

FRONTEIRA BRASIL- URUGUAI: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O ATENDIMENTO HOSPITALAR PÚBLICO EM SANTANA DO LIVRAMENTO E RIVERA

**BRAZIL-URUGUAY BORDER: A CASE STUDY ON PUBLIC HOSPITAL CARE
IN SANTANA DO LIVRAMENTO AND RIVERA**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 28/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790536634](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790536634)

Márcio Costa Castilho¹

Laienifer Pintos Vieira²

Sebastião Airton da Rosa Cerqueira-Adão³

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo caracterizar a qualidade do serviço de saúde pública hospitalar na fronteira de Santana do Livramento/RS-Brasil e Rivera-Uruguai. O estudo foi desenvolvido dentro de uma abordagem qualitativa e um enfoque exploratório e descritivo e que devido às múltiplas fontes para a pesquisa, esta se caracterizou como um Estudo de Caso e assim poder chegar a uma avaliação da qualidade de serviço da saúde nas duas cidades de região de fronteira. Ao final do estudo foi possível perceber que, apesar de toda precarização dos hospitais estudados, a pesquisa constatou que ambos os hospitais prezam pela higiene e limpeza adequada, seguindo protocolos estabelecidos, tentando manter o mínimo de condições necessárias ao paciente. Há que ressaltar que no Brasil a população ser maior e assim também maiores são as dificuldades para solucionar os problemas de saúde que surgem no dia a dia da Santa Casa. No lado uruguaio a população é bem menor, mas esse fator não contribui para que o Uruguai tenha, a partir do exemplo do hospital de Rivera, total adequação para o usuário seja bem atendido, receber uma medicação que amenize sua doença ou sua dor.

Palavras-chave: Qualidade em Serviços; Saúde Pública; Hospital de Fronteira.

ABSTRACT

This study aims to characterize the quality of public hospital health services along the border between Santana do Livramento (Brazil) and Rivera (Uruguay). The research employed a qualitative approach with an exploratory and descriptive focus; given the use of multiple data sources, it was structured as a case study to evaluate service quality in the two border cities. The findings revealed that, despite the precarious conditions observed at the hospitals, both institutions

prioritize proper hygiene and cleanliness, adhere to established protocols, and strive to maintain the minimum conditions necessary for patient care. It is worth noting that the larger population in Brazil presents greater challenges in addressing the daily health issues faced by the *Santa Casa* hospital. On the Uruguayan side, the population is significantly smaller; however, this factor does not ensure—as evidenced by the Rivera hospital—that the facility is fully equipped to provide adequate care or ensure patients receive medication to alleviate their illnesses or pain.

Keywords: Service Quality; Public Health; Border Hospital.

1. INTRODUÇÃO

Diversas dificuldades têm sido observadas em países com extensas fronteiras como o Brasil que faz divisa internacional com dez países da América do Sul, gerando uma movimentação das populações residentes nestas fronteiras em fluxos ora em um sentido, ora em outro, devido, especialmente, ao fato desses países possuírem, em determinados momentos, melhores condições políticas, de planejamento, programas e serviços, como aponta Gadelha e Costa (2007).

O território brasileiro tem de fronteira 15.719 km de comprimento, e sua faixa de fronteira, região de até 150 km de largura do seu limite internacional, abrange 27% do território brasileiro e reúne uma população de aproximadamente dez milhões de