível categorizar as principais linhas estratégicas de intervenção adotadas por esses países. O acesso a procedimentos especializados reabilitadores e o fortalecimento da promoção e prevenção da saúde bucal são as estratégias de intervenção mais adotadas entre os países (Quadro 2).

A ampliação do acesso à atenção primária, secundária e terciária tem como objetivo garantir a realização de procedimentos clínicos mais complexos e conclusivos, garantindo atendimento das urgências e realização de ações de promoção da saúde.

Já a ampliação do acesso a procedimentos especializados reabilitadores consiste em programas especiais desenvolvidos pelos países para reabilitação protética.

O acesso universal aos serviços de saúde bucal nos países que possuem sistemas de saúde híbridos baseados no seguro social é garantido para os contribuintes do seguro-saúde e para grupos vulneráveis subsidiados pelo Estado. Entretanto, em alguns países, como a Argentina, o acesso universal da população é referente aos serviços de saúde bucal na APS.

A atenção à saúde bucal de grupos específicos foi evidenciada como linha estratégica de quatro países. Os grupos prioritários mais citados foram gestantes, crianças e adolescentes em idade escolar, pessoas com deficiência e com condições crônicas, idosos, pessoas com condições socioeconômicas vulneráveis.

A ampliação e qualificação da APS, citadas somente na PNSB do Brasil, consistem no aumento da carta de serviços ofertados neste âmbito de atenção, com a inclusão de procedimentos mais especializados e a regulação do acesso para outros pontos da rede de atenção à saúde.

Quadro 2 – Quadro síntese sobre as linhas estratégicas de intervenção das Políticas, Programas e Planos de Saúde Bucal nos países da região de fronteira brasileira, 2018.

Linhas estratégicas de intervenção	Argentina	Bolívia	Brasil	Colômbia	Guiana	Guiana Francesa	Paraguai	Peru	Suriname	Uruguai	Venezuela
Acesso à atenção secundária e terciária											
Acesso a procedimentos especializados reabilitadores											
Acesso universal											
Atenção à saúde bucal de grupos específicos											
Ampliação e qualificação da atenção básica											
Condições adequadas de trabalho											
Educação permanente e formação de recursos humanos											
Fortalecimento da gestão da saúde bucal											
Fortalecimento da promoção e prevenção da saúde											
Gestão participativa											
Incentivo à pesquisa											
Integralidade da atenção											
Interdisciplinaridade/ Multidisciplinaridade											
Intersetorialidade											
Redução de fatores de risco para as doenças bucais											
Regionalização											
Vigilância epidemiológica											

Fonte: Elaboração própria.

As condições adequadas de trabalho, como estratégia de intervenção, foram citadas somente na PNSB do Brasil, e têm como objetivo desenvolver políticas para suficiência de insumos, equipamentos e materiais de consumo, embora sejam essenciais para a garantia da efetividade das políticas de saúde [19]. A qualidade dos serviços prestados e os parâmetros para orientar o processo de trabalho são dependentes dessa estratégia.

A educação permanente e formação de recursos humanos foram citadas por quatro países. Na Guiana Francesa, Argentina e Venezuela consiste na capacitação dos cirurgiões dentistas inseridos nos serviços para realização da atenção à saúde. Já na Guiana, o foco é na formação de recursos humanos [21].

Embora não esteja citada como linha estratégica de intervenção, no Brasil a educação permanente dos trabalhadores da saúde bucal é um dos pressupostos da PNSB e tem como objetivo estabelecer mudanças na formação técnica dos profissionais para atender as necessidades da população e os princípios do sistema de saúde vigente.

O fortalecimento da gestão da saúde bucal foi citado com linha estratégica na Colômbia e tem o objetivo de fortalecer a gestão da saúde bucal nos níveis territoriais com participação dos atores relacionados [20].

O fortalecimento da promoção e prevenção da saúde foi a linha de intervenção mais citada nas PNSB. As ações de promoção e prevenção da saúde utilizadas como estratégias de intervenção compreendem a promoção de estilos de vida saudável, garantia de acesso à água tratada e fluoretada, fluoretação do sal, educação em saúde, acesso a dentrífcio fluoretado e escovas, prevenção e controle das doenças mais prevalentes.

A gestão participativa, citada em dois países, consiste na implantação de um Comitê Técnico de Saúde Bucal responsável pela implementação, monitoramento e avaliação do plano de saúde bucal em parceria com o Comitê Consultivo em Saúde Bucal, que prevê participação da sociedade civil, no Peru [26], enquanto que, no Uruguai, a sociedade civil organizada é convocada para participar da identificação e priorização de situações relacionadas com problemas de saúde bucal [28].

O incentivo à pesquisa foi evidenciado nas PNSB da Colômbia, que promove o fomento de pesquisas de acordo com as necessidades do país, e no Peru, que realiza cooperação internacional para desenvolver estudos epidemiológicos em relação à fluoretação

do sal e água no país [20,26]. No Brasil, o incentivo a pesquisa é um dos pressupostos da PNSB, entretanto não foi citado como linha estratégica de intervenção.

Essencial para o cuidado em saúde, a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo envolvem a integração de diferentes saberes profissionais, de forma a compreender o indivíduo como um todo e foi citada como estratégia de intervenção somente no Brasil [19].

Já a integralidade da atenção foi referenciada como a necessidade de promover ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, nos níveis individual e coletivo na atenção à saúde bucal, e foi citada como linha estratégica de intervenção no Brasil e Uruguai.

Bolívia, Brasil e Venezuela, recomendaram a intersetorialidade como estratégia para envolver diferentes setores no planejamento das ações de promoção de saúde, visto que a saúde é influenciada por determinantes sociais, econômicos e culturais.

A estratégia de regionalização foi citada no PNSB da Argentina como ferramenta para descentralizar os serviços de saúde bucal.

A vigilância epidemiológica, citada em quatro países, compreende a melhoria dos processos de gestão da informação e análise de situação de saúde bucal. A melhoria de processos de gestão de informação é de suma importância para monitoramento dos resultados das políticas e indicadores que expressem as condições de saúde bucal da população.

Metas das Políticas de Saúde Bucal

As metas são frações dos indicadores e devem possuir uma base mensurável para avaliação em quantidade e qualidade da implantação de uma política, programa ou plano de saúde [32].

Considerando o conceito supracitado, os documentos da Bolívia, Brasil e Paraguai não apresentaram metas mensuráveis e sim diretrizes, descritas nos tópicos anteriores, para organização do processo de trabalho e atenção odontológica (Quadro 3).

Entretanto, no Paraguai, programas executados pelo MS (“Salvemos el primer molar” e “Volver a sorier”) apresentaram indicadores de processo e resultados, o que facilita o processo de monitoramento e avaliação do impacto destes programas [33].

Já a Argentina, Suriname, Guiana Francesa e Uruguai apresentaram nos documentos consultados metas qualitativas e quantitativas para avaliar a implantação das PNSB. Entretanto, Colômbia, Guiana, Peru, Venezuela apresentaram metas qualitativas que podem ser apoiadas por indicadores para avaliação das PNSB (Quadro 3).

Quadro 3 – Quadro síntese sobre metas das Políticas de Saúde nos países da região de fronteira brasileira, 2018.

Tipo de Metas	AR	BO	BRA	CO	GUI	GUI FR	PA	PE	SUR	UR	VE
Diretrizes											
Indicadores de processo e resultados											
Metas qualitativas e quantitativas											
Metas para cada linha estratégica											
Metas mensuráveis para diminuição da prevalência de cárie											
Metas qualitativas											
Metas e indicadores para cada objetivo											

Fonte: Elaboração própria.

Na Argentina, as províncias têm autonomia para estabelecer metas regionais, entretanto metas nacionais, por exemplo, realizar atenção odontológica em unidades móveis,

entregar 8.000 próteses e incorporar maiores de 18 anos com perdas dentárias no programa, foram observadas [15].

A Colômbia, para cada linha estratégica de intervenção, o documento apresentou metas, o que facilita o processo de monitoramento e avaliação da política em estudos e pesquisas futuras. Entretanto, algumas metas estabelecidas são qualitativas. Outras metas apresentadas na PNSB implicam na criação de um produto ou processo, como a criação de um banco de investigações em Saúde Bucal que permita monitorar os resultados [20].

Na Guiana, as principais metas da PNSB evidenciadas foram a formação de recursos humanos em odontologia, para suprir as necessidades dos serviços, e a implantação de novas clínicas dentárias públicas, em parceria com universidades [21].

A Guiana Francesa possui como principal meta reduzir em 30%, em 5 anos, o índice de cárie das crianças de 6 a 12 anos. A consulta odontológica de prevenção em saúde bucal e a execução do tratamento das necessidades apontadas no exame para esse público são cobertas 100% pelo seguro-saúde sem necessidade de copagamentos [23].

O documento do Peru apresenta os resultados esperados que se constituem nas metas do plano de saúde bucal. Reduzir as doenças bucais na população peruana, especialmente na população que vive em situação de pobreza; fortalecer as competências nos diferentes níveis de governo em relação à saúde bucal; e estabelecer o perfil epidemiológico de saúde bucal foram alguns dos resultados esperados na política [26].

O programa desenvolvido pelo MS do Suriname em parceria com a *Youth Dental Foundation* apresentou as seguintes metas para o período 2011-2018: fortalecer a capacidade nacional para implementação do programa; ampliar os serviços odontológicos para 40 unidades dentárias localizadas em todas as regiões de saúde; atender anualmente 40.000 crianças e adolescente; e descentralizar os serviços para o interior do país [27].

O Uruguai elencou metas e indicadores para cada objetivo do programa. Os indicadores direcionam o processo de monitoramento e avaliação da política. Dentre esses indicadores, destacam-se: os indicadores epidemiológicos relacionados às doenças bucais; indicadores de cobertura assistencial para gestantes e crianças de 0 a 36 meses; indicadores de cobertura, de participação da comunidade; indicadores de qualificação dos profissionais e sobre o fomento e incentivo à pesquisa [28].

Na Venezuela, o PNSB estipulou como meta incorporar recursos humanos em saúde bucal ao programa e metas anuais para procedimentos de aplicações de flúor, consultas odontológicas e controle de placa [34]. No programa “Misión Sonrisa”, cada estado e cada missão devem construir um plano, fundamentado em dados estatísticos e científicos, de curto, médio e longo prazo, para atenção odontológica [31].

A maioria dos países apresentou metas qualitativas e quantitativas para avaliar e monitorar suas políticas, programas ou planos de saúde bucal. Destaque para o Paraguai, que apresentou indicadores de processo e resultado, a Colômbia, que, para cada linha estratégica, apresentou uma meta, a Guiana Francesa, com uma meta mensurável para diminuição da prevalência de cárie, e o Uruguai, que apresentou metas e indicadores para cada objetivo do programa.

Entretanto, para saber se uma política de saúde atingiu seus propósitos, metodologias de avaliação devem contemplar a estrutura (recursos empregados e organização), os processos (serviços e bens produzidos), os resultados (impacto obtido) e a qualidade dos serviços ofertados [35].

Em outra perspectiva, as políticas podem enunciar diretrizes para organização dos serviços e processo de trabalho que se constituem em *guidelines* para a construção de metodologias e indicadores de monitoramento e avaliação e/ou pesquisas avaliativas.

Responsabilidades dos entes federativos na Política Nacional de Saúde Bucal

Os países da região de fronteira têm denominações específicas para cada subdivisão administrativa dos seus Estados, embora mantenham semelhanças entre si. O Brasil e a Venezuela possuem como entes federativos a União (governo federal), Estados e Municípios.

Na Argentina, as províncias equivalem à primeira subdivisão político administrativa do governo federal, que, por sua vez, são subdivididas em municípios. Bolívia, Colômbia, Paraguai e Uruguai denominam de departamentos as subdivisões políticas administrativas equivalentes aos estados brasileiros e províncias argentinas. Os departamentos desses países são subdivididos em unidades territoriais equivalentes aos municípios. Na Bolívia e Peru, os municípios são denominados províncias.

O Peru e a Guiana nomeiam de regiões as unidades territoriais equivalentes aos estados brasileiros, que no Suriname são chamados de distritos. Já a Guiana Francesa é uma das regiões do Estado francês e denomina as unidades territoriais equivalentes aos municípios brasileiros de departamentos.

Dito isso, cada ente federativo possui responsabilidades em relação aos planos, programas e políticas de saúde bucal. Em todos os países da região de fronteira, com exceção da Guiana Francesa, o MS tem como responsabilidades implementar, coordenar, monitorar e financiar as políticas e programas públicos de saúde bucal.

Na Argentina, as províncias possuem MS descentralizados e são responsáveis pelos recursos humanos e manutenção dos equipamentos para operacionalização do programa de saúde bucal, entretanto têm autonomia para estabelecer metas e prioridades para a organização da atenção em saúde em seus municípios [15, 36, 37].

No Brasil, o financiamento da PNSB é compartilhado entre governo federal, estados e municípios. Os estados, por meio das regiões de saúde, definem em consenso com os municípios a oferta de serviços, fluxo de usuários para acesso a atenção secundária e terciária em saúde bucal. Os municípios são responsáveis pela APS e executam, operacionalizam a PNSB, garantindo a infraestrutura necessária e recursos humanos ao funcionamento dos serviços.

Na Bolívia, os serviços departamentais de saúde realizam as mesmas funções do nível central. Os departamentos e municípios podem financiar ações e programas de saúde com recursos próprios, observadas as diretrizes do programa nacional de saúde bucal [18, 38].

Já os departamentos regionais da Colômbia planejam e definem metas dos planos de saúde bucal da região e oferecem apoio técnico aos municípios para operacionalizar a política no setor público. Realizam monitoramento e vigilância das ações das entidades prestadoras de serviço ao seguro-saúde [39].

Na Guiana, a operacionalização dos programas e serviços de saúde bucal é realizada em cada região por intermédio das Agências Regionais de Saúde (ARS), ou através da administração direta do MS nas regiões que não possuem ARS [40].

O MS do Estado francês é responsável pela formulação, coordenação, financiamento e monitoramento da PNSB da Guiana Francesa. A ARS, que é o órgão gestor do sistema de

saúde nas regiões francesas, implementa as políticas de saúde nas regiões, considerando as especificidades de cada região e dos seus territórios [9].

No Paraguai, a implementação e execução do plano é de responsabilidade dos departamentos regionais de saúde, que se localizam em cada departamento do Estado paraguaio, e dos estabelecimentos de administração direta do MS que possuam serviços odontológicos [25].

Os departamentos regionais de saúde do Peru, e os serviços de administração direta do MS são gestores dos recursos repassados pelo governo federal e organizam a oferta de serviços em parceria com os municípios. Os municípios são responsáveis pelos cuidados primários em saúde [41, 42].

O Suriname possui uma especificidade. Nesse país, o MS é responsável pelo financiamento dos serviços odontológicos que são executados por uma ONG. Os Serviços Regionais de Saúde (SRS), localizados nos distritos do país, são responsáveis pela direção, coordenação e monitoramento do plano em nível regional, e centros de saúde [27].

No Uruguai, a regulação dos serviços de saúde é feita pelo MS e a gestão e prestação de serviços do seguro-saúde pela Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE). A gestão dos recursos financeiros do Seguro Nacional de Saúde é feita por um conselho, a Junta Nacional de Saúde (JUNASA). Esse órgão também estabelece mecanismos de referência e contrarreferência entre os prestadores no Sistema Nacional Integrado de Saúde [43].

Na Venezuela, os estados são divididos Áreas Comunitárias de Saúde Integral (ASIC) que são regiões compostas por um conjunto de municípios que ofertam atenção primária, secundária e terciária em saúde. Os Departamentos de Saúde Integral coordenam e organizam a rede de atenção de cada ASIC. A saúde bucal integra a rede de atenção especializada [44].

Atenção à saúde bucal

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam os sistemas de saúde de um país [45].

O financiamento da atenção à saúde nos sistemas de saúde na maioria dos países da região de fronteira brasileira é baseado no seguro social. As principais fontes de recursos são contribuições de trabalhadores e empresas, recursos do Estado, normalmente provenientes de impostos, e em alguns países fontes específicas como receitas internacionais ou *royalties* de empresas estatais. Já os países que possuem sistema universal (Brasil e Guiana) de saúde têm como principal fonte de financiamento os recursos do Estado, provenientes dos impostos.

Ações de promoção da saúde e cuidados primários em saúde são as ações e serviços públicos mais ofertados. Prótese e cirurgia buco-maxilo-facial (CBMF) são as especialidades mais ofertadas na atenção odontológica pública e a Unidade Odontológica Móvel (UOM) é a estratégia utilizada para atender a populações pobres, em comunidades de difícil acesso (Quadro 4).

Na Argentina, a atenção odontológica aos afiliados ao seguro de saúde se dá através de consultórios odontológicos vinculados às *Obras Sociales*, que são responsáveis pela assistência à saúde dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Seguro Social. Existem diversos tipos de OS que se diferenciam, em relação aos serviços cobertos e o valor de contribuições mensais, de acordo com a categoria profissional [47].

Os contribuintes têm direito a uma carta básica de serviços, o Plano Médico Obrigatório (PMO), que abrange procedimentos básicos (consulta odontológica, atendimento as urgências, procedimentos preventivos, cirurgias, restaurações) e alguns procedimentos especializados como procedimentos endodônticos e periodontais, mantenedores de espaço para crianças até oito anos e radiografias [47].

Programas executados pelo MS ofertam próteses totais removíveis, para população acima de 18 anos, além de ações de prevenção de câncer bucal. Ações de promoção e prevenção da saúde bucal são ofertadas no Programa Nacional de Saúde Escolar para crianças e adolescentes. Procedimentos básicos de saúde são ofertados na rede de estabelecimentos do Ministério da Saúde para grupos sem capacidade de pagamento do seguro-saúde e grupos específicos. E algumas províncias ofertam programas específicos de saúde bucal [15, 48].

Na Bolívia, o acesso à atenção odontológica contempla beneficiários do seguro-saúde e o MS oferta cobertura integral a gestantes, crianças até cinco anos, idosos, mulheres em idade fértil, pessoas com deficiência, adultos e crianças com HIV/Aids e a população com baixas condições socioeconômicas sem capacidade de pagamento seguro-saúde [49]. UOM

realizam atendimento em comunidades de difícil acesso a crianças e adolescentes, idosos e reabilitação protética em adultos acima de 54 anos [17, 18].

A atenção à saúde bucal possui como porta de entrada a APS, que oferta nos Centros de Saúde de Atenção Integral, vinculados ao MS, procedimentos básicos. Procedimentos endodônticos e periodontais, cirurgias bucais e radiografias são ofertados na atenção secundária em policonsultórios. Hospitais de grande porte e especializados ofertam serviços na atenção terciária [49].

O Brasil oferta cobertura universal à atenção odontológica. A porta de entrada preferencial do sistema de saúde é a APS que oferta procedimentos básicos à população de uma área definida. A atenção secundária é realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que ofertam procedimentos especializados nas áreas de endodontia, periodontia, CBMF, atendimento às pessoas com deficiência e, em alguns casos, ortodontia. A atenção terciária é realizada em hospitais de médio e grande porte, mas ainda é um desafio para o sistema de saúde [50].

UOM realizam atenção odontológica em municípios ou localidades de difícil acesso geográfico. Laboratórios Regionais de Prótese Dentária foram implantados e realizam reabilitação protética, podendo ser implantados em municípios de qualquer base populacional [51].

Na Colômbia, o acesso à atenção odontológica contempla beneficiários do seguro-saúde e o MS oferta, por meio de regime subsidiado, cobertura integral para crianças e adolescentes, gestantes, vítimas de violência, idosos e pessoas com deficiência e condições crônicas. Consultórios odontológicos vinculados ao seguro-saúde ofertam uma carta básica de serviços, Plano Obrigatório de Saúde (POS), que incluem procedimentos clínicos básicos e prótese total (para pessoas com renda até dois salários mínimos e pessoas com seguro-saúde subsidiado pelo Estado). Tratamentos de periodontia, ortodontia, implantodontia, prótese e clareamento dental não são cobertos pelo POS [52].

Os afiliados realizam copagamentos para serviços especializados não cobertos pelo plano. População que comprove pobreza é subsidiada pelo Estado e está isenta de copagamentos [53].

PAÍS	Promoção da saúde	APS	Prótese	Endodontia	Periodontia	CBMF	Ortodontia	At. Pessoa Deficiência	Rx	UOM	At.Terciária
AR ¹											
BO ¹											
BRA											
CO											
GUP ²											
GUIFR											
PA ¹											
PE ¹											
SUR ¹											
UR ¹											
VE											

Fonte: Elaboração própria.

1. Para crianças e adolescentes, população em situação de pobreza sem capacidade pagamento do seguro-saúde, idosos, grupos de risco de saúde.
2. Prioriza a população escolar. Em nível regional, a atenção odontológica abrange procedimentos especializados.

Na Guiana, os Centros de APS ofertam procedimentos básicos em comunidades rurais e cidades de difícil acesso. As ARS, sociedades anônimas contratadas pelo MS, prestam serviços de saúde em algumas regiões e ofertam procedimentos especializados (CBMF, diagnóstico de câncer bucal) nos centros especializados e hospitais regionais. Cirurgiões-Dentistas cubanos trabalham nos consultórios odontológicos da APS e estabelecimentos especializados da região [21].

A atenção odontológica na Guiana Francesa oferta cobertura integral do tratamento, por meio do seguro-saúde, para crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e baixas condições socioeconômicas, em um consultório odontológico livremente escolhido pela família. Para os outros casos e para adultos, o acesso aos serviços odontológicos se dá através de copagamentos. O valor do reembolso é determinado pelo seguro-saúde. Procedimentos especializados não são cobertos pelo seguro-saúde [54].

No Paraguai, o acesso da população pobre e sem seguro-saúde se dá na rede de estabelecimentos do MS, que é composta por Centros de Saúde de APS, Centros de Referência em Especialidades Odontológicas (CREO) e Hospitais que oferecem procedimentos especializados em saúde bucal. Programas de prevenção são ofertados pelo MS a crianças de 5 a 8 anos. Os procedimentos clínicos desses programas são realizados na APS e UOM [33, 55].

No Peru, a adesão ao seguro-saúde é obrigatória, por meio de regime contributivo ou subsidiado pelo Estado. O Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS) oferta procedimentos preventivos, procedimentos básicos odontológicos e radiografias. Cirurgia, procedimentos endodônticos, ortodônticos e periodontais são ofertados em clínicas especializadas do MS e consultórios vinculados ao seguro-saúde [56]. O MS oferta ações de prevenção em saúde e procedimentos básicos para crianças e adolescentes que são realizadas em UOM e reabilitação protética para idosos em situação de pobreza [57, 58].

A atenção odontológica do Suriname ocorre em serviços montados em escolas primárias e nos estabelecimentos regionais de saúde. O acesso de crianças e adolescentes é subsidiado pelo Estado e executado por uma ONG. O Estado oferta atenção odontológica em serviços de APS e estabelecimentos regionais e hospitais para pessoas de elevado risco social. Para adultos, o acesso se dá no setor privado [27].

No Uruguai, a atenção odontológica é ofertada aos contribuintes do seguro-saúde e os grupos populacionais que possuem seguro subsidiado pelo Estado (gestantes, crianças,

adolescentes, pessoas com deficiência e com doenças ou condições crônicas). Os serviços públicos de saúde bucal uruguaio se caracterizam pela oferta de atendimento sem custo direto de procedimentos básicos nos Centros de APS, e procedimentos preventivos. Mecanismos de referência e contrarreferência regulam o acesso para atenção secundária e terciária [59].

Na Venezuela, afiliados ao seguro-saúde têm acesso a procedimentos curativos e preventivos odontológicos em uma rede de estabelecimentos vinculadas ao seguro-saúde [60]. A atenção odontológica pública é realizada nas Missões Bairro Adentro, modelo de atenção à saúde na APS do país. Equipes de saúde bucal compõem a equipe multidisciplinar de alguns dos consultórios populares (CP) na APS. Os Consultórios Odontológicos Populares (COP) são responsáveis pela atenção à saúde bucal na área de abrangência de 4 a 8 CP e nos que possuem mais de 1 cadeira odontológica são ofertados procedimentos especializados [44].

Nos países que possuem sistema de saúde baseado no seguro social, afiliados ao seguro-saúde têm acesso a procedimentos básicos e alguns procedimentos especializados. Os procedimentos não cobertos pelo plano são ofertados em sistema de copagamento ou reembolso parcial ou integral e desembolso direto. Cobertura integral é subsidiada pelo Estado para a população que não tem condições de pagar seguro ou grupos específicos. Tratamentos dos afiliados do seguro-saúde são realizados em consultórios odontológicos vinculados ao seguro-saúde ou na rede de estabelecimentos própria do seguro.

Considerações finais

As políticas de saúde bucal nos países da região de fronteira brasileira foram implantadas com o objetivo principal de melhorar as condições de saúde bucal da população e o acesso à atenção odontológica. A universalidade, a equidade e a integralidade foram os princípios orientadores mais comuns nessas políticas.

No rol das linhas estratégicas de intervenção, o acesso a procedimentos especializados reabilitadores e o fortalecimento da promoção e prevenção da saúde bucal são as estratégias de intervenção mais adotadas entre os países.

Em relação aos resultados esperados com a implantação das políticas, os países apresentaram metas e indicadores com a finalidade de monitorar e avaliar a estrutura, os processos e os resultados obtidos. Entretanto, a Bolívia, Brasil e Paraguai enunciaram

diretrizes para organização dos serviços e processo de trabalho que se constituem em *guidelines* para a construção de metodologias e indicadores de monitoramento e avaliação.

Já no tocante aos entes federativos, o MS tem como responsabilidades implementar, coordenar, monitorar e financiar as políticas de saúde bucal, enquanto que as regiões, estados e províncias executam e operacionalizam as PNSB e têm certa autonomia para organizar a atenção à saúde bucal, observadas as leis nacionais. No Brasil e Peru, os municípios gozam dessa mesma prerrogativa. Financiamento compartilhado entre União, Estados e Municípios foi evidenciado no Brasil, Bolívia e Argentina.

A atenção à saúde bucal possui como porta de entrada preferencial a APS ou consultórios odontológicos vinculados ao seguro-saúde. Nos países que possuem sistema de saúde baseado no seguro social, a população beneficiária do seguro tem acesso a procedimentos básicos e alguns procedimentos especializados que, geralmente, exigem copagamentos. O Estado oferta cobertura integral por meio de rede de estabelecimentos própria ou financiamento do seguro-saúde para população socialmente marginalizada ou grupos específicos, principalmente para crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

O Brasil é o único país em que o acesso à atenção odontológica é universal, sem necessidade de copagamentos, na atenção primária, secundária e terciária. A Guiana, embora possua sistema universal de saúde, oferta cobertura odontológica para grupos específicos como crianças e adolescentes e em áreas de difícil acesso.

Na Bolívia, Brasil, Peru e Paraguai, as UOM são financiadas pelo MS para prover atenção em áreas de difícil acesso e com pouca infraestrutura dos serviços de saúde. Na maioria dos países, o MS financia programas especiais de reabilitação protética para população adulta com baixas condições socioeconômicas. A atenção terciária é pouco citada e pouco estruturada nos países da região de fronteira. Está centralizada em hospitais de grande porte nos grandes centros urbanos.

A participação da sociedade na construção das políticas de saúde bucal é incipiente. Alguns países destacam que universidades, entidades de classe e gestores participaram da construção das políticas, entretanto não menciona a participação da sociedade.

Com exceção da Guiana Francesa, as políticas, programas ou planos de saúde bucal dos países foram instituídos por meio de atos normativos jurídicos que podem ser revogados a qualquer momento, o que gera uma insegurança em relação à sua continuidade.

Um outro ponto que merece destaque é a necessidade de fortalecimento da cooperação internacional em saúde entre os países para garantir à população que vive em áreas remotas, como a região de fronteira, que possa ter acesso aos serviços de saúde bucal.

Pesquisas que analisem, comparativamente, os impactos dessas políticas nas condições de saúde bucal da população dos países que as implantaram são imprescindíveis, pois somente a definição dos objetivos e *modus operandi* não são suficientes para determinar se uma política trará ou não benefícios para a sociedade.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Cartografia. Área territorial brasileira. [acesso em 2017 jul.20]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm.
2. Seitenfus R. Relações internacionais. 2ª ed. Barueri, São Paulo: Editora Manole; 2013.
3. Ferreira CMPG, Mariani MAP, Braticevic SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. Saude soc. 2015; 24(4): 1137-1150.
4. Lucchese PTR. (coord.). Políticas Públicas em Saúde Pública. São Paulo: Ibireme/Opas/Oms; 2002.
5. World Health Organization (Who). 160th Session of the Executive Committee. Washington, D.C.; Who; 2017.
6. World Health Organization (Who). Technical information note. Sugars and dental caries. Washington, D.C: Who; 2017.
7. World Health Organization (Who). Oral Health Programme. [acesso em 2018 fev 18]. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/en/.
8. Ciavatta M. Compared studies: epistemology and historicity. Trab. educ. saúde, 2009; 7(supl. 1): 129-151.
9. Agence Régionale de Santé de Guyane (Guyane). Projet Régional de Santé Guyane 2011-2015. Cayenne: Agence Régionale de Santé de Guyane; 2011.
10. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 154-214.
11. Cellard AA. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
12. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed;2009.

13. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*. 1990;13(1):3-21.
14. Viana ALA, Baptista TWF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LDVC, Carvalho JN, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ed.rev.amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. p. 59-88.
15. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Bucodental. [acceso em 2017 jun 20]. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/592-direccion-nacional-de-salud-bucodental>.
16. Argentina. Resolución n°. 1828, 18 de outubro de 2016. Derogación de las Resoluciones Ministeriales n° 2250/2014 creación del “Programa Nacional Argentina Sonríe” y la Resolución Ministerial. Ministerio de Salud. Boletín Oficial. Buenos Aires; 2016 out. 18.
17. Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia). Boletim informativo. Brindando Salud Oral. Proyecto Prevención de Salud Oral a Nivel Nacional. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2012.
18. Bolivia. Programa Nacional de Salud Oral. Informativo. Programa Nacional De Salud Oral. [acceso em 2017 abr 25]. Disponível em: <http://saludoral.minsalud.gob.bo/Boletín>
19. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Colombia. Resolución n° 3577, de 28 de setembro de 2006. Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB. Ministerio de Salud y Protección Social. Diario oficial. Bogotá; 2006 set. 28.
21. Guiana. Ministry of Public Health. Dental Health Services. [acceso em 2017 mai 28]. Disponível em: <http://www.health.gov.gy/index.php/programmes/dhst>.
22. Delar H. La santé bucco-dentaire des enfants de 6 à 15 ans en Guyane : disparités entre les zones rurales et urbaines ?. [doctorat]. Collège des Sciences de la Santé UFR des Sciences Odontologiques. Bordeaux, France: Université de Bordeaux; 2015.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé (France). Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2006.
24. Ministère des Solidarités et de la Santé (France). Santé bucco-dentaire: principales données. [acceso em 2017 ago 05]. Disponível em: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf.
25. Paraguay. Resolución n° 568, 11 de agosto de 2009. Por la cual se dispone la gratuidad universal de las consultas odontológicas e procedimientos. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Gaceta Oficial. Assuncion; 2009 ago. 11.
26. Peru. Resolución Ministerial n°538, de 14 de Julio de 2005. Aprova el Plan Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud. El Peruano. Normas Legales. Lima; 2005 jul. 14.
27. Ministerie van Volksgezondheid (Suriname). National Health Sector Plan 2011 - 2018. Paramaribo: Ministerie van Volksgezondheid; 2011.
28. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Programa Nacional de Salud Oral. 2008. [acceso em 2017 jun 12]. Disponível em: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PROGRAMA_SALUD_BUCAL_2008.pdf

29. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Saúde nas Américas: Panorama regional e perfil de países. Brasília: Opas; 2012.
30. Venezuela. Misiones Bolivarianas. Ministerio de Comunicación e Información. Caracas: MINCI; 2007.
31. Venezuela. Misiones Bolivarianas. Ministerio de Comunicación e Información. Caracas: MINCI, 2014.
32. Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.
33. Ministerio de Salud Publica y Bienstar Social (Paraguay). Direccion de Salud Bucodental. [acceso 2017 mai 28]. Disponível em: <http://www.mspbs.gov.py/bucodental/>.
34. Venezuela. Resolución n° 329, de 16 de agosto de 2005. Ministério de Salud. Se designa los integrantes de la comisión de licitaciones para adquisición de equipos médicos y materiales odontológicos dirigidos a la Coordinación Nacional del Programa de Salud Bucal Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Caracas; 2005 ago. 16.
35. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine. 1990; 114(11): 1115-1118.
36. Argentina. Decreto 580, de 15 de abril de 2015. Modifica parcialmente el esquema organizativo aprobado por el Decreto N° 1343/07. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2015 abr. 15.
37. Cejas C. Redes, otra manera de pensar la salud : consolidando los proyectos provinciales 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014.
38. Ministerio de Salud y Desportos (Bolivia). Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel. Documentos técnicos normativos. La Paz: Ministerio de Salud y Desportos; 2013.
39. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
40. Ministry of Health (Guyana). Strategic Plan: NCD Prevention and Control 2013 - 2020. Georgetown: Ministry of Health Guyana; 2013.
41. Ministerio de Salud (Peru). Documento técnico. El modelo de atención integral de salud. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
42. Ministerio de Salud (Peru). Directorio Institucional. Dirección de Salud Bucal. [acceso 2017 jun. 16]. Disponível em: <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/directorioinstitucional/default.asp>.
43. Uruguay. Decreto n° 272, de 08 de agosto de 2007. Proyecto de reformulación de la estructura organizativa y de puestos de trabajo do Ministerio de Salud Publica. Diario Oficial de Uruguay. Montevideo; 2007 ago. 08.
44. Venezuela. Resolución n° 400, 13 de agosto de 2015. Clasificación de los Establecimientos que conforman el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), en el Primer Nivel de Atención Médica e instaurarán la Red de Atención Comunal de Salud. Gaceta Oficial. Caracas; 2015 ago. 13.

45. Matta GC, Morosini MVG. Atenco à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educao profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politcnica de Saúde Joaquim Venncio; 2009. p.39-44.
46. Ministerio de Salud (Argentina). Capacitación en Salud Social y Comunitaria para Profesionales. Módulo 5 - Políticas de Salud. [acceso 2017 fev 15]. Disponible em: <http://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/material-bibliografico>
47. Argentina. Resolución n 201, de 09 de abril de 2002. Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1 de la Ley N 23.660. Ministerio de Salud. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2002 abr. 09.
48. Argentina. Resolución n. 439, de 16 de Mayo de 2008. Créase en el mbito de la unidad ministro de este Ministerio el Programa Nacional de Sanidad Escolar (ProSanE) Apruébase la estructura organizativa de segundo nivel operativo del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2008 may 16.
49. Bolivia. Ley n 475, de 30 de diciembre de 2013, ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial de Bolivia. La Paz: 2013 dic. 30.
50. Ministerio da Saúde (Brasil). Departamento de Atenco Básica. Brasil Sorridente. [acceso 2017 out 24]. Disponible em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php
51. Brasil. Portaria n 2.371, de 7 de outubro de 2009. Institui, no mbito da Política Nacional de Atenco Básica, o Componente Mvel da Atenco à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Mvel - UOM. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2009 out. 09.
52. Colombia. Resolución n 5521, de 27 de dezembro de 2013. Por la cual se define clara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial. Bogotá; 2013 dez. 27.
53. Colombia. Ley estatutaria n 1751, de 16 de febrero de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C., 16 de febrero de 2015. 2015.
54. Direction de la recherche, des tudes, de lvaluation et des statistiques (Drees). Santé bucco-dentaire des enfants: des inégalités ds le plus jeune ge. Études et Résultats. Dress, 2013; 847: 1-6.
55. Ministerio de Salud Publica y Bienstar Social (Paraguay). Dirección de Salud Bucodental. Descripción operativa del programa "Salvemos al primer molar". Assuncion: Dirección de Salud Bucodental; 2010.
56. Ministerio de Salud (Peru). Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal. Lima: Minsa; 2014.
57. Peru. Decreto Supremo n 005-2016-SA, de 10 de febrero de 2016. Que aprueba el Plan de Intervención de Salud Bucal - 2016. El Peruano. Normas Legales. Lima; 2016 feb. 10.

58. Peru. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Documento Técnico: Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”. Lima: Minsa, 2012.
59. Uruguay. Ley nº 18.131, 18 de mayo de 2007. Creación del Fondo Nacional de Salud. Diario Oficial de Uruguay. Montevideo; 2007 may.31.
60. Bonvecchio A, Becerril-Montekio, V, Carriedo-Lutzenkirchen Á, Landaeta-Jiménez, M. Sistema de salud de Venezuela. Salud Pública de México. 2011; 53 (supl.2): s275-s286.

CAPÍTULO 4 – Cooperação internacional em saúde nos países que compõem a fronteira brasileira

Resumo

Contexto: A cooperação Internacional em saúde (CIS) consiste em acordos bilaterais ou multilaterais que se estabelecem entre as nações ou são realizados entre países e organizações internacionais (OI). No contexto brasileiro, as comunidades fronteiriças são os primeiros espaços territoriais a vivenciarem os efeitos da CIS. Este artigo analisa a CIS nos países e território da região de fronteira brasileira. **Métodos:** Optou-se por uma pesquisa comparativa, documental e explicativa, com abordagem qualitativa. A teoria fundamentada em dados foi utilizada como método de análise das informações. O universo de análise foram documentos oficiais nacionais dos países e território que compõem a região de fronteira e de OI. Foram selecionados 196 documentos para compor o *corpus* empírico da pesquisa. **Resultados:** Os resultados apontaram que a CIS entre os países da região de fronteira brasileira tem como principais objetivos melhorar o acesso da população às ações e serviços de saúde e a provisão de recursos humanos em saúde. A compra conjunta de medicamentos, as redes de vigilância em saúde, as redes de colaboração entre instituições de ensino e a harmonização de medidas legislativas para enfrentar riscos em saúde são exemplos de estratégias de CIS intermediadas pela Organização Pan-Americana de Saúde e por OI de integração econômica. Iniciativas de criação de sistema de saúde binacionais foram evidenciadas entre os países da região de fronteira e com países externos como Cuba e França. A criação de sistemas de saúde transnacionais está em fase de discussão e é intermediada por OI de integração econômica. **Conclusões:** Os países da região de fronteira brasileira demonstram abertura e solidariedade para ações de CIS, entretanto a garantia do acesso da população fronteiriça a uma rede de serviços em saúde compartilhada é um processo lento porque envolve muitos atores e sistemas de saúde com diferentes fontes de financiamento e formas de organização.

Palavras-chave: Cooperação Internacional. Saúde na Fronteira. Sistemas de Saúde. Cooperação Técnica. Cooperação Sul-Sul.

Abstract

Background: International cooperation in health (ICH) consists of bilateral or multilateral agreements established between nations or between countries and international organizations (IO). In the Brazilian context, border communities are the first territorial spaces to experience the effects of ICS. This paper analyzes the ICH in the countries and territory of the Brazilian frontier region. **Methods:** We opted for a comparative, documental and explicative research with a qualitative approach. The grounded theory was used as method of information analysis. The universe of analysis were documents official national of countries and documents of international organizations of the countries and territories that make up the Brazilian border region. We selected 196 documents to compose the empirical corpus of the research. **Findings:** The results showed that ICH among the countries of the Brazilian border region has as main objectives to improve the population's access to health services and the provision of human resources in health. The joint purchase of medicines, health surveillance networks, collaborative networks among educational institutions, and the harmonization of legislative measures to address health risks are examples of ICH strategies intermediated by the Pan American Health Organization and by IO for economic integration. Initiatives to create binational health systems were evidenced among countries in the border region and with external countries such as Cuba and France. The creation of transnational health systems is under discussion and is brokered by IO for economic integration. **Conclusions:** The countries of the Brazilian border region demonstrate openness and solidarity for ICH actions, however, guaranteeing the border population access to a network of shared health services is a slow process because it involves many actors and health systems with different sources of funding and forms of organization.

Keywords: International Cooperation. Border Health. Health Systems. Technical Cooperation. Sul-Sul Cooperation.

Introdução

As relações internacionais consistem no conjunto de fenômenos que transcendem as fronteiras de um Estado, e que se estabelecem entre sujeitos individuais ou coletivos, grupos socialmente organizados, instituições privadas e/ou públicas [1]. Dentre as formas de relações internacionais, destaca-se a cooperação internacional entre os países.

Desde a década de 1950, no período pós-guerra, os países industrializados têm buscado abordar e resolver questões globais de pobreza e exclusão social por meio da cooperação internacional [2]. No período pós-Guerra Fria, surgiram nas relações internacionais temas transversais como meio ambiente e integração regional, que agregaram as discussões sobre cooperação internacional em saúde (CIS) para promoção da saúde global [1].

O modelo tradicional de CIS é caracterizado pela ajuda humanitária de países desenvolvidos a países em desenvolvimento, é unilateral, verticalizado e há predominância das visões políticas e práticas dos governos mais fortes economicamente ou das organizações não governamentais, filantrópicas e empresariais dessas nações [3]. Entretanto, modelos alternativos de CIS estão em desenvolvimento na América do Sul, através de experiências como a Cooperação Sul-Sul [4].

Essa nova abordagem de CIS tem sido denominada de “cooperação estruturante em saúde” que se diferencia do modelo tradicional porque tem como objetivo principal o fortalecimento dos sistemas locais de saúde a partir da potencialização das capacidades e recursos endógenos existentes em cada país [2, 5].

No contexto brasileiro, as comunidades fronteiriças são os primeiros espaços territoriais a vivenciarem os efeitos da CIS. Nessa região, os serviços e recursos humanos de saúde são escassos e, usualmente, necessita-se de transporte aéreo, fluvial ou marítimo para resolução de necessidades em saúde que demandam serviços de média e alta complexidade. Nessa perspectiva, este artigo analisa as características da CIS nos países e território da região de fronteira brasileira.

Metodologia

No intuito de analisar as principais características da CIS desenvolvida na região de fronteira brasileira, optou-se por uma pesquisa comparativa, documental e explicativa, com abordagem qualitativa.

A comparação é um processo que abrange a explicação dos fenômenos estudados a partir da compreensão de suas semelhanças e diferenças. Trata-se de entender um fenômeno a partir dele mesmo e, por exclusão, se perceber as diferenças. Os Estados-nação e organizações internacionais têm sido a categoria de análise central das investigações realizadas no interior desse campo de conhecimento [8].

O universo de análise foram documentos (leis, portarias, normas, decretos, resoluções, relatórios) oficiais nacionais que versavam sobre os sistemas de saúde e políticas de saúde bucal e de organizações internacionais dos países e território que compõem a região de fronteira brasileira, a saber: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

A Guiana Francesa, embora não seja considerada um país e sim um departamento ultramarino do Estado Francês, desde 1946, e uma Ultra Região da União Europeia Periférica desde 1982 [6], foi incluída na análise, pois seu limite geográfico faz fronteira com o Brasil e há mobilidade das populações entre os territórios.

A amostra teórica (analisou documentos) por casos múltiplos (10 países e território fronteiriços ao Brasil). Esse tipo de amostra pode ser aplicável a pesquisas baseadas em documentos e permite uma análise em profundidade e comparada entre os casos [7], reservando a pesquisadora o direito de ir além das informações dadas por suas unidades de análise, para contextualizar, confrontar e realizar uma abordagem crítica com as informações coletadas.

Na construção do *corpus* empírico, foram utilizados os seguintes princípios: o princípio da diversificação, para obter um panorama do fenômeno estudado o mais completo possível; da saturação teórica, alcançado quando os dados não acrescentam nenhuma propriedade nova ao conceito ou categorias; e da saturação empírica, em que o pesquisador julga que os documentos não trazem mais informações novas ou diferentes para justificar a ampliação do material empírico [7].

Os documentos foram submetidos a uma análise preliminar que incluiu o contexto em que foi publicado, a autoria, a autenticidade e os conceitos-chave, com o intuito de construir um quadro teórico e ter uma interpretação coerente para responder à questão inicial da pesquisa [8]. Foram incluídos no *corpus* empírico documentos que versavam sobre os sistemas de saúde e políticas de saúde bucal, bem como relatórios técnicos e/ou informações divulgadas em sítios eletrônicos oficiais das organizações internacionais e dos países.

Como a orientação desta pesquisa foi, essencialmente, empírico-indutiva, utilizou-se como método de análise a Teoria Fundamentada em Dados (TDF), que tem como objetivo compreender um fenômeno em profundidade. Ao invés de testar hipóteses derivadas de teorias existentes, optou-se pela construção de uma teoria a partir da coleta e análise

sistemática dos dados sobre o fenômeno, com o propósito de explicar as ações e interações dos atores envolvidos na investigação [9].

As informações foram analisadas, sistematicamente, durante a coleta de dados. Os processos de codificação e categorização foram utilizados para explicar o fenômeno central estudado e estabelecer relações e /ou comparações entre as categorias e subcategorias [9].

A coleta dos documentos foi realizada no sítio eletrônico oficial do Ministério da Saúde (MS) de cada país e território e das organizações internacionais, no período de julho de 2016 a outubro de 2017. Foram selecionados 196 documentos para compor o *corpus* empírico da pesquisa. A análise dos documentos, que ocorreu sistematicamente durante a coleta de dados, verificou que 29 documentos apresentaram informações relevantes para responder à questão inicial da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa documental cujos dados estão disponíveis em sites e base de dados de acesso público, não foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Após o processo de codificação e categorização dos documentos consultados, emergiram quatro macrotemas sobre CIS, a seguir explicitados.

A cooperação internacional em saúde entre países na região de fronteira brasileira

A zona de fronteira consiste em um território de integração entre Estados-Nação com forte apelo à cooperação, intercâmbio e integração. Entretanto, os acordos firmados nos âmbitos municipal, estadual ou nacional parecem não se concretizar, pois a fronteira ainda está à margem das políticas centrais de desenvolvimento [10].

Na fronteira entre Brasil e Bolívia, a oferta de serviços de saúde se concentra no lado brasileiro. Os intercâmbios comerciais e culturais entre os dois países geram um fluxo de bolivianos de Cochabamba, Iquitos e Santa Cruz para Pando ou outras cidades brasileiras. A venda de importados na Zona Franca² atrai compradores brasileiros, visto que a moeda boliviana está desvalorizada em relação à moeda brasileira [11].

² A Lei nº 12.723, de 09 de outubro de 2012, publicada no *Diário Oficial da União*, autoriza instalação de Lojas Francas em cidades-gêmeas localizadas na Faixa de Fronteira Brasileira.

Acordos de cooperação para educação e saúde foram feitos isoladamente por municípios (Governo de Vaupes, na Colômbia e município de São Gabriel de Cachoeira, no Brasil) para padronização e cooperação do ensino na zona de fronteira. A baixa disponibilidade de equipamentos sociais nessa região colombiana faz com que a população busque serviços essenciais como os de saúde no Brasil [12].

A mobilidade da população do Suriname para a Guiana Francesa, em busca de atenção à saúde, devido à difícil acessibilidade aos serviços de saúde na região de fronteira, foi fator determinante para realização de um acordo para que os serviços de saúde da Guiana Francesa ofertassem cobertura para as populações dos dois países nessa região [13].

O acordo foi assinado entre a França e o Suriname, por meio da Agência Francesa de Desenvolvimento (AFD), para facilitar os serviços de saúde no Suriname e reduzir a pressão sobre o sistema de saúde em francês.

Outra CIS que esse país desenvolve com a Guiana Francesa consiste em um programa de controle de vetores e larvas de dengue, que inclui saneamento ambiental e uso racional de pesticidas [13], com o objetivo de controlar a incidência de dengue, que é uma das doenças transmissíveis com potencial epidêmico na região de fronteira brasileira.

O Suriname possui, ainda, acordos de CIS para atenção à saúde de sua população com a Colômbia e Cuba, especialmente para tratamento oncológico e atenção terciária. A abertura da Embaixada do Suriname em Cuba, no início de 2010, fortaleceu as relações entre os países, o que possibilitou o desenvolvimento da CIS [13].

O Brasil possui missões diplomáticas no Suriname, que inclui promoção da saúde ambiental, relacionada às atividades de mineração e o controle de vetores transmissores da malária, assim como o fornecimento de materiais e insumos para reduzir a carga do HIV/Aids [13].

No âmbito da CIS entre as nações, uma das metas do sistema de saúde da Guiana Francesa é melhorar a coordenação e a prestação de cuidados em áreas transfronteiriças, em cooperação com os sistemas de saúde do Suriname e do Brasil. Estava prevista a implantação de um sistema de atenção à saúde compartilhada entre os três países para o ano de 2015 [14]. Entretanto, não foram evidenciados documentos que versassem sobre a implantação dessa estratégia.

Cerca de 22% da população da Guiana Francesa não têm acesso a serviços de urgência e emergência em menos de 30 minutos, principalmente nas cidades localizadas nas margens

do rio Oiapoque, devido à concentração desses serviços na capital, as barreiras geográficas ou falta de estradas [15]. Procedimentos de alta complexidade, como cirurgias cardíacas e atenção a queimados, são realizados na região das Antilhas sob domínio Francês – Martinica, Guadalupe, São Bartolomeu e San Martin [16].

A Guiana oferta atenção secundária em saúde bucal por meio de CIS com Cuba, em que cirurgiões-dentistas cubanos trabalham em clínicas dentárias e hospitais regionais que realizam procedimentos especializados, como cirurgias buco-maxilo-faciais, biopsias e detecção precoce de câncer [17].

A densidade de cirurgiões-dentistas (CD) por 10.000 habitantes era de 0,4, em 2014, a mais baixa dentre os países e território que compõem a região de fronteira brasileira [18]. Dada à insuficiência de recursos humanos com bacharelado em Odontologia no país, foi desenvolvida CIS com Cuba. A intenção do país é substituir os profissionais cubanos à medida que se formem CD guianenses. Essa foi uma das poucas iniciativas de cooperação internacional em saúde bucal evidenciada nos documentos consultados.

A Política Nacional de Saúde do Paraguai (2015-2030) tem como uma de suas estratégias o desenvolvimento e fortalecimento da saúde pública da fronteira, por meio de cooperação intersetorial e interinstitucional para resolver os problemas de saúde comuns nos países limítrofes e garantir o acesso universal às pessoas que vivem na região de fronteira. Não houve evidências da implantação da estratégia nos documentos consultados [19].

O papel das organizações internacionais na cooperação internacional em saúde

No período pós-guerra, as Organizações Internacionais (OI) assumiram um importante papel nas relações internacionais entre as nações. Compostas, por Estados-membros ou associados, essas OI se constituem em um espaço para promoção da política externa dos países. As OI podem ter objetivos políticos ou de cooperação técnica, em que nessa última tratam de temas especializados [1].

No caso da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vêm desempenhando esse papel. As OI, além de promover cooperação internacional bilateral ou multilateral entre as nações, constituem-se em uma forma de captar recursos para os países pobres ou em desenvolvimento.

No âmbito da região de fronteira brasileira, a OPAS realiza cooperação técnica internacional (CTI) com mais de 30 países para aquisição de medicamentos, vacinas,

equipamentos, dispositivos médicos e suprimentos de saúde por meio do Fundo Estratégico, que consiste em um mecanismo solidário de compras conjuntas. O objetivo dessa estratégia é planejar a demanda, garantir o uso racional, evitar desabastecimentos e adquirir medicamentos e insumos a um preço competitivo favorecendo a economia de escala [20].

Esse tipo de CIS contribui para ampliar o acesso aos medicamentos a um bom custo-benefício para os países. Todos os países que compõem a região de fronteira brasileira participam do Fundo Estratégico para a compra de medicamentos, com exceção do território da Guiana Francesa, pois só Estados soberanos podem ser membros da OPAS.

Outra CTI desenvolvidas pela OPAS na região é o apoio na elaboração e implementação de planos de ação, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, para contenção da resistência ao uso de antimicrobianos, prevenção e controle e mobilização de recursos do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária e para avançar rumo à saúde universal. As CTI contemplam, também, o desenvolvimento de ferramentas de gestão para saúde, capacitação e a formação de recursos humanos [21].

Uma das ferramentas utilizadas para promover a formação de recursos humanos em saúde na região das Américas é o Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS/OMS. Os cursos disponíveis no ambiente virtual de aprendizagem são ofertados na região de fronteira para os seguintes países: Argentina, Brasil, Colômbia, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Outra iniciativa foi a criação de uma plataforma que permite facilitar o registro e mobilização de equipes internacionais em caso de desastres naturais, epidemias e emergências sanitárias [21].

A OPAS desenvolve CTI para o desenvolvimento e financiamento de pesquisas, fortalecimento da rede de vigilância de doenças potencialmente epidêmicas como H1N1, dengue, zica, *chikungunya* e febre amarela. Além disso, essa OI se concentrou no desenvolvimento de estratégias para eliminar ou erradicar doenças transmissíveis, como a doença de Chagas, oncocercose, transmissão materno-infantil do HIV, sífilis congênita, raiva e febre aftosa, para citar alguns exemplos [21].

Outra forma de CTI que a OPAS desenvolve são as convenções ou acordos internacionais, formulação de leis nacionais sobre temas relevantes que influenciam diretamente as ações, a atenção e os serviços de saúde nos países membros.

Exemplos claros desse tipo de CTI foram: a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos – assinada por quatro países na região de fronteira:

Argentina, Brasil, Bolívia e Uruguai; as leis nacionais sobre as pessoas com deficiência e reabilitação – publicadas por a Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Peru, Venezuela, Guiana, Paraguai, Uruguai; e o apoio à criação de medidas legislativas, regulatórias e fiscais para reduzir os fatores de risco das Doenças Não Transmissíveis (DNT), que incluíram o aumento dos impostos sobre o tabaco, impostos sobre bebidas açucaradas, restrições ao *marketing* de alimentos e bebidas pouco saudáveis para as crianças [21].

A Organização desenvolveu critérios e indicadores para a medição das iniquidades em saúde, com o objetivo de fortalecer as capacidades nacionais para medir, analisar e monitorar as desigualdades sociais, econômicas e ambientais na saúde. A OPAS disponibiliza 82 indicadores demográficos e socioeconômicos, estado de saúde, fatores de risco para DNT, cobertura de serviços e sistemas de saúde em uma plataforma *on-line* – *PLISA Database* [22].

No âmbito do meio ambiente, as CTI desenvolvidas pela OPAS têm como objetivos diminuir a exposição ao mercúrio, fortalecer as capacidades dos países para o uso de planos de segurança que englobem a água, o saneamento e a poluição do ar [21].

Durante 2014-2015, os Estados Membros contribuíram com um total de US\$ 254,2 milhões em aportes voluntários nacionais para a implementação de programas de cooperação técnica nacionais. Além disso, o Programa Mais Médicos, desenvolvido em parceria com o Brasil e Cuba, alcançou níveis de execução que superaram a cifra de US\$ 1,163 bilhões [21].

O Centro de Cooperação Internacional para o Controle do Tabaco (CCICT), primeiro serviço do tipo nas Américas, tem entre seus objetivos a pesquisa e o apoio técnico a países que queiram fortalecer ações na área. Localizado em Montevideo, o CCICT fomenta intercâmbio de informação entre organismos especializados, promovendo a ampliação da cooperação internacional do Uruguai no tema. Atualmente, o país desenvolve ações junto ao Equador e ao Paraguai [23].

A OPAS orienta suas atividades de CIS, nos âmbitos nacional, subregional e regional, a partir de grandes estruturas internacionais como a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, o Regulamento Sanitário Internacional, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Agenda de Saúde para o ano de 2030, que têm como objetivo promover a saúde global e diminuir as iniquidades em saúde.

Embora a OPAS seja a principal OI que desenvolve atividades de CIS, foram evidenciadas outras OI que realizam essas atividades, nos países da região de fronteira brasileira, nos documentos consultados.

O MS do Suriname desenvolveu CIS com a *Youth Dental Foundation*, uma Organização Não Governamental (ONG) americana, para oferta de atenção à saúde bucal em escolas primárias e nos serviços e estabelecimentos regionais de saúde públicos. O programa é financiado pelo MS e executado pela ONG, que também oferta serviços para adultos por meio de seguro-saúde ou desembolso direto [13].

Na Guiana, o programa de atenção à saúde bucal é realizado em escolas primárias e secundárias selecionadas em todas as regiões de saúde em parceria com uma empresa privada (Colgate Palmolive ®). O programa desenvolve educação em saúde bucal, escovação supervisionada, procedimentos clínicos curativos e preventivos. A empresa oferta uma bolsa para dentistas e auxiliares, kits com creme dental e escovas de dente, que são distribuídos a todas as crianças em idade escolar [17].

A Cruz Vermelha Francesa desenvolve CIS na Guiana Francesa, por meio de financiamento do MS da França, e tem a gestão direta do hospital em Kourou e três centros de prevenção e controle de tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e imunização [14].

Foi evidenciada uma diferença entre as ações de CIS realizadas pela OPAS e as outras OI nos países da região de fronteira brasileira. Enquanto a OPAS realiza ações que têm como objetivo-fim o fortalecimento dos sistemas locais de saúde, as outras OI realizam ações e serviços que os países não possuem ou são insuficientes, com cobertura limitada, que têm como objetivo resolver problemas de saúde globais, comuns e urgentes na atenção à saúde.

Os blocos econômicos e a cooperação internacional em saúde

O fenômeno da globalização proporcionou expressivo crescimento econômico mundial, mas aumentou a desigualdade social e modificou a natureza das necessidades de saúde. Problemas locais podem ultrapassar as fronteiras nacionais, assim como a propagação de estilos de vida pouco saudáveis podem influenciar a saúde das pessoas, e demandam respostas internacionais, uma vez que podem ocorrer em escala regional ou nacional [24].

Nesse contexto, foi impulsionada a integração econômica entre países de uma mesma região e, posteriormente, a integração inter-regional como uma forma de resposta a essas demandas que podem influenciar as economias nacionais e regionais.

O Mercado Comum do Sul (Mercosul) é um processo de integração regional inicialmente estabelecido pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, que em fases posteriores uniram Venezuela e a Bolívia. Embora tenha sido gestado com motivações essencialmente

econômicas, contempla realizações em diversas políticas públicas e, no caso específico da saúde, as estratégias de cooperação internacional centram-se na harmonização e regulamentação de normas, leis e acordos, fundamentadas no Regulamento Sanitário Internacional, que garantam prevenção e enfrentamento dos riscos em saúde pública nas fronteiras nacionais [24, 25].

Já a Comunidade Andina de Nações (CAN) tem como objetivo promover a integração e cooperação econômica e social, a luta contra a pobreza, a coesão social e a superação das assimetrias. Participam dessa OI quatro países sendo que três (Bolívia, Colômbia e Peru) integram a região de fronteira brasileira. A CAN tem como principais estratégias de CIS a criação de redes de vigilância epidemiológica e de Institutos Nacionais de Saúde Pública, a compra conjunta de medicamentos a preços menores, o Plano Andino de Saúde nas Fronteiras e o Projeto de Controle da Malária na fronteira [26].

O órgão responsável pela conexão de temáticas da saúde às estratégias de integração econômica desenvolvidas pela CAN é o “Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue” (ORAS – CONHU), que tem como objetivo desenvolver ações coordenadas para enfrentar problemas comuns e contribuir com os governos na garantia do direito à saúde [27].

O Plano Estratégico 2013-2017 do ORAS – CONHU desenvolveu várias estratégias de CIS entre os países membros e com instituições públicas e privadas. Uma das estratégias mais relevantes para os países da região de fronteira brasileira foi o Plano Andino de Saúde nas Fronteiras (PASAFRO), que tem como objetivo facilitar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida das populações fronteiriças por meio de sistemas de saúde bi ou trinacionais [27].

Embora o PASAFRO tenha sido pactuado entre os países, não foi evidenciada nos documentos nacionais consultados a implantação de sistemas de saúde binacionais ou transnacionais, referidos neste plano, na região de fronteira brasileira. Houve avanços em relação à construção de documentos normativos e regulamentadores, mas o acesso da população a uma rede de serviços em saúde compartilhada entre os países ainda está em fase de implementação.

Outras formas de CIS realizadas entre o ORAS – CONHU e OI é a cooperação técnica com universidades, instituições governamentais e intergovernamentais para desenvolvimento de pesquisa em saúde e avaliação de tecnologias em saúde como a “Universidad Burdeos, Francia, Unión de Universidades de América Latina”, Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS) e “Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Buenos Aires” [27].

A CIS é realizada, ainda, por bloco econômico que reúne 15 países membros e cinco países associados na região caribenha, a *Caribbean Community* (CARICOM). Dentre os países da região de fronteira, somente a Guiana e o Suriname são membros dessa organização que tem como pilares principais a integração econômica, coordenação da política externa, desenvolvimento humano e social, e a segurança [29]. O Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Caribe, o Instituto de Alimentação e Nutrição e o Centro de Pesquisa em Saúde do Caribe são exemplos de iniciativas de CIS realizadas entre os países caribenhos [30].

A Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) é uma organização intergovernamental composta por oito países membros: Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela, que incentiva a cooperação Sul-Sul, o desenvolvimento sustentável e a inclusão social da Região Amazônica [31].

Dentre as formas de CIS previstas na agenda da OTCA, estão: a vigilância epidemiológica da saúde materno-infantil e para doenças transmissíveis (HIV/Aids, tuberculose, doenças transmitidas por vetores) em cooperação com a Rede Pan-Amazônica de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (CT & IS); a instituição da análise de situação de saúde das regiões amazônicas dos países membros; gestão dos riscos sanitários ambientais e proteção de trabalhadores para radiação; a implementação e avaliação do tele-saúde e telemedicina; a implementação de projetos de saúde nas fronteiras em coordenação com o PASAFRO; e o fortalecimento e consolidação da pesquisa em saúde, em estreita coordenação com a Rede Pan-Amazônica CT & IS [32].

A agenda da OTCA contempla a saúde dos povos indígenas por meio da sistematização dos conhecimentos ancestrais em saúde, programas de vigilância e segurança nutricional, capacitação de trabalhadores indígenas, levando em consideração aspectos da interculturalidade. Essas estratégias de CIS foram acordadas entre os países membros e estão em curso, entretanto grande parte delas carece de financiamento, sendo esse o grande desafio para colocá-las em prática.

As estratégias de integração apresentadas não beneficiam todos os países da região de fronteira. Com o intuito de promover a integração entre todos os países da América do Sul, foram criadas outras OI como a União de Nações Sul-Americanas (Unasul).

A Unasul, formada por 12 países da América do Sul, nasceu com o objetivo de integrar duas uniões aduaneiras existentes e os processos regionais desenvolvidos pelo Mercosul e pela CAN. No âmbito da saúde, a Unasul tem como objetivo promover o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde [33]. Participam da Unasul todos os

países da região de fronteira. A Guiana Francesa, por não ser um Estado Soberano, não é membro associado desta e de outras OI.

Dentre as atividades de CIS desenvolvidas por países membros da Unasul, destaca-se a aquisição de medicamentos com preços competitivos por meio do Banco de Preços de Medicamentos. O objetivo dessa estratégia é gerar uma lista de referência dos preços dos medicamentos na Região, a fim de fortalecer a capacidade de negociação dos atores do sistema de saúde pública em face dos processos de aquisição de medicamentos, consolidando, desta forma, uma única ferramenta de informação [33, 34].

Instâncias colegiadas como o Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS), vinculado à Unasul e formado por Ministras e Ministros de Saúde dos países membros, foram criadas para incorporar a saúde nas estratégias de integração regional. O CSS constituiu o ISAGS, organismo intergovernamental de caráter público vinculado ao CSS, que realiza estudos e debate de políticas públicas para contribuir com o desenvolvimento da governança e liderança em saúde nos países da América do Sul [35, 33].

Outra proposta para desenvolvimento de cooperação internacional estruturante em saúde, encetada pela Unasul, foi a criação das redes de colaboração entre escolas técnicas, institutos nacionais e escolas de saúde pública para integração da formação de recursos humanos, desenvolvimento institucional e geração de conhecimento [24].

Os atuais processos de integração da América Latina e Caribe são desenvolvidos na perspectiva da Cooperação Sul-Sul e também incluem diversas iniciativas inter-regionais, inclusive com a África, Europa e Ásia [24].

A construção de parcerias, alianças e acordos internacionais entre as nações possibilita melhorias na saúde global. Entretanto, a efetividade desses acordos e as responsabilidades dos países e governos com suas implementações permanecem questionáveis [2].

A perda de capacidade e autonomia dos estados mais débeis para definir suas próprias políticas significou uma maior submissão aos interesses dos estados mais fortes, pois os recursos provenientes da cooperação internacional são específicos para determinadas ações, às vezes desarticulados com a realidade local dos países [2].

A CIS que abrange OI com objetivos de integração econômica entre os países é uma alternativa para desenvolver a autonomia dos países em relação às grandes potências econômicas e garantir bem-estar as nações. Avanços inegáveis ocorreram em relação à criação e padronização de normas, leis e acordos internacionais para garantir a vigilância

epidemiológica, a prevenção e controle de epidemias, o exercício profissional e a segurança na circulação de bens e serviços no âmbito das fronteiras nacionais.

Entretanto, há um vazio normativo em relação à CIS com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde das populações que residem nos países membros dessas OI, especialmente os países da região de fronteira brasileira.

Cooperação internacional para provimento de recursos humanos

O panorama global da força de trabalho em saúde se caracteriza por escassez crônica e distribuição desigual dos profissionais de saúde. Essa condição influencia no funcionamento dos sistemas de saúde e no acesso aos serviços de saúde por as populações dos países [36].

Estratégias de CIS, otimizadas por meio de acordos bilaterais, intermediadas ou viabilizadas por OI, têm sido utilizadas por alguns países da região de fronteira brasileira (Brasil, Guiana, Suriname, Venezuela) para superar a escassez de recursos humanos em saúde (RHS), principalmente em zonas rurais e regiões isoladas e de difícil acessibilidade.

Um exemplo de CIS na área de RHS foi o Programa Mais Médicos, implantado em 2013, no Brasil. Desenvolvido por meio de um acordo entre OPAS, Brasil e Cuba, teve como objetivo aumentar a disponibilidade destes profissionais no sistema de saúde do país, e ampliar a cobertura dos serviços de saúde de atenção primária à saúde [21].

Mesmo diante de alguma resistência da classe médica brasileira, o Programa foi implantado e hoje garante acesso a grande parte da população brasileira que não tinha perspectivas de ter suas necessidades de saúde atendidas.

O Programa alcançou cerca de 63 milhões de pessoas em comunidades historicamente sub atendidas, com o envio de mais de 18.000 profissionais de saúde brasileiros e estrangeiros a mais de 4.000 municípios, a maioria deles áreas socioeconomicamente vulneráveis em zonas remotas, nos subúrbios das cidades, ou nos 34 distritos especiais de saúde dos indígenas do Brasil [21].

Com intuito de aumentar a disponibilidade de RHS, o Brasil investiu no aumento do número de vagas nas faculdades de medicina e na criação de novos postos de residência para especialistas, a fim de aumentar a força de trabalho nacional da saúde [21].

Cuba também desenvolve CIS com a Venezuela. O número de profissionais médicos,

enfermeiros e dentistas foi incrementado no país após a implantação das Missões Bairro Adentro (MBA). Todavia, a maioria dos médicos que atua na Venezuela é composta por cubanos, dada a cooperação bilateral estabelecida entre os dois países [37, 38].

Aliado à estratégia MBA, foi desenvolvido um programa de capacitação e formação de RHS que pretendia melhorar a disponibilidade de profissionais médicos e enfermeiros. A formação desses profissionais em nível superior e técnico ocorre em parceria com Instituto Cubano de Medicina e Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel [39].

No Suriname, por meio de um acordo de cooperação internacional com Cuba, em 2007, mais de 200 profissionais (enfermeiras, médicos clínicos gerais, anestesistas, pediatras, farmacologistas e epidemiologistas) colaboram com a Missão Médica (MM), uma ONG religiosa, financiada pelo governo, que realiza cuidados de primários em saúde para os residentes na zona rural no interior do país e em áreas remotas de difícil acesso. Cuba, além de enviar profissionais de saúde para trabalhar para várias partes do Suriname, participa ativamente do treinamento de RHS, principalmente médicos surinameses [13].

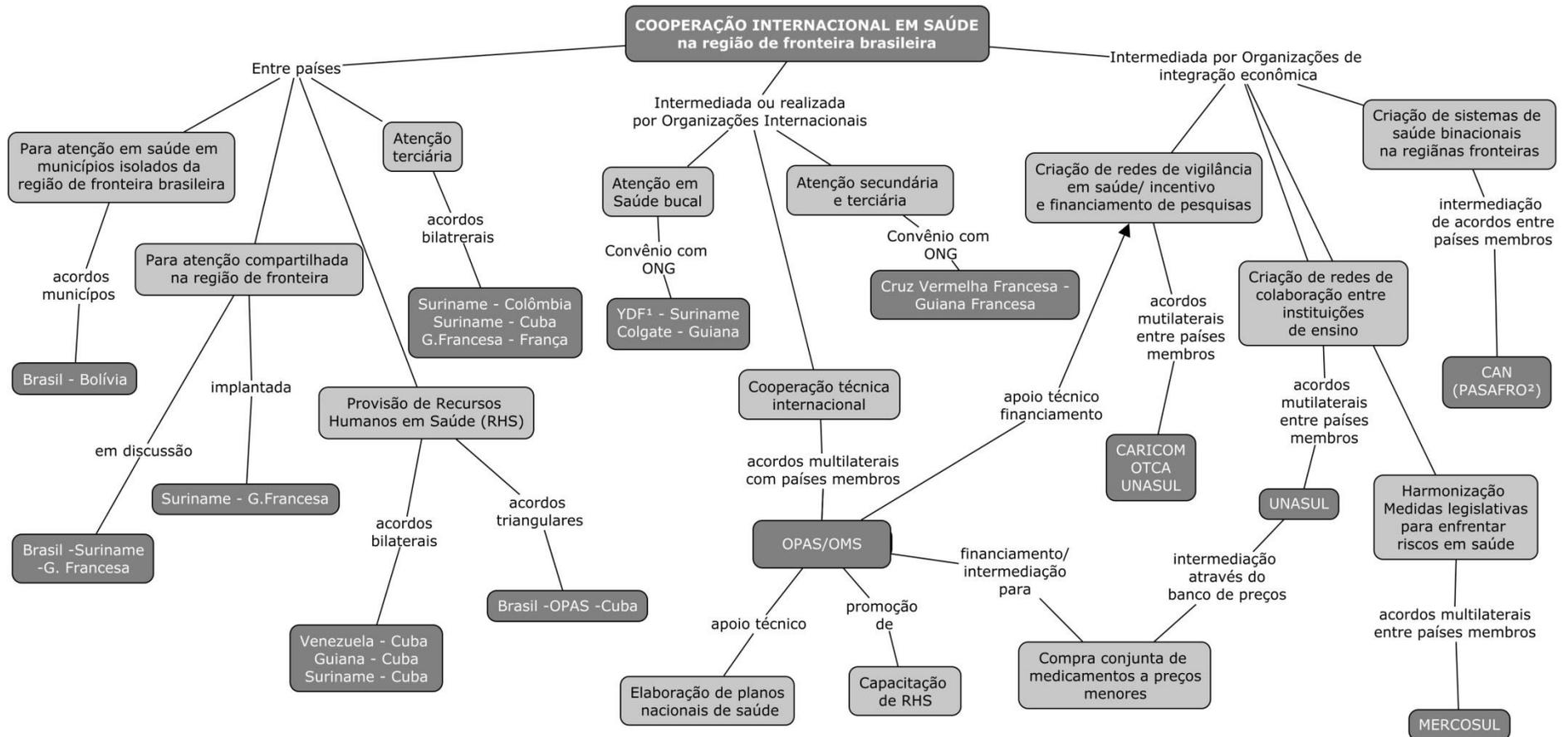
A Guiana oferta atenção secundária e terciária nos Centros de Diagnóstico e seis hospitais, respectivamente. Os centros contam com CD da Brigada Cubana, que aos poucos são substituídos por cirurgiões-dentistas guianenses [40].

Cuba tem sido um importante ator político na Cooperação Sul-Sul, exportando tecnologias inovadoras na área da biotecnologia e de equipamentos em saúde, assim como disponibilizando recursos humanos (médicos e enfermeiros, dentistas) para sistemas de saúde reconhecidamente carentes de mão de obra qualificada [3].

Desde a década de 1950, Cuba é referência em CIS e nos países de fronteira brasileira é o principal ator nas estratégias de provimento de recursos humanos. Os acordos de CIS têm como objetivo diminuir a escassez de RHS dos países receptores. Para Cuba, essa é uma estratégia para compensar a escassez de recursos naturais e conquistar prestígio e reconhecimento por outros países, além de garantir captação de recursos financeiros para o país.

A figura 1 organiza e representa as principais categorias e os conceitos construídos em relação à CIS dos países e território da região de fronteira brasileira.

Figura 1 – Mapa conceitual sobre a cooperação internacional em saúde na região de fronteira brasileira.



Fonte: Elaboração própria.

1. YDF – *Youth Dental Foundation*
2. PASAFRO – Plano Andino de Saúde nas Fronteiras

Considerações finais

Nos países que compõem a região de fronteira brasileira, a cooperação internacional em saúde (CIS) é realizada por meio de acordos bilaterais entre países, acordos multilaterais intermediados por organizações internacionais (OI) e por meio de convênios com ONG.

As estratégias de CIS desenvolvidas pela OPAS levam em consideração acordos internacionais para promoção da saúde global e diminuição das iniquidades em saúde. Por meio de cooperação técnica, a OPAS realiza ações com o intuito de fortalecer os sistemas locais de saúde e a Cooperação Sul-Sul. Já as ONG abrangem ações e serviços que os países não possuem ou são insuficientes, com cobertura limitada, e têm como objetivo resolver problemas de saúde globais ou urgentes na atenção à saúde.

A CIS entre os países tem como objetivos melhorar o acesso da população a ações e serviços de saúde, inexistentes ou que possuem oferta insuficiente nos respectivos territórios, e provisão de recursos humanos em saúde. Iniciativas de criação de um sistema de saúde para atenção compartilhada entre os países na região de fronteira foram evidenciadas entre Brasil-Bolívia e Suriname-Colômbia, Suriname-Guiana Francesa. Entretanto, Suriname e Guiana Francesa firmaram acordos com países externos à fronteira brasileira, Cuba e França, respectivamente.

Em relação à provisão de recursos humanos em saúde, três países fronteiriços (Guiana, Suriname, Venezuela) suprem a escassez de profissionais por meio de acordos bilaterais com Cuba. Já o Brasil optou por uma cooperação triangular, com a participação da OPAS e Cuba.

A compra de medicamentos conjunta a um menor preço, a criação de redes de vigilância em saúde, a criação de rede de colaboração entre instituições de ensino e a harmonização de medidas legislativas, regulatórias e fiscais para enfrentar riscos em saúde, atividades intermediadas pela OPAS e OI de integração econômica, são as ações de CIS com maior abrangência nos países da região de fronteira. Entretanto, a Guiana Francesa não é contemplada com essa forma de CIS, pois não tem representação nas organizações intergovernamentais, visto que não é um Estado Soberano.

Uma das iniciativas mais relevantes para atenção à saúde compartilhada foi a construção do Plano Andino de Saúde nas Fronteiras (PASAFRO), intermediado pela CAN, uma OI intergovernamental de integração econômica.

Os países da região de fronteira brasileira demonstram abertura e solidariedade para

ações de CIS, entretanto a implantação de estratégias para garantir o acesso da população a uma rede de serviços em saúde com financiamento compartilhado está em fase de discussão. Esse é um processo lento, permeado por avanços e retrocessos, que carece de debates e maturação, porque envolve muitos atores e forças políticas, diferentes ideologias e sistemas de saúde com distintas fontes de financiamento e formas de organização.

Para ampliar a compreensão dos fenômenos que ocorrem além das fronteiras de um país, como a CIS, é necessário realizar pesquisas específicas sobre acordos municipais ou estaduais *in loco*, pois muitos acordos realizados entre municípios não estão disponíveis para acesso público na *internet* nem são descritos nos documentos de âmbito nacional e internacional analisados na pesquisa.

Referências

1. Seitenfus R. Relações internacionais. 2ª ed. Barueri, São Paulo: Editora Manole; 2013.
2. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca, LE. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Reciis*. 2010; 4(1): 25-35.
3. Buss PM, Ferreira JR. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Reciis*. 2010; 4(1): 106-118.
4. Martins P, Aguiar ASW, Mesquita CAM, Alexandrino FJR, Silva NCF, Moreno MS. Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual. *Saúde e Sociedade*. 2017;26(1):229-239.
5. Buss PM. Brazil: structuring cooperation for health. *The Lancet*. 2011; 377 (9779): 1722-1723.
6. Agence Régionale de Santé de Guyane (Guyane). *Projet Régional de Santé Guyane 2011-2015*. Cayenne: Agence Régionale de Santé de Guyane; 2011. 73p.
7. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 154-214.
8. Cellard AA. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.

9. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*. 1990;13(1):3-21.
10. Preuss LT, Nogueira VMR. O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. *Textos & Contextos*. 2012; 11 (2): 320-332.
11. Costa GVL. Os bolivianos em Corumbá-MS: conflitos e relações de poder na fronteira. *Mana*. 2015;21(1):35-63.
12. Defensoría del Pueblo. Colômbia. Informe defensorial sobre las zonas de frontera. Bogotá: Defensoria del Pueblo; 2017.
13. Ministerie van Volksgezondheid (Suriname). National Health Sector Plan 2011 - 2018. Paramaribo: Ministerie van Volksgezondheid; 2011.
14. Agence Régionale de Santé de Guyane (Guyane). Le rapport d'activité 2012. Cayenne: Agence Régionale de Santé de Guyane; 2012.
15. Duplan H, Cazaux S, Hurpeau B. Accès aux soins hospitaliers en Guyane: derrière un constat encourageant, de fortes disparités. *Insee Analyses Guyane*. 2014; 2: 1-4
16. France. Direction de La Recherche, des Etudes, de Evaluation et des Statistiques. Agences Regionales de Santé. [Acesso em 2016 out 07]. Disponível em: www.dress.social-sante.gouv.fr
17. Guiana. Ministry of Public Health. Dental Health Services. [Acesso em 2017 mai 28]. Disponível em: <http://www.health.gov.gy/index.php/programmes/dhst>
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Washington, DC: OPS; 2015.
19. Paraguay. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. Resolución S.G. n° 612, de 25 de agosto del 2015. Aprueba la Política Nacional de Salud 2015-2030. Assunción; 2015 ago. 25.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fondo Estratégico. Acceso a medicamentos e insumos de salud de calidad en las Américas. Informe anual 2016. Washington, DC: OPS; 2017.
21. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Relatório Quinquenal 2013-2017. [Acesso em 2017 dez 04]. Disponível em: <http://www.paho.org/annual-report-2017/Portugues.html> .
22. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO). Communicable Diseases and Health Analysis/Health Information and Analysis. PLISA Database. Washington: PAHO/WHO; 2017. [Acesso em 2017 dez 04]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators.html> .

23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Panamericana de la Salud – Uruguay. [Acesso em 2017 out 04]. Disponível em: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=850:uruguay-inaugura-centro-internacional-de-cooperacion-de-control-del-tabaco-&Itemid=238
24. Buss PM, Tóbar S, Feo O, Matida A, Hoirisch C. A saúde nos processos de integração regional da América Latina e Caribe. In: Buss PM, Tóbar S (Orgs). Diplomacia da saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p.421-486.
25. Queiroz LG, Giovanella L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30 (2): 182-188.
26. Can. Comunidad Andina. ¿Qué es la CAN?. [Acesso em 2018 jan 19]. Disponível em: <http://www.comunidadandina.org> .
27. Oras – Conhu. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Informe de Gestión 2016. Lima: ORAS – CONHU; 2016. [Acesso em 2018 jan 02]. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/INFORME%20DE%20GESTI%C3%93N%202016.pdf> .
28. Pasafro. Plan Andino de Salud en Fronteras 2016 – 2018. 2015. [Acesso em 2017 dez 30]. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/PLAN%20ANDINO%20DE%20SALUD%20EN%20FRONTERAS%202016-2018%2014-12-15%20v2.pdf>
29. Caricom. Caribbean Community. Our Community. [Acesso em 2018 jan 10]. Disponível em: <http://caricom.org/about-caricom/who-we-are>.
30. Ministry of Health (Guyana). Strategic Plan: NCD Prevention and Control 2013 - 2020. Georgetown: Ministry of Health Guyana; 2013.
31. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (Otca). La OTCA. [Acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <http://otca.info/portal/index.php?p=index>.
32. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (Otca). Agenda Estratégica de Cooperación Amazónica. Brasília: OTCA; 2010.
33. União das Nações Sul – Americanas (Unasul). [Acesso em 27 dez 2017]. Disponível em: <https://www.unasursg.org>.
34. Waisgold J. Pequeño Manual de derecho a la salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015.
35. Isags. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. [Acesso em 27 dez 2017]. Disponível em: <http://isags-unasur.org/index.php?lg=1>
36. Dal Poz MR, Portela GZ, Fehn AC. Recursos Humanos em Saúde: crise global e

- cooperação internacional. In: Buss PM, Tóbar S (Orgs). Diplomacia da saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 259 – 280.
37. Hernández T, Ortiz Gómez Y. La migración de médicos en Venezuela. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(2):177–81.
38. Venezuela. Plan Nacional de Salud 2014-2019. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas, Venezuela: Viceministerio de Salud Integral; 2015.
39. Giovanella L (orgs.) Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity / South American Institute of Government. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
40. Ministry of Health (Guyana) Primary Health Care. [acesso 2016 jul 25] Disponível em: <https://www.health.gov.gy/>

IV. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Apesar da insuficiente formação de recursos humanos e recente produção científica na área da DSG, houve um aumento da oferta de cursos de atualização, cursos *lato sensu* e *stricto sensu* nessa área no Brasil, realizados, principalmente pela unidade de Cooperação Internacional da Fiocruz. Na pesquisa bibliométrica, foi contemplada a produção internacional sobre o tema, visto que muitos periódicos brasileiros não possuem indexação na base de dados consultada (PubMed).

Na zona de fronteira, estratégias de CIS são firmadas no âmbito municipal e estadual, entretanto não foi possível verificar na consulta dos documentos, pois esses versavam sobre os acordos concretizados em âmbito nacional e internacional. Para melhor compreensão dos fenômenos que ocorrem além das fronteiras de um país, como a CIS, é necessário realizar pesquisas específicas sobre acordos municipais ou estaduais *in loco*. Esse tipo de pesquisa carece de financiamento, já que demanda muito tempo e a necessidade de deslocamento para visita aos entes federativos, com o intuito de acessar documentos ou acordos firmados, isoladamente, entre gestores municipais ou estaduais, que podem não estar disponíveis na *internet*. As restrições ao acesso, os conflitos e as estratégias que a população utiliza para acesso aos serviços, nos casos em que não existem acordos firmados entre os entes federativos, devem ser objetos de futuras pesquisas para compreensão global da influência da diplomacia da saúde nesse contexto.

Dentre o grupo de países e território pesquisados, há uma dificuldade de acesso às informações sobre a Guiana Francesa, visto que, por não ser um Estado Soberano e sim um território francês, não participa, como membro ou associado, das OI. Os dados disponíveis são escassos nas bases de dados consultadas da OPAS, CEPAL e World Bank.

Em relação à análise das políticas de saúde bucal, a intenção desta pesquisa foi construir uma *guideline* que possa subsidiar futuras pesquisas que analisem, comparativamente, os impactos dessas políticas nas condições de saúde bucal da população dos países que as implantaram.

A análise dos sistemas de saúde pode ser incrementada com a triangulação de diferentes fontes de dados quantitativos e informações qualitativas com o intuito de revelar associação ou correlação entre os indicadores selecionados e as categorias pesquisadas, ampliando a explicação sobre a influência do tipo de sistema, fontes de financiamento e indicadores socioeconômicos nos resultados em saúde.

V. CONCLUSÃO GERAL

A DSG é uma ferramenta para promover a saúde global e nacional que, mediante parcerias entre governos e organizações internacionais, influencia na política externa, na economia e no desenvolvimento das nações. A DSG melhora a equidade e gera cooperação internacional para resolver e priorizar problemas comuns de saúde, com o intuito de alcançar resultados de saúde sustentáveis. Dessa forma, a consolidação do conceito de DSG está pautada no entendimento que a saúde das nações é um bem comum da sociedade e ultrapassa as fronteiras físicas dos países.

A inserção da saúde bucal na DSG consiste na pactuação de estratégias e metas globais para fortalecimento da saúde global. Metas globais para saúde bucal abordam a prevenção e controle de fatores de risco modificáveis relacionados aos estilos de vida (nutrição, uso de tabaco, consumo excessivo de álcool, consumo de açúcar e higiene) e fatores de risco intermediários (acesso à água potável e saneamento, acesso aos sistemas de saúde e políticas de SB). Persistem lacunas na literatura sobre o peso econômico, o impacto na qualidade de vida das medidas adotadas a nível global no âmbito da saúde bucal.

A formação e a capacitação de recursos humanos para atuar na DSG, a adaptação cultural e a segurança das equipes que desempenham atividades em outros países, a emancipação de países emergentes com base em intervenções feitas e o desenvolvimento de resultados de saúde sustentáveis a médio e longo prazo são grandes desafios no âmbito da DSG.

Uma das estratégias para melhorar os resultados em saúde em nível global consiste na promoção do acesso universal aos serviços de saúde. Na região de fronteira brasileira, com exceção do Brasil e Guiana, que possuem sistemas de saúde universais, os sistemas de saúde são baseados no seguro social, entretanto a maioria dos países possuem sistemas híbridos e ampliaram o acesso universal aos serviços de saúde.

Nos sistemas de saúde baseados no seguro social, o financiamento público é focalizado em programas ou grupos específicos considerados de alto risco em saúde e na população de elevado risco social que não tem seguro-saúde. O gasto público em saúde (%PIB) diminuiu por conta da crise econômica e diminuição do preço das matérias-primas produzidas nos países, visto que esse indicador é influenciado pelo contexto econômico e pelas variações do PIB.

No rol das políticas de saúde bucal, os países que possuem sistema de saúde baseado no seguro social ofertam procedimentos básicos e alguns procedimentos especializados que, geralmente, exigem copagamentos. O Estado oferta cobertura integral por meio de rede de estabelecimentos própria ou financiamento do seguro-saúde para população socialmente marginalizada ou grupos específicos, principalmente para crianças, adolescentes, gestantes, idosos.

Na maioria dos países, o MS financia programas especiais de reabilitação protética para população adulta com baixas condições socioeconômicas. A atenção terciária é pouco citada e pouco estruturada nos países da região de fronteira. Está centralizada em hospitais de grande porte nos grandes centros urbanos.

O Brasil é o único país em que o acesso à atenção odontológica é universal, sem necessidade de copagamentos, na atenção primária, secundária e terciária. A Guiana, embora possua sistema universal de saúde, oferta cobertura odontológica para grupos específicos como crianças e adolescentes e em áreas de difícil acesso.

Com exceção da Guiana Francesa, as políticas, programas ou planos de saúde bucal dos países foram instituídos por meio de atos normativos jurídicos que podem ser revogados a qualquer momento, o que gera uma insegurança em relação a sua continuidade.

Um outro ponto que merece destaque é a necessidade de fortalecimento da CIS entre os países para garantir à população que vive em áreas remotas, como a região de fronteira, que possa ter acesso aos serviços de saúde bucal. As iniciativas de CIS no âmbito da saúde bucal consistem em acordos bilaterais entre três países (Guiana, Suriname, Venezuela) com Cuba para provimento de recursos humanos. Suriname e Guiana também desenvolvem CIS com ONG e empresa privada, respectivamente, para oferta de atenção à saúde bucal que tem como principal público-alvo crianças em idade escolar.

Nos países que compõem a região de fronteira brasileira, a CIS é realizada por meio de acordos bilaterais entre países, acordos multilaterais intermediados por OI e por meio de convênios com ONG. A CIS entre os países tem como objetivos melhorar o acesso da população a ações e serviços de saúde, inexistentes ou que possuem oferta insuficiente nos respectivos territórios, e provisão de recursos humanos em saúde.

As estratégias de CIS desenvolvidas pela OPAS levam em consideração acordos internacionais para promoção da saúde global e diminuição das iniquidades em saúde. Por meio de cooperação técnica, a OPAS realiza ações com o intuito de fortalecer os sistemas

locais de saúde e a cooperação sul-sul. Já as ONG abrangem ações e serviços que os países não possuem ou são insuficientes, com cobertura limitada, e têm como objetivo resolver problemas de saúde globais ou urgentes na atenção à saúde.

Iniciativas de criação de um sistema de saúde para atenção compartilhada entre os países na região de fronteira foram evidenciadas entre os países, entretanto Suriname e Guiana Francesa firmaram acordos com países externos à fronteira brasileira, Cuba e França, respectivamente.

Os países da região de fronteira brasileira demonstram abertura e solidariedade para ações de CIS, entretanto a implantação de estratégias para garantir o acesso da população a uma rede de serviços em saúde com financiamento compartilhado está em fase de discussão. Esse é um processo lento, permeado por avanços e retrocessos, que carece de debates e maturação, porque envolve muitos atores e forças políticas, diferentes ideologias e sistemas de saúde com distintas fontes de financiamento e formas de organização.

Uma alternativa para resolver as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde é a criação de serviços de saúde transfronteiriços, financiados com recursos provenientes de todos os países por meio de um termo de CIS.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, C.M. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 4, n. 1, mar. 2010.
2. BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
3. BERNARDINI-ZAMBRINI, D.A. PEDROSA, F. SOTELO, J.M. Salud global, diplomacia y el caso del “pepino asesino”. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n.5, p. 501-502. 2011
4. BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília (DF): **D.O.U**, 18 set. 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras SIS-Fronteira – relatório de desempenho do projeto**. Mar. 2010.
6. BRASIL. Ministro da Saúde. Portaria GM nº 06, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): **D.O.U**. nº 190, 2017.
7. BRASIL. Ministro de Estado da Saúde. Portaria GM nº 1120, de 06 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras. Brasília (DF): **D.O.U**. nº 129, 2005.
8. BUSS, P.M. LEAL, M.C. Saúde global e diplomacia da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p. 2540-2541, dez. 2009.
9. BUSS, P.M. Saúde global e diplomacia da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.8-9, jan, 2013.
10. CARNUT, L. SILVA, J. Oral health in family health strategy: from social inequalities to actions improvement. **J Manag Prim Health Care**, v.3, n.2, p.186-196, 2012.
11. FORTES, P.A.C. RIBEIRO, H. **Saúde Global**. São Paulo: Manole, 2014.
12. FOURIE, P. Turning dread into capital: South Africa’s AIDS diplomacy. **Global Health**, v.9, n.8, 2013.
13. GIOVANELLA, L. (coord.). **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro :ENSP / Fiocruz, 2007. 70 p.
14. IVANOVIC, V. Diplomacy: Bridging Oral Health. **Compendium**, v. 31, n. 7 Published by AEGIS Communications Sep. 2010

15. KHALIQ, A.; SMEGO JR. Saúde Global: passado, presente e future. In: MARKLE, W. H.; FISHER, M.A.; SMEGO JR, R.A. **Compreendendo a Saúde Global**. Brasília: AMGH Editora, 2015. p. 2-31.
16. KICKBUSCH, I. et al. Global health diplomacy: training across disciplines. **Bull World Health Organ**. v.85, n.12, p.971-973, dez. 2007.
17. KICKBUSCH, I. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health **BMJ**, p.342, 2011.
18. MARTINS, Pollyanna et al. Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual. **Saude soc.**, v.26, n.1, pp.229-239. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017168881>.
19. MORENO, M.S. **Aspectos socioeconômicos e a saúde bucal nos municípios da faixa de fronteira dos arcos norte e central do Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Fortaleza, 2015.
20. NOGUEIRA, V.M.R.; FAGUNDES, H.S. A implementação do SIS Fronteiras– Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2014.
21. ORTIZ GÓMEZ Y, TRUJILLO E, GUZMÁN JM. Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fron- terizos. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n.2, p. 153–9, 2011.
22. PEREIRA, E.M.B. Saúde Global e Diplomacia da Saúde: interfaces da saúde com o direito e as relações internacionais. **Mural Internacional**, v. 7, n. 1, p. 63-74, 2017.
23. PEREZ, F.A. **Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.
24. PPGO. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. **Manual de normalização para defesa de dissertação de mestrado e tese de doutorado no formato alternativo**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará: 2007. Disponível em: http://www.ppggo.ufc.br/images/normas-e-documanetos/Normas_formato_alternativo.pdf . Acesso em: 20 de novembro de 2017.
25. SANTANA, J.P. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p. 2993-3002, 2011.
26. SILVA, N.C.F. **Análise de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde bucal do arco sul brasileiro**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Fortaleza, 2015.
27. SOUZA T.A.C. FERREIRA E.F. The oral health among the Wajãpi indigenous people of Amapá state, Brazil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.135-148, 2012.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

1. ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **Informações Gerais**. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/>. Acesso em: 01 de abril de 2017.
2. ALCALDE-RABANAL, J.E.; LAZO-GONZALEZ, O.; NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s243-s254, 2011.
3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Acesso à informação/Institucional**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/institucional>. Acesso 21 de setembro de 2017. ANS, 2017).
4. ARAUJO, A.P.C.; FILARTIGAS, D.M.E.; CARVALHO, L.C. Bolivianos no Brasil: migração internacional pelo corredor fronteiriço Puerto Quijarro (BO)/Corumbá (MS). **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 131-141, Jun. 2015.
5. ARGENTINA. Decreto 1424/97. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Se establece la aplicación obligatoria del mismo en todos los establecimientos nacionales de salud. **B.O**, 23 diciembre 1997, Buenos Aires: 1997.
6. ARGENTINA. Ley 18.610 de 23 febrero 1970, criacion de Obras Sociales. **B.O**, Buenos Aires: 1970.
7. ARGENTINA. Ley nº 19.032 de 13 mayo 1971, Créase el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. **B.O**, Buenos Aires: 1971.
8. ARGENTINA. Ley nº 23.661 de 05 enero 1989, Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud... **B.O**, 20 enero 1989, Buenos Aires: 1989.
9. ARGENTINA. Ministério de Salud. **Anuario Becas de Investigación** “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2016.
10. ARGENTINA. **Programas y Planes**. Ministério de Salud. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes>. Acesso em 18 de maio de fevereiro de 2017.
11. ARGENTINA. Resolución nº 149/93. Se implementa al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. **B.O**, 01 Junio 1993, Buenos Aires: 1993.
12. ASTRID et. al. **Avaliação: conceitos e metodos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
13. BACELLAR, C. A. P. **Fontes documentais uso e mau uso dos arquivos**. In: PINSKY, Carla B. (Org.) Fontes Históricas. São Paulo:Contexto, 2010. p. 23-80
14. BBC. **Cinco mitos sobre a crise na Venezuela (e o que acontece de verdade)**. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36863392>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.
15. BELLO, M.; BECERRIL-MONTEKIO, V.M. Sistema de salud de Argentina. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s96-s109, enero 2011.

16. BOLÍVIA. Boletim informativo. **Sorrison Sanas es vida salubre**. Año 2, Boletín n° 429. La Paz: Min Ministerio de Salud y Deportes, 2011.
17. BOLIVIA. Decreto supremo n° 28631, 8 de marzo de 2006. Aprueba el reglamento a la Ley de Organización del Poder Ejecutivo. **Gaceta Oficial de Bolivia**, La Paz: 2006.
18. BOLIVIA. Decreto supremo n° 28894, 7 de febrero de 2009. Aprueba la Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. **Gaceta Oficial de Bolivia**, La Paz: 2009.
19. BOLIVIA. Ministerio de Salud. **Reglamento de becas de especializacion, subespecializacion para profesionales en salud**. La Paz: Ministerio de Salud: 2015a.
20. BOLIVIA. Ministerio de Salud y Deportes. **Reglamento de la Categoría Profesional en Salud**. Documentos técnicos normativos. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, 2007.
21. BRAGA, José Ueleres; HERRERO, Maria Belén; CUELLAR, Célia Martinez de. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1271-1280, July 2011.
22. BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Faixa de Fronteira. **Programa de promoção do desenvolvimento da faixa de fronteira**. 2009. 66p.
23. CARNEIRO FILHO, C. P. Tríplice Fronteira Brasil-Argentina-Paraguai: transfronteirização através do crime. **Relações Internacionais no Mundo Atual**, Curitiba, v. 2, n. 16, p. 84-101, 2012.
24. CC. Carta Capital. **Após fechamento de fronteiras, brasileiros ficam retidos na Venezuela**. publicado em 19 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/internacional/apos-fechamento-de-fronteiras-brasileiros-ficam-retidos-na-venezuela> . Acesso em: 22 de dezembro de 2016.
25. CC. Carta Capital. **O que a Guiana Francesa pode esperar de Macron**. Publicado em 17 de maio de 2017. Disponível em: <http://redelatinamerica.cartacapital.com.br/o-que-a-guiana-francesa-pode-esperar-de-macron/> . Acesso em: 05 de junho de 2017.
26. COLOMBIA. Ley n° 1753, 09 e junio de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. **Diario Oficial**, Año CLI No. 49.538, Bogotá, D. C., martes, 9 de junio de 2015a.
27. COMMONWEALTH NETWORK. **Health in Guyana**. Disponível em: <http://www.commonwealthhealth.org/americas/guyana/>. Acesso em: 10 de outubro de 2016.
28. COMMONWEALTH NETWORK. **The Common wealth Year Book**. Guyana profile. Cambridge: Nexus Strategic Partnerships, 2015. p. 659.
29. CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: Luciana Oliveira da Rocha. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.248p.
30. DESLAURIES, J.; KÉRISIT, M. **O delineamento da pesquisa qualitativa** In: A pesquisa qualitativa: enfoques epidemiológicos e metodológicos / tradução de Ana

- Cristina Nasser. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. – (Coleção Sociologia) Título original: La recherche qualitative. p. 127-153.
31. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2002. 176p.
 32. GIOVANELLA, L. (coord.). **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro :ENSP / Fiocruz, 2007. 70 p.
 33. GOMEZ, P.S.; BOLOGNA, E. Pobreza y remesas internacionales Sur-Sur en Paraguay. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 431-451, Dec. 2014.
 34. GUERRERO, R. et. Al. Sistema de salud de Colombia. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s144-s155, 2011.
 35. LEDO, C.; SORIA, R. Sistema de salud de Bolivia. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s109-s119, enero 2011.
 36. MACHADO, L.O.; RIBEIRO, L.P.; MONTEIRO, L.C.R. Geopolítica fragmentada: interações transfronteiriças entre o Acre (BR), o Peru e a Bolívia. **Cuad. geogr.**, Bogotá, v. 23, n. 2, p. 15-30, 2014.
 37. MARÍN, G.H.; POLACH, M.A. Medicamentos de alto costo: análisis y propuestas para los países del Mercosur. **Rev Panam Salud Publica**. Whashington, n.30 v.2, 2011. p.167–76
 38. MARQUES, A. M. **Mobilidade, acesso à saúde e espaço de fronteira: o caso de Corumbá-MS, Puerto Quijarro e Puerto Suárez-Bolívia**. 2012. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
 39. NOGUEIRA, Ricardo José Batista. Fronteira: espaço de referência identitária. **Ateliê Geográfico**, v. 1, n. 2, p. 27-41, 2007.
 40. OLIVEIRA, M.M. A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. **Estud. av.**, São Paulo , v. 20, n. 57, p. 183-196, 2006 .
 41. ONU. United Nations Organization. **Misión de las Naciones Unidas en Colombia**. Consejo de Seguridad. 18 de agosto de 2016. Disponível em: https://colombia.unmissions.org/sites/default/files/n1626282_informe_sg_20160818.pdf. Acesso em: 23 de março de 2017.
 42. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Propuesta Preliminar Programa Regional de Salud Oral (OPS/OMS)**. OPS: 2003.
 43. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad**. Washington, D.C.: OPAS, 2001.
 44. OPAS.53º Conselho Diretor.66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. **Estratégia para acesso universal e a cobertura universal de saúde**. Resolução CD53/5. Washington: 29 de setembro a 3 de outubro de 2014.

45. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Guía de Abordaje Integral a la Salud Bucodental para el Equipo de Salud**. Assuncion: Ministerio de Salud Publica y Bienstar Social, 2012.
46. ORTIZ GÓMEZ Y, TRUJILLO E, GUZMÁN JM. Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fron- terizos. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n.2, p. 153–9, 2011.
47. OTCA. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica. Coordinacion Regional de Salud. **Plan de atividades 2016-2018**. Disponível em: <http://otca.pagina-oficial.com/assets/documents/20170202/d12ccdf88d1caea6c72f66b48107a1b6.pdf> Acesso em: 15 de fevereiro de 2017.
48. PARAGUAY. Decreto n° 22.385/98. Por el cual se regulamenta del consejo nacional de salud y los consejos regionales y locales de salud. **Gaceta Oficial**, Asunción, 14 de agosto de 1998.
49. PARAGUAY. Ley n° 3007/06. Que modifica y amplía la Ley n°1032 que Crea El Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. **Gaceta Oficial**, Asunción, 21 de setiembre de 2006.
50. PARAGUAY. Resolucion n° 300, 07 de junio de 1994, por la cual se eleva el departamento de Odontologia con la denominacion de Direccion de Salud Bucodental. . **Gaceta Oficial**, Assuncion, 07 d e junio de 1994.
51. PERÚ. Congreso de la República. Ley n° 26842 del 9 de Julio de 1997. Ley General de Salud. El Peruano. **Normas Legales**. Lima, 20 de julho de 1997
52. PERU. Congreso de la República. Ley n° 27657 de 29 de enero de 2002. Ley marco de aseguramiento universal en salud. El Peruano. **Normas Legales**, Lima, 2002a.
53. PERU. Congreso de la República. Ley n° 27812 de 13 de agosto de 2002. Ley que determina las fuentes de financiamiento del seguro integral de salud.El Peruano. **Normas Legales**, Lima, 2002b.
54. PERU. Congreso de la República. Ley N° 29344. Ley marco de aseguramiento universal en salud. El Peruano. **Normas Legales**, Lima, 09 de abril de 2009.
55. PERU. Ministerio de Salud. **Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos**. Disponível em: <http://observatorio.inforhus.gob.pe/>. Acesso em:19 de fevereiro de 2017.
56. PIRES, A (2008a). **Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências social**. In: A pesquisa qualitativa: enfoques episdemiológicos e metodolólígos / tradução de Ana Cristina Nasser. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. – (Coleção Sociologia) Título original: La recherche qualitative. p. 43-94.
57. RODRIGUES, F. Migração transfronteiriça na Venezuela. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 197-207, 2006.

58. RODRIGUES, F.S.; VASCONCELOS, I.S.; HOST, C.R. Cruzando fronteiras. Famílias migrantes na tríplice fronteira Brasil – Venezuela – Guiana. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, vol. 16, núm. 31, 2008, pp. 247- 256
59. ROSEIRA, Antonio Marcos. **Nova ordem sul-americana: reorganização geopolítica do espaço mundial e projeção internacional do Brasil** (Tese). São Paulo: USP, 2011. 351p.
60. SÁ-SILVA, J.R. ALMEIDA, C.D. GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v.1, n.1, 2009.
61. SCHWEIGER, A.L.F.; ALVAREZ, D.T. Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. 202- 213, 2007.
62. SMEGO JUNÍOR, R.A.; KHALIQ, A.A. Saúde global: passado, presente e futuro. In: MARKLE, W.H.; FISHER, M.A.; SMEGO JÚNIOR, R.A. **Compreendendo a Saúde Global**. Porto Alegre: AMGH, 2015. p.1-32.
63. TURATO ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.
64. URUGUAY. Ley N° 18.161. 08 de agosto de 2007. Administración de los servicios de salud del estado. **D.O**, Montevideo, 2007b.
65. URUGUAY. Ley N° 18.211, 21 de noviembre de 2007. Sistema Nacional Integrado de Salud normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. **D.O**, Montevideo, 21 de noviembre de 2007d.
66. URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. Notícias. Comité de Ética promueve investigación en salud. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/noticia/comite-de-etica-promueve-investigacion-en-salud>. Acesso em 01 de fevereiro de 2016.
67. VENEZUELA. Ministerio Del Poder Popular para Salud. **Sistema Público Nacional de Salud**. Caracas: Ministerio Del Poder Popular para Salud, 2016.
68. VIEIRA, F.S; BENEVIDES, R.P.S. “**Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**”. Nota Técnica n° 28. Brasília: Ipea, 2016.
69. WHO. **World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: WHO Library Cataloguing, 2016.

APÊNDICE A – Cronograma de execução da tese.

ATIVIDADES	2015				2016				2017				2018	
	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	1° trimestre	2° trimestre
Planejamento das atividades do Projeto de pesquisa e Exame de qualificação														
Aquisição de Material Bibliográfico														
Definição do quadro teórico e metodológico da pesquisa														
Revisão Sistemática de Literatura sobre o tema/submissão de artigo														
Coleta de dados <i>on line</i>														
Análise dos dados qualitativos														
Publicações de artigo														
Elaboração e entrega do relatório final da pesquisa														
Pré-defesa e defesa da tese														

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE B – Orçamento da pesquisa

DESPESAS DE CUSTEIO			
1. MATERIAL DE CONSUMO	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Caixa organizadora plástica	1	R\$ 32,90	R\$ 32,90
Toner para impressora laser	1	R\$ 389,95	R\$ 389,95
Cartuchos para impressão colorida	2	R\$ 60,00	R\$ 120,00
Folhas de papel A4 (Resma)	2	R\$ 20,00	R\$ 40,00
Pen drive	2	R\$ 30,00	R\$ 60,00
Subtotal			R\$ 642,85
2. SERVIÇOS DE TERCEIROS/ PESSOA JURÍDICA	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Despesas com passagens aéreas ou terrestres	–	R\$ -	R\$ 7.500,00
Diárias para hospedagem, alimentação e deslocamento	30	R\$ 320,00	R\$ 4.000,00
Revisão de português (laudas)	200	R\$ 4,00	R\$ 800,00
Tradução	2	R\$ 600,00	R\$ 1.200,00
Participação em conferências e congressos	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
Recursos para divulgação dos resultados, mediante o pagamento de taxas para a publicação de artigos científicos em periódicos	2	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00
Reprografia, impressos e serviços gráficos	–	R\$ -	R\$ 1.468,00
Subtotal			R\$ 19.468,00
1. MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Assinatura de revistas e periódicos	4	R\$ 100,00	R\$ 400,00
Licença de software	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Serviços de levantamento literário em bancos de dados e de fornecimento de cópias de documentos	–	R\$ -	R\$ 500,00
Material bibliográfico (livros)	–	R\$ -	R\$ 1.000,00
Subtotal			R\$ 2.200,00
2. EQUIPAMENTOS	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Impressora multifuncional com função de fax, impressão, copiadora, scanner, digitalização, wireless e e-print.	1	R\$ 899,00	R\$ 899,00
Subtotal			R\$ 899,00
TOTAL			R\$ 23.209,85

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE C – Indicadores demográficos, econômicos e de saúde dos países e território da região de fronteira brasileira.

Tabela 1 – População dos países na região de fronteira brasileira (Uni. de medição : Milhares), 2005 a 2015.

País	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina	38.648	38.989	39.331	39.676	40.024	40.374	40.729	41.870	41.446	41.803	42.155
Bolívia	9.335	9.517	9.676	9.834	9.993	10.157	10.324	10.496	10.671	10.848	11.025
Brasil	166.142	188.134	189.997	191.766	193.491	195.21	196.935	198.656	200.362	202.034	203.657
Colômbia	43.184	43.841	44.498	45.153	45.803	46.445	47.079	47.704	48.321	48.930	49.529
Guiana	761	765	770	776	781	786	791	795	800	804	808
Guiana Francesa	202	208	214	220	225	231	237	243	249	255	262
Paraguai	5.904	6.015	6.125	6.236	6.347	6.460	6.573	6.687	6.802	6.918	7.033
Peru	27.723	28.031	28.328	28.626	28.934	29.263	29.615	29.998	30.376	30.769	31.161
Suriname	500	505	510	515	520	525	530	535	539	544	548
Uruguai	3.325	3.330	3.338	3.349	3.360	3.372	3.383	3.395	3.407	3.419	3.430
Venezuela	26.726	27.191	27.656	28.120	28.583	29.043	29.501	29.955	30.405	30.851	31.293

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: Pan American Health Organization. Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2016 dez 07]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>.

Tabela 2 – Produto Interno Bruto (PIB) dos países na região de fronteira brasileira (Uni. de medição: milhões de US\$), 2005 a 2015.

País	Produto Interno Bruto (PIB) total (milhões de US\$)										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina	336.886,00	364.317,00	397.162,90	413.422,20	388.561,70	428.791,70	455.151,60	450.359,40	460.728,80	448.941,20	459.591,40
Bolívia	15.696,70	16.449,70	17.200,50	18.258,00	18.871,00	19.649,70	20.672,30	21.731,20	23.208,10	24.475,40	25.661,90
Brasil	1.774.772,10	1.845.088,40	1.957.082,90	2.056.780,50	2.054.192,80	2.208.837,10	2.295.185,20	2.339.206,50	2.409.700,80	2.412.210,90	2.318.134,70
Colômbia	229.936,80	245.336,90	262.266,60	271.568,70	276.053,80	287.018,10	305.931,20	318.302,90	333.817,20	348.457,50	359.196,70
Guiana	1.826,10	1.919,80	2.054,50	2.095,10	2.164,70	2.259,30	2.382,10	2.496,90	2.627,20	2.728,20	2.810,20
Guiana Francesa¹	3.248,54	4.060,32	4.581,99	4.475,80	4.861,44	4.706,08	4.768,40	5.211,36	5.689,74	4.728,68	4.429,76
Paraguai	15.707,40	16.462,40	17.355,00	18.458,60	17.726,60	20.047,50	20.918,10	20.658,90	23.558,60	24.671,20	25.403,70
Peru	105.784,60	113.749,00	123.438,60	134.704,30	136.180,50	147.527,60	156.862,00	166.492,90	176.372,80	180.573,40	186.446,60
Suriname	3.308,30	3.684,10	3.872,40	4.032,80	4.154,30	4.368,40	4.597,70	4.739,50	4.874,90	4.964,30	4.864,30
Uruguai	30.157,50	31.393,50	33.447,10	35.847,30	37.368,50	40.284,50	42.364,10	43.863,00	45.897,20	47.383,70	47.849,10
Venezuela	199.758,40	219.478,80	238.691,10	251.288,80	243.241,80	239.620,40	249.628,00	263.672,00	267.213,30	256.807,00	242.169,00

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. [acesso em 2016 set 16]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp

1. 2005-2013. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Produits intérieurs bruts de 1990 à 2013. [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893220>. 2014 e 2015 – Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Produits intérieurs bruts de 1990 à 2013. [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=24737. Dados disponibilizados em Euro foram transformados no valor equivalente a Dólar americano para ser possível comparar com os outros países. Para transformação, foram utilizados o conversor de moedas disponibilizado no site do Banco Central do Brasil e o valor da cotação referente ao dia 30 de dezembro do ano em questão (<http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>).

Tabela 3 – Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* internacional [US \$] dos países na região de fronteira brasileira (Uni. de medição: US\$), 2005 a 2015.

País	Produto interno bruto (PIB) per capita \$ internacional (PPP) [US \$]										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina	8.628,90	9.233,30	9.960,90	10.261,40	9.545,00	10.424,80	10.950,90	10.722,60	10.856,10	10.471,10	10.614,50
Bolívia	1.725,60	1.776,90	1.826,10	1.905,50	1.936,60	1.983,10	2.052,20	2.122,50	2.230,50	2.315,30	2.390,00
Brasil	9.478,80	9.733,90	10.203,00	10.601,10	10.472,20	11.142,50	11.461,50	11.568,00	11.805,60	11.712,00	11.158,30
Colômbia	5.312,00	5.597,00	5.910,60	6.048,20	6.078,30	6.250,60	6.592,50	6.789,50	7.050,90	7.290,90	7.447,80
Guiana	2.459,40	2.581,30	2.755,40	2.800,60	2.883,40	2.998,90	3.151,50	3.292,20	3.452,20	3.571,40	3.663,40
Guiana Francesa¹	16.037,38	19.382,88	21.198,87	20.170,29	21.438,72	20.171,02	19.987,50	20.931,24	22.369,80	18.543,84	16.907,48
Paraguai	2.710,30	2.798,30	2.908,90	3.052,60	2.893,10	3.228,30	3.322,90	3.237,30	3.642,20	3.764,00	3.826,30
Peru	3.830,70	4.068,30	4.361,10	4.701,20	4.694,30	5.021,50	5.269,90	5.519,00	5.768,40	5.828,10	5.940,90
Suriname	6.724,20	7.428,20	7.730,00	7.959,60	8.105,70	8.430,90	8.783,70	8.967,20	9.138,50	9.223,00	8.958,70
Uruguai	9.069,00	9.421,90	10.011,30	10.696,40	11.113,70	11.942,40	12.519,10	12.919,60	13.473,20	13.861,80	13.949,00
Venezuela	7.565,00	8.175,50	8.748,90	9.067,00	8.643,70	8.390,00	8.616,30	8.976,20	8.975,10	8.513,20	7.926,00
Média anual	6.685,57	7.290,68	7.783,19	7.933,08	7.982,25	8.180,37	8.428,00	8.640,49	8.978,41	8.644,97	8.434,76

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. [acesso em 2016 set 16]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp

1. 2005-2013. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Produits intérieurs bruts de 1990 à 2013. [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893220>. 2014 e 2015 – Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Produits intérieurs bruts de 1990 à 2013. [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=24737. Dados disponibilizados em Euro foram transformados no valor equivalente a Dólar americano para ser possível comparar com os outros países. Para transformação foi utilizado o conversor de moedas disponibilizado no site do Banco Central do Brasil e o valor da cotação referente ao dia 30 de dezembro do ano em questão (<http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>).

2. Valores do PIB *per capita* abaixo da média anual estão com *grifo* vermelho

Tabela 4 – Gasto público com saúde como proporção do PIB (%) dos países da região de fronteira brasileira, 2005 a 2014.

País	Gasto público com saúde como proporção do PIB (%)										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina	3,66	3,65	3,78	4,12	5,04	4,16	3,75	2,96	2,74	2,65	nd
Bolívia	3,86	3,52	3,41	3,41	3,95	3,66	3,75	3,77	4,24	4,57	nd
Brasil	3,43	3,49	3,46	3,61	3,84	3,79	3,65	3,66	3,83	3,83	nd
Colômbia	4,32	4,54	4,54	4,7	5,15	4,98	5,02	5,28	5,22	5,41	nd
Guiana	4,36	3,04	4,69	5,6	5,3	4,46	4,57	4,34	2,9	3,12	nd
Guiana Francesa ¹	nd ²	3,74	4,11	3,81	3,8	3,74	4,01	4,25	4,49	4,94	nd
Paraguai	2,36	2,61	2,69	2,71	3,5	3,36	3,77	4,6	4,78	4,5	nd
Peru	2,69	2,39	2,41	2,45	2,98	2,79	2,62	2,85	3,05	3,32	nd
Suriname	3,47	3,18	2,98	2,71	3,2	2,93	2,92	3,22	3,2	2,94	nd
Uruguai	7,07	7,25	4,59	5,3	5,35	5,37	5,52	5,95	6,07	6,11	nd
Venezuela	2,15	2,22	2,46	1,23	2,5	2,09	2,34	1,68	1,54	1,54	nd
Média anual	3,74	3,60	3,56	3,60	4,06	3,76	3,81	3,87	3,82	3,90	

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: World Bank. Data from database: Gender Statistics. [acesso em 2016 set 21]. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=gender-statistics>.

1. France. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
2. nd = não disponível na base de dados consultada.
3. Valores do Gasto público com saúde como proporção do PIB (%) abaixo da média anual estão com *grifo* vermelho.

Tabela 5 – Esperança de vida ao nascer dos países da região de fronteira brasileira, 2005 a 2015.

País	Esperança de vida ao nascer em anos											Crescimento entre 2005 e 2015 (%)
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Argentina	74,8	75,0	75,2	75,4	75,6	75,8	76,0	76,1	76,3	76,5	76,8	2,60
Bolívia	64,7	65,1	65,4	65,7	66,0	66,4	66,7	67,0	67,3	67,5	67,8	4,57
Brasil	71,7	72,0	72,3	72,6	72,8	73,1	74,4	73,7	73,9	74,2	74,5	3,76
Colômbia	72,3	72,5	72,8	73,0	73,2	73,4	73,6	73,8	74,0	74,2	74,4	2,82
Guiana	64,5	64,8	65,0	65,3	65,6	65,8	66,0	66,1	66,3	66,5	66,6	3,15
Guiana Francesa	75,6	75,7	75,8	76,0	76,2	76,4	76,7	76,9	77,1	77,4	77,6	2,58
Paraguai	71,3	71,5	71,7	71,8	71,9	72,0	72,1	72,2	72,3	72,3	72,4	1,52
Peru	72,4	72,7	73,0	73,3	73,6	73,9	74,2	74,5	74,8	75,1	75,4	3,98
Suriname	68,8	69,1	69,4	69,7	70,0	70,3	70,6	70,8	71,0	71,2	71,4	3,64
Uruguai	75,9	76,1	76,3	76,5	76,6	76,8	76,9	77,1	77,2	77,4	77,5	2,06
Venezuela	73,2	73,4	73,6	73,8	74,0	74,2	74,3	74,5	74,6	74,8	74,9	2,27
Média anual	71,4	71,6	71,9	72,1	72,3	72,6	72,9	73,0	73,2	73,4	73,6	2,98

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: Pan American Health Organization. Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2016 dez 07]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>. na OPAS, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud. Washington DC, 2015.

1. Valores da esperança de vida de nascer abaixo da média anual estão com *grifo* vermelho.

Tabela 6 – Mortalidade materna a cada 100.000 nascidos vivos dos países da região de fronteira brasileira, 2005 a 2015.

País	Mortalidade materna a cada 100.000 nascidos vivos											Variação entre 2005 e 2015 (%)
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Argentina	58	57	58	57	62	58	56	55	54	54	52	-10,3%
Bolívia	305	298	288	277	266	253	241	230	222	215	206	-32,5%
Brasil	67	68	67	66	65	65	59	60	48	46	44	-34,3%
Colômbia	80	77	75	73	73	72	69	66	67	66	64	-20,0%
Guiana	232	226	217	200	176	241	239	239	236	233	229	-1,3%
Guiana Francesa¹	-	-	-	28,2	16,4	-	-	-	-	-	-	-
Paraguai	159	166	148	149	155	139	145	139	136	134	132	-17,0%
Peru	114	99	95	99	94	92	85	75	72	70	68	-40,4%
Suriname	223	218	217	194	177	169	157	155	162	158	155	-30,5%
Uruguai	26	25	23	20	20	19	17	16	16	15	15	-42,3%
Venezuela	93	96	97	97	98	99	99	98	98	97	95	2,2%

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados no: World Bank. Data from database: Gender Statistics. [acesso em 2017 out 13]. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=gender-statistics>.

1. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Saúde nas Américas: Panorama regional e perfil de países. Brasília: Opas; 2012.

Tabela 7 – Coeficiente de Mortalidade Infantil em crianças menores de um ano a cada 1.000 nascidos vivos dos países da região de fronteira brasileira, 2005 a 2015.

País	Coeficiente de Mortalidade infantil em crianças menores de um ano a cada 1.000 nascidos vivos											Variação entre 2005 e 2015 (%)
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Argentina	15	14,6	14,1	13,7	13,4	13	12,7	12,3	11,9	11,5	11	-26,7%
Bolívia	47	44,4	42,2	40,2	38,4	36,8	35,3	34	32,8	31,7	30,6	-34,9%
Brasil	20	18,2	17,1	16,2	15,4	14,8	14,4	14,3	14,3	14,4	15	-25,0%
Colômbia	18	17,8	17,3	16,9	16,4	15,9	15,4	14,9	14,5	14,1	13,6	-24,4%
Guiana	34,4	34,1	33,9	33,8	33,7	33,5	33,5	33,3	33	32,6	32	-7,0%
Guiana Francesa¹	12,3	11,5	10,5	11,3	11,8	11,8	12,1	11,6	10,1	9,9	8,8	-28,5%
Paraguai	24	23,1	22,4	21,7	21	20,4	19,8	19,2	18,6	18,1	18	-25,0%
Peru	21	20,1	19	18	17,1	16,3	15,6	14,9	14,2	13,6	13	-38,1%
Suriname	26	25	24,3	23,5	22,7	22,1	21,4	20,8	20,1	19,5	19	-26,9%
Uruguai	12,4	12	11,5	11,2	11	10,6	10,3	10	9,5	9,1	8,7	-29,8%
Venezuela	16	15,4	15	14,7	14,5	14,3	14,1	13,8	13,5	13,2	12,9	-19,4%

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: World Bank. Data from database: Gender Statistics. [acesso em 2017 out 13]. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=gender-statistics>.

1. France. Statiss. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social.: Agences Régionales de Santé (ARS). [Acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>

Tabela 8 – Razão de médicos por 10.000 habitantes dos países da região de fronteira brasileira, 2005 a 2014.

País	Razão de médicos por 10.000 habitantes										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina²	32,1	-	-	-	-	32,1	-	38,8 ³	39,4	32,1	-
Bolívia	-	-	3,33	4,9 ^b	4,9 ^c	4,2 ^d	4,2 ^e	4,2	8,9 ^f	8,9 ^g	-
Brasil⁴	13,1	12,5	13	14	14,6	15,1	14,9	15,4	16,2	17,1	17,3
Colômbia³	13,8	14,0	16,0	15,0 ^b	14,5 ^c	14,7	16,8	17,7	17,7 ^f	18,5 ^g	-
Guiana	2,2 ^a	-	3,8	2,2 ^b	2,2 ^c	6,9 ^d	6,9 ^e	-	-	6,9 ^g	-
Guiana Francesa¹	17	16,7	17	17,1	17,6	17,2	16,7	19,7	20,1	20,2	21,1
Paraguai	6,3	6,0	-	13,0 ^b	13 ^c	16,2 ^d	16,2 ^e	16,2	15,8 ^f	15,8 ^g	-
Peru	11,5 ^a	-	-	9,3 ^b	9,3 ^c	10 ^d	10 ^e	10,0	11,9 ^f	11,9 ^g	-
Suriname	-	-	-	8,9 ^b	8,9 ^c	10,3 ^d	10,3 ^e	10,3	10,3 ^f	10,3 ^g	-
Uruguai	38,7	-	41,8	37,4	44 ^h	45 ^h	46 ^h	47,0	47,3 ^f	47,9 ^g	51 ^h
Venezuela	-	-	13,0	-	-	-	-	-	-	13 ^g	-

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: Pan American Health Organization. Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2016 jul 21]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>.

1. Direction de La Recherche, des Etudes, de Evaluation et des Statistiques (France). Agences Regionales de Santé. [acesso em 2016 out 07]. Disponível em: www.dress.social-sante.gouv.fr
2. Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos em Salud. [acesso em 2016 out 16]. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. [acesso em 2016 set 16]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES [acesso em 2017 mar 07]. Disponível em: cnes.datasus.gov.br/
- a) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2008. Washington DC: Pan American Health Organization; 2008.
- b) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2010. Washington DC: Pan American Health Organization; 2010.
- c) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2012. Washington DC: Pan American Health Organization; 2012.
- d) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2013. Washington DC: Pan American Health Organization; 2013.
- e) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2014. Washington DC: Pan American Health Organization; 2014.
- f) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2015. Washington DC: Pan American Health Organization; 2015.
- g) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2016. Washington DC: Pan American Health Organization; 2016
- h) Núñez S. Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos. División Recursos Humanos del SNIS/MSP. ISSN: 1688-8235

Tabela 9 – Razão de enfermeiros por 10.000 habitantes dos países da região de fronteira brasileira, 2005 a 2014.

País	Razão de enfermeiros por 10.000 habitantes										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina ²	3,8 ^a	-	-	-	-	-	-	-	4,7	3,8	-
Bolívia	-	-	-	5,5 ^b	5,5 ^c	2,4 ^d	2,4 ^e	2,4	5,1	5,1 ^g	-
Brasil ⁴	4,6	4,5	9,2	10,2	11,1	12,0	12,7	13,5	14,5	15,6	16,2
Colômbia ³	6,1 ^a	-	8,0	8,0 ^b	8,0 ^c	9,2 ^d	9,2 ^e	10,3	10,3 ^f	10,8	-
Guiana	3,4 ^a	-	-	10,1	10,1 ^c	10,1 ^d	10,1 ^e	-	-	10,1 ^g	-
Guiana Francesa ¹	21,5	31,2	34,8	36,8	42,7	41,6	47,4	55,1	57,5	61,3	62,9
Paraguai	2,8 ^a	-	-	9,0 ^b	9,0 ^c	14,9 ^d	14,9 ^e	14,9	14,6 ^f	14,6 ^g	-
Peru	7,6 ^a	-	6,7	9,5 ^b	9,5 ^c	10,9 ^d	10,9 ^e	10,9	12,7 ^f	12,7 ^g	-
Suriname	-	-	-	16,3	16,3 ^c	18,6 ^d	15,3 ^e	18,6	18,6 ^f	18,6 ^g	-
Uruguai	10,2	-	-	13 ^h	13 ^h	14 ^h	15 ^h	15,3	18 ^f	18,0 ^g	18 ^h
Venezuela	-	-	8,0	-	-	-	-	-	-	8 ^g	-

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: Pan American Health Organization. Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2016 jul 21]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>.

1. Direction de La Recherche, des Etudes, de Evaluation et des Statistiques (France). Agences Regionales de Santé. [acesso em 2016 out 07]. Disponível em: www.dress.social-sante.gouv.fr
2. Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos em Salud. [acesso em 2016 out 16]. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. [acesso em 2016 set 16]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp.
4. Brasil.Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES [acesso em 2017 mar 07]. Disponível em: cnes.datasus.gov.br/
 - a) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2008. Washington DC: Pan American Health Organization; 2008.
 - b) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2010. Washington DC: Pan American Health Organization; 2010.
 - c) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2012. Washington DC: Pan American Health Organization; 2012.
 - d) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2013. Washington DC: Pan American Health Organization; 2013.
 - e) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2014. Washington DC: Pan American Health Organization; 2014.
 - f) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2015. Washington DC: Pan American Health Organization; 2015.
 - g) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2016. Washington DC: Pan American Health Organization; 2016
 - h) Núñez S. Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos. División Recursos Humanos del SNIS/MSP.ISSN: 1688-8235

Tabela 10 – Razão de cirurgiões – dentista por 10.000 habitantes dos países da região de fronteira brasileira, 2005 a 2014.

País	Razão de cirurgiões – dentista por 10.000 habitantes										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina	9,3 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	9,3 ^g	-
Bolívia	-	-	-	0,7 ^b	0,7 ^c	0,8 ^d	0,8 ^e	0,8	0,8 ^f	0,8 ^g	-
Brasil³	3,6	3,8	4,2	4,6	5,0	5,3	5,5 ^e	5,6	5,7	5,9	6,0
Colômbia²	7,8 ^a	-	9,0	-	-	8,6	8,6 ^e	8,3	8,3 ^f	9,1 ^g	-
Guiana	0,1 ^a	-	-	0,4 ^b	0,4	0,4 ^d	-	-	-	0,4 ^g	-
Guiana Francesa¹	1,9	2,0	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	2,2	2,2	2,5	2,7
Paraguai	0,9	0,9	-	-	7,0 ^c	7,0 ^d	7,0 ^e	7,0	7,0 ^f	7,0 ^g	-
Peru	1,1 ^a	-	-	1,2 ^b	1,2 ^c	1,3 ^d	1,3 ^e	1,3	1,9 ^f	1,9 ^g	-
Suriname	-	-	-	-	1,0	1,0 ^d	-	1,0	1 ^f	1 ^g	-
Uruguai	12,4	-	-	7,0 ^b	7,0 ^c	13,4 ^d	13,4 ^e	13,4	14,4 ^f	14,4 ^g	-
Venezuela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,7 ^g	-

Fonte: Elaboração própria.

Dados coletados em: Pan American Health Organization. Core Health Indicators Initiative. [acesso em 2016 jul 21]. Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/en/>.

1. Direction de La Recherche, des Etudes, de Evaluation et des Statistiques (France). Agences Regionales de Santé. [acesso em 2016 out 07]. Disponível em: www.dress.social-sante.gouv.fr
2. Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos em Salud. [acesso em 2016 out 16]. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/observatorio/>.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. [acesso em 2016 set 16]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp.
4. Brasil.Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES [acesso em 2017 mar 07]. Disponível em: cnes.datasus.gov.br/
 - a) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2008. Washington DC: Pan American Health Organization; 2008.
 - b) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2010. Washington DC: Pan American Health Organization; 2010.
 - c) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2012. Washington DC: Pan American Health Organization; 2012.
 - d) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2013. Washington DC: Pan American Health Organization; 2013.
 - e) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2014. Washington DC: Pan American Health Organization; 2014.
 - f) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2015. Washington DC: Pan American Health Organization; 2015.
 - g) Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2016. Washington DC: Pan American Health Organization; 2016

APÊNDICE D – Notas metodológicas e pessoais sobre a construção da tese.

Anotei em blocos de anotação, celular ou notas autoadesivas no computador a trajetória e reflexões durante a construção da tese. Para facilitar a consulta, as notas foram codificadas em: notas metodológicas e notas pessoais/sentimentos em relação à pesquisa.

1. Nota metodológica sobre o primeiro encontro com o objeto de pesquisa.

Durante toda a construção da tese, nos encontros científicos que apresentei o projeto de pesquisa ou nas disciplinas do doutorado, uma pergunta foi recorrente: Por que você escolheu este tema? Por que não escolheu um tema mais fácil ou uma pesquisa que pudesse ser realizada aqui no Ceará? Por isso, escrevi esta nota para lembrar como foi meu primeiro encontro com objeto de pesquisa e minha motivação para realizar pesquisas sobre esse tema.

Encontrei a Prof.^a Andréa na apresentação dos trabalhos de conclusão de curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família, do Provac, na Escola de Saúde da Família de Sobral, no final de 2012. Na ocasião estava avaliando TCC.

Começamos a conversar, e ela me perguntou se eu já tinha lido ou escutado falar sobre Diplomacia da Saúde. “Diplomacia da Saúde? Não nunca ouvi falar”, respondi. Eu, na minha santa ignorância, pensei duas coisas, mas não verbalizei. A primeira: será que a diplomacia da saúde está relacionada aos processos éticos na área da saúde? A segunda: a Prof.^a Andréa agora quer ser diplomata!

Depois desse dia, fiquei curiosa e fui pesquisar na internet sobre a tal diplomacia da saúde. Eu me senti como o bonequinho na tirinha a seguir, e me apaixonei pelo tema.



Fonte: <http://saudeglobal.org/>

A partir desse dia, comecei a fazer várias perguntas e reflexões sobre o tema, como por exemplo: Onde se manifesta mais concretamente a diplomacia da saúde? Que atores estão

envolvidos nesse processo? Como se manifesta nas ações e serviços de saúde bucal? Esses questionamentos culminaram na proposição da tese.

2. Notas metodológicas sobre a definição dos objetivos da pesquisa.

O tema da pesquisa e, posteriormente, o objeto de pesquisa emergiram da seguinte reflexão: “Como se dá a cooperação internacional entre países da América Latina e Caribena região de fronteira brasileira sob a ótica da saúde bucal?”. Essa reflexão foi suscitada após o encontro com o tema DSG. Entretanto, meus conhecimentos e leituras sobre DSG eram muito superficiais.

Percebi que precisaria primeiro compreender o que era a DSG, seus principais conceitos, o estado da arte sobre essa temática para depois construir a análise de um dos aspectos da DSG, que é a cooperação internacional em saúde. Optei por construir um quadro teórico conceitual sobre o tema para guiar a pesquisa. Assim foi definido o primeiro objetivo específico da pesquisa: “Propor um modelo conceitual sobre Diplomacia da Saúde Global”.

Após a construção desse quadro teórico, pensei que poderia analisar a CIS entre os países e território da região de fronteira, entretanto surgiram novos desafios. Para compreender a CIS, eu precisaria primeiro compreender como se organizam as políticas de saúde bucal no grupo pesquisado e, para compreender essas políticas, necessitaria compreender as características dos sistemas de saúde. Surgiram assim os outros objetivos específicos da tese.

Todos os objetivos foram construídos a partir de muitas conversas e reflexões, ou seja, do processo de orientação capitaneado pela Prof.^a Andréa.

3. Notas metodológicas sobre a fase de coleta de dados

O primeiro passo foi definir os sítios eletrônicos para pesquisa dos documentos. Na estratégia de busca dos sítios eletrônicos oficiais, foram digitadas as palavras “Ministério da Saúde”, “Santé Guyane”, “Ministryo del Salud” ou “Ministry of Health”, seguidas do nome do país no site de busca Google Brasil, tendo em vista a multiplicidade de idiomas dos países e território envolvidos na pesquisa. Os sites foram salvos em uma pasta na barra de favoritos do navegador.

Em todos os sítios eletrônicos, a consulta foi iniciada pela aba “institucional ou quem somos nós” e, a partir do resumo ou dos documentos citados, procedeu-se a busca das

informações para compreensão do sistema de saúde, políticas de saúde bucal de cada país. As informações sobre cooperação internacional em saúde foram coletadas nos documentos sobre sistemas de saúde e políticas de saúde bucal e nos *sites* das organizações internacionais.

Especificidades em relação aos sítios eletrônicos e à coleta de documentos de cada país foram anotadas durante a pesquisa. Os sítios eletrônicos pesquisados estão na ordem da coleta, que foi aleatória, a saber:

- **Bolívia e Colômbia:** *sites* de fácil navegação, informações (leis, decretos, documentos oficiais) disponíveis para *download*. Sítios eletrônicos pesquisados:

Bolívia – <http://www.minsalud.gob.bo>.

Colômbia – <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>.

- **Guiana:** *site* com informações gerais sobre o sistema de saúde e programas desenvolvidos pelo ministério, informações não disponíveis para *download*. Não havia *link* ou aba para “legislação” como nos outros *sites*. Leis e documentos técnicos citados no site foram encontrados em pesquisa no Google. Indicação do Plano de Estratégias em cada área ou programa desenvolvido pelo Ministério da saúde. Informações sobre o sistema de saúde foram consultadas em outro sítio eletrônico. Sítio eletrônico pesquisado: Guiana – <http://www.health.gov.gy/> e <http://www.commonwealthhealth.org/americas/guyana/>
- **Peru:** além do *site* do ministério, foi consultado o *site* do Seguro Integral de Saúde (<http://www.sis.gob.pe/nuevoPortal/index.html>) para coleta de informações sobre a cobertura do Seguro Integral em Saúde, fontes de financiamento e tipo de relação ou regulação dessa instituição. Sítio eletrônico pesquisado: Peru – <http://www.minsa.gob.pe/>.
- **Suriname:** o *site* apresenta informações acessíveis e informações disponíveis para *download*. A dificuldade foi com o idioma (holandês) que predomina na maioria dos documentos e no *site*. Com ajuda de tradutores *on-line*, essa dificuldade foi amenizada. Alguns documentos possuíam tradução para a língua inglesa. Sítio eletrônico pesquisado: Suriname – <http://health.gov.sr/sr/ministerie-van-volksgezondheid>.
- **Uruguai:** o *site* apresenta informações gerais sobre o funcionamento do ministério, missão, estrutura. Na aba programas, há uma breve definição das ações por área e citações de documentos e leis, mas sem acesso aos documentos para *download*. Para localizar as leis, foi digitada a palavra “ley” seguida do número ou nome do documento que foi citado na aba “programas” na janela para pesquisa do site “buscar en el sitio”. As leis e decretos e

documentos oficiais foram localizadas e procedeu-se o *download*. Sítio eletrônico pesquisado: Uruguai – <http://www.msp.gub.uy>.

- **Paraguai:** na aba institucional, estava disponível um atalho para política nacional de saúde 2015-2030, que também estava disponível para *download*. Na aba institucional, foi consultado o atalho denominado “Legislación en Salud”, que possuía breve descrição das principais leis e decretos que criam e regulam o sistema de saúde do Paraguai. Todavia, as leis e decretos não estavam disponíveis para *download*. As leis e decretos foram localizadas através de pesquisa no Google. Sítio eletrônico pesquisado: Paraguai – <http://www.mspbs.gov.py>.
- **Venezuela:** o *site* do ministério apresenta informações gerais sobre as competências e funções e estrutura do “Ministério del Poder Popular para la Salud”, mas não há acesso para documentos, leis ou decretos. Esses documentos e citações sobre o sistema de saúde foram encontrados no *site* <http://www.sacs.gob.ve> do Serviço Autônomo de contraloria Sanitária e no *site* da OPAS <http://www.paho.org/ven>. O *site* do sistema de informação da Venezuela (http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=83&Itemid=46#) foi consultado para busca de informações sobre os indicadores selecionados. Sítio eletrônico consultado: Venezuela – <http://www.mpps.gob.ve/>.
- **Argentina:** *site* de fácil navegação. Documentos disponíveis para *download*. Para coleta de dados dos indicadores de recursos humanos, foram utilizados os dados da “La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud” (REFEPS), visto que nos *sites* da OPAS, World Bank e Cepal os dados disponíveis eram escassos. Esses dados foram pesquisados no seguinte sítio eletrônico: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>. Sítios eletrônicos pesquisados: Argentina – <http://www.msal.gov.ar/> / <http://deis.msal.gov.ar/index.php/indicadores-basicos/> / <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/home.php>
- **Guiana Francesa:** o *site* do ministério apresenta informações sobre o sistema de saúde, sua forma de organização, financiamento e forma de acesso aos serviços. Relatórios de gestão e resultados de saúde estão disponibilizados para *download*. Tive dificuldade com o idioma (Francês), mas com a ajuda de tradutores *on-line* esta dificuldade foi amenizada. Dados estatísticos sobre a saúde do território foram encontrados no *site* do Ministério da Saúde da França (<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm>). A lei que serve de

base para Agência Regional de Saúde é a mesma que regula e organiza o sistema de saúde francês. Foi o país que mais ofereceu dificuldade de acesso aos dados, pois tive que aprender a manusear o sistema de informação de saúde da França para decodificar os dados por regiões, visto que a Guiana Francesa é uma das regiões de saúde da França. Sítio eletrônico pesquisado: Guiana Francesa – <http://www.ars.guyane.sante.fr/Internet.guyane.0.html>

- **Brasil:** como já tinha familiaridade com o sítio eletrônico, sistema de informação, os documentos sobre sistema de saúde e política de saúde bucal, o Brasil foi o último país escolhido para coleta de dados. Dados sobre recursos humanos foram consultados no sistema de informação CNES (cnes.datasus.gov.br). Documentos sobre os sistemas de saúde e políticas de saúde bucal foram coletados, também, no *site* do Departamento de Atenção Básica (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>). O *site* do Ministério da Saúde é de fácil navegação. Sítio eletrônico pesquisado: Brasil – <http://portalsaude.saude.gov.br/>

- **Outros sítios eletrônicos e banco de dados *on-line* pesquisados para a coleta de indicadores selecionados na caracterização dos sistemas de saúde dos países.**
 1. Observatorio de Recursos Humanos de Salud en la Región de las Américas - <http://www.observatoriorh.org/>
 2. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS/UNASUL) – http://www.isags-unasul.org/it_biblioteca.php?cat=2&lg=1&bb=319
 3. World Bank. Data from database: Gender Statistics - <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=gender-statistics>
 4. World Bank. Latin America and Caribbean. Data base Countries in this region - <http://www.worldbank.org/en/region/lac>
 5. CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas - http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/perfilesNacionales.html?idioma=spanish
 6. Pan American Health Organization/World Health Organization. PLISA Database - <http://www1.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

4. Algumas notas pessoais/sentimentos em relação à pesquisa.

NOTAS |
07/06/17 - MANHÃ
Encontro com uma colega que há muito tempo não via
- E qual o tema da tua tese?
- Diplomacia da Saúde...Cooperação Internacional etc
- (silêncio)...mudou de assunto
as reações em relação ao tema da tese são sempre estas...
que me deixa, às vezes, um pouco insegura, escrever sobre
um tema que é pouco discutido e desconhecido para maioria
das pessoas...mas vamos em frente q hoje tenho que
entregar o capítulo dos sistemas de saúde revisado...ou
minha orientadora me dá as contas kkk

4:13 - 31/05 -
COMEÇOU BATER UM DESESPERO
E UMA PERGUNTA INSOLENTE:
SERÁ QUE EU VOU CONSEGUIR
CONCLUIR?

NP - 07/06/17
6. Fazer nota de rodapé
nº 6
o que acontece em um país
quando a taxa de emprego
global cai? ...é muita viagem
meu deus...será que tem um
santo iluminador da tese
vou já acender uma vela p
ele kkk

NP - 30/10/17
as referências as vezes podem não
ser tão recentes pois são
referentes aos documentos
coletados para fazer a
caracterização dos sistemas e
políticas de saúde...quando possível
procurei referências recentes sobre
indicadores ou dados de saúde.

26/06/17 - 23:05
 preocupada com informações sobre Saúde Bucal na Guiana Francesa são escassas... não encontro documentos e há poucas informações nos docs oficiais consultados... esta poderá se transformar em uma limitação da pesquisa... mas vou pesquisar mais uma semana...

MADRUGADA DE 31/05/17 - NP -
 UM MINUTO DE SILÊNCIO PARA O ESTADO
 saúde mental EM QUE ME ENCONTRAVA
 QUANDO RESOLVI fazer esta TESE E DOIS
 MINUTOS PARA ORIENTADORA...

23/11/17 -
 Se me perguntarem qual foi sua maior dificuldade na construção desta tese? Vou contar a saga da busca de informações sobre a Guiana Francesa...

18/01/18
 Retificando:
 Se me perguntarem qual foi sua maior dificuldade na construção desta tese? transformar quase 400 páginas em 4 artigos...



30/03/18 - 20:58
 Fiquei pensando hoje que se a distância ida e volta de fortaleza para sobral é de 456km, em 4 anos eu fui umas 4 vezes por mês durante 8 meses em cada ano (4 anos)...rodei 56.368km!!!

30/03/18 - Gratidão!
 Sem o apoio e compreensão do meu filho Yan e meu esposo eu certamente não teria conseguido superar o luto e todos os desafios e limites para escalar o everest e concluir a tese (como diz meu filho yan)

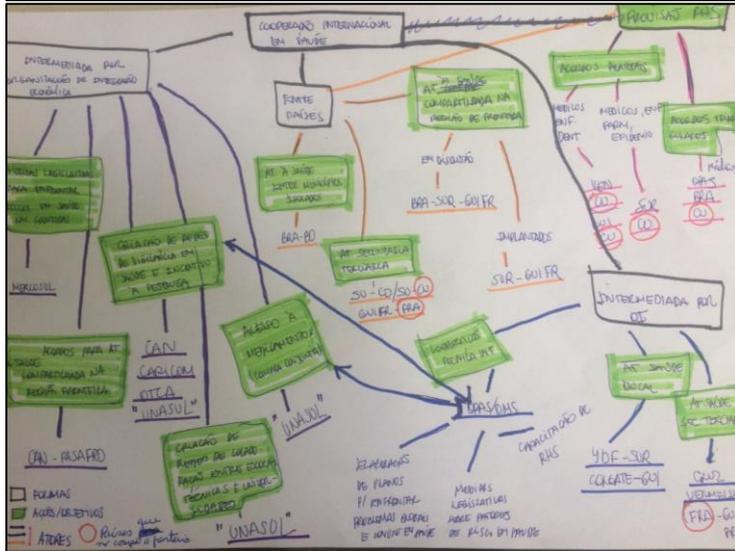
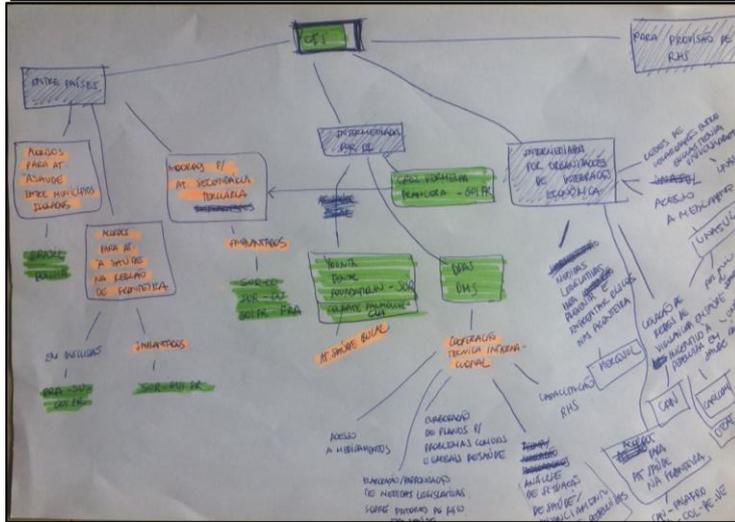
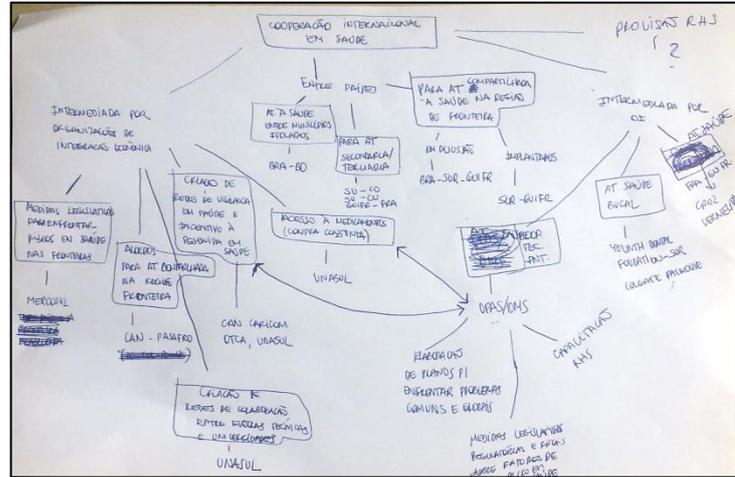
17/04/18 - Pré Defesa

uma saga inesquecível com direito a placa de computador queimada no dia anterior...uma banca admirável e valiosas contribuições...sentimentos de felicidade e gratidão me fizeram lembrar do poema de Fernando Pessoa Sonho impossível

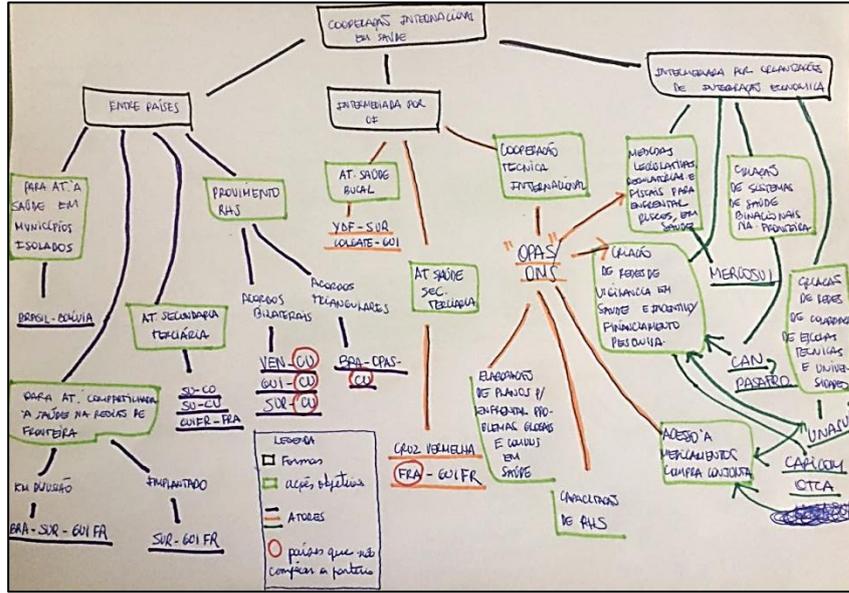
"Sonhar mais um sonho impossível
 Lutar quando é fácil ceder
 Vencer o inimigo invencível
 Negar quando a regra é vender
 Sofrer a tortura implacável
 Romper a incabível prisão
 Voar num limite provável
 Tocar o inacessível chão
 É minha lei, é minha questão
 Virar este mundo, cravar este chão
 Não me importa saber
 Se é terrível demais
 Quantas guerras terei que vencer

Por um pouco de paz
 E amanhã se este chão que eu beije
 For meu leito e perdão
 Vou saber que valeu
 Delirar e morrer de paixão
 E assim, seja lá como for
 Vai ter fim a infinita aflição
 E o mundo vai ver uma flor
 Brotar do impossível chão"

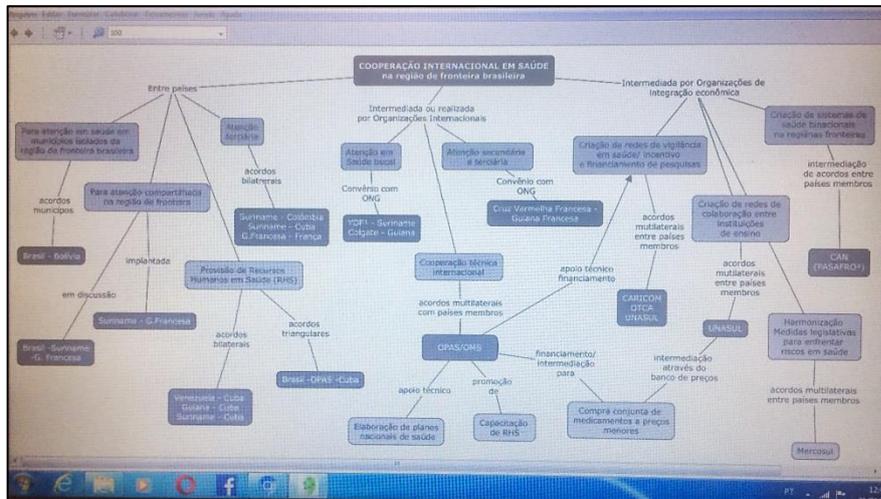
APÊNDICE E – Construção do mapa conceitual sobre cooperação internacional em saúde (sequência de fotos).



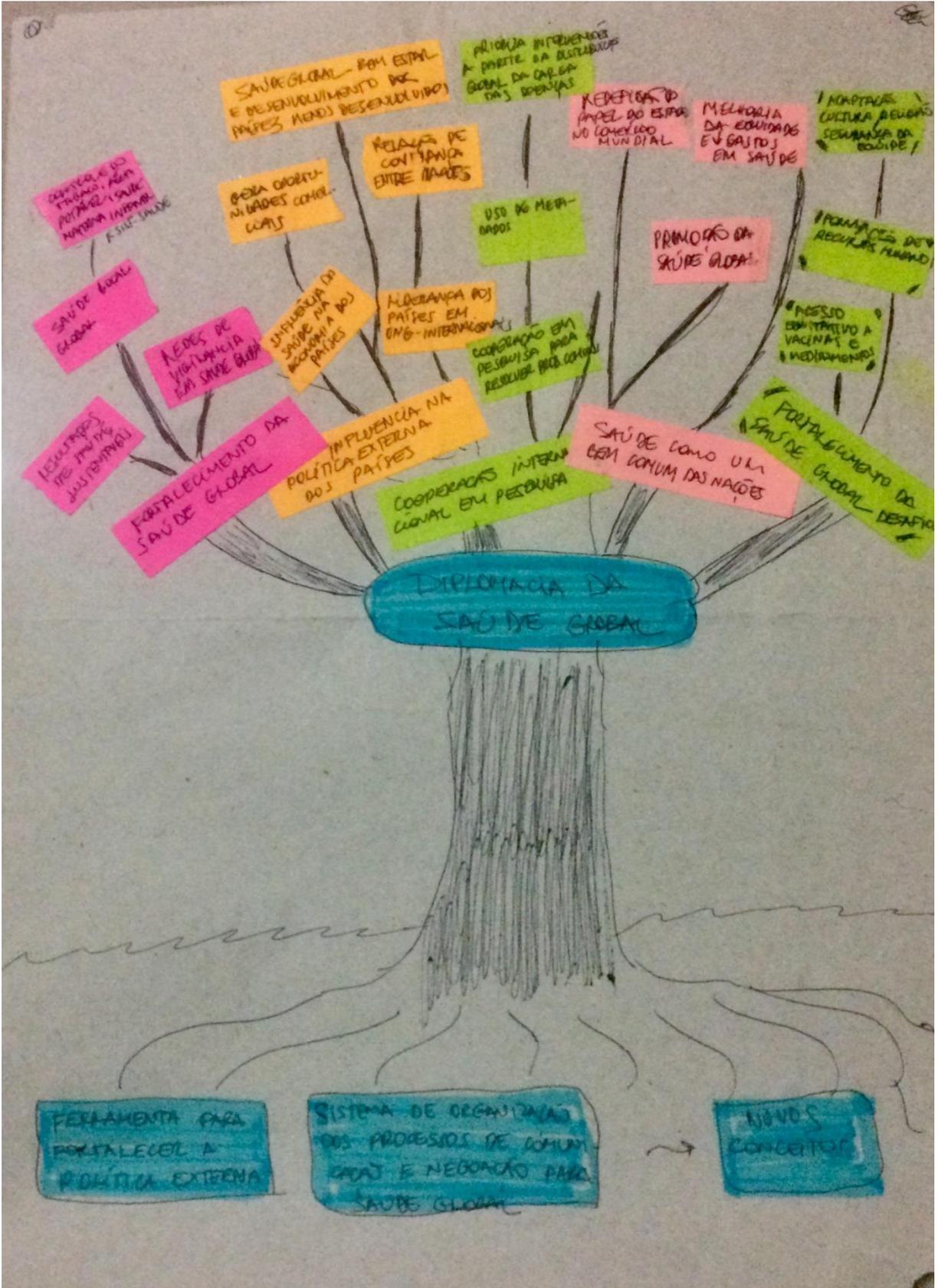
Fonte: Elaboração própria.



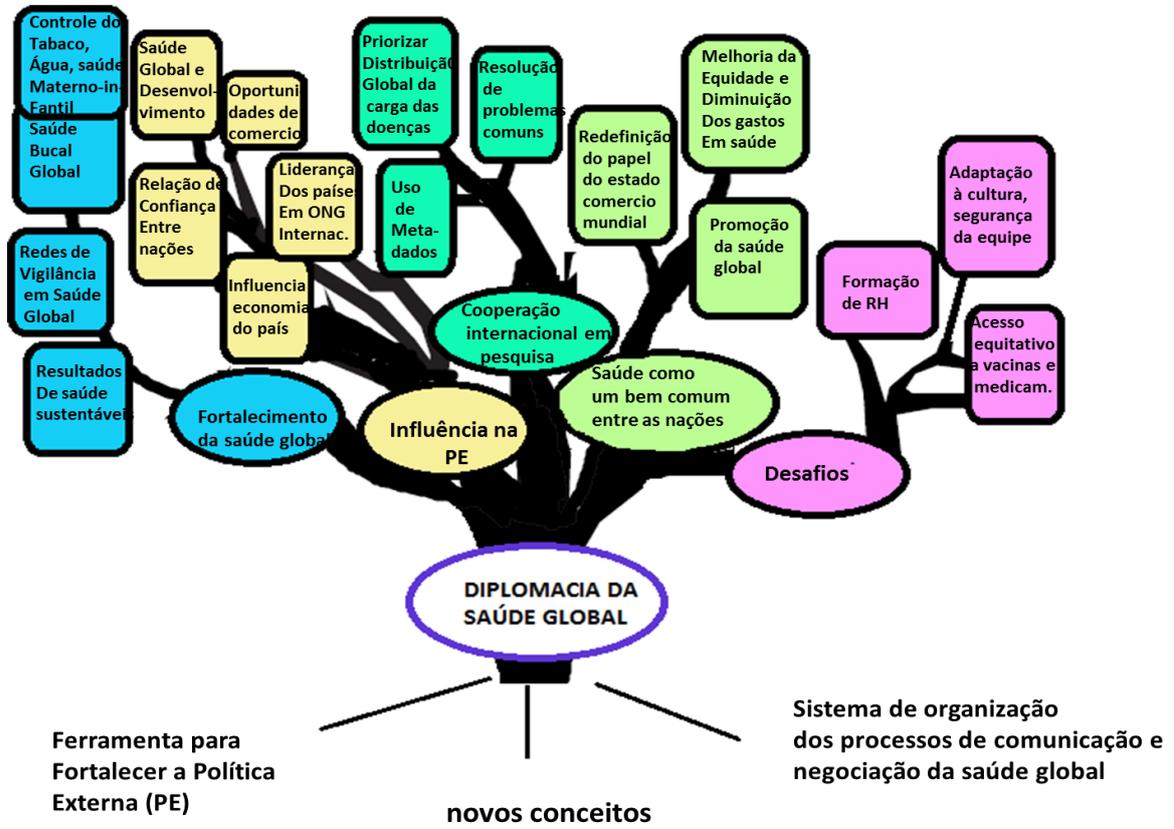
Fonte: Elaboração própria.



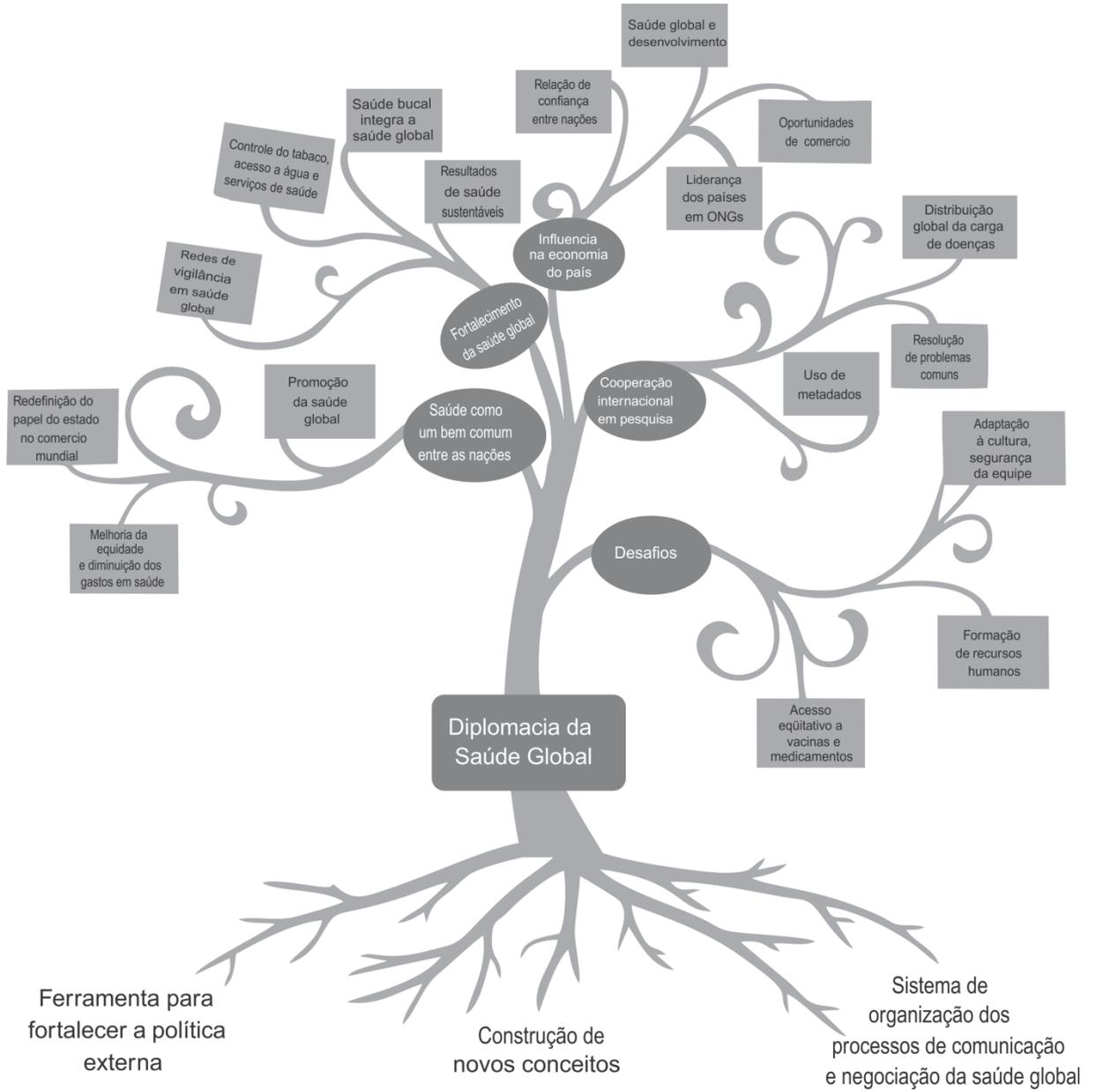
Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Elaboração própria.

ANEXO A – Mapa da faixa de fronteira do Brasil

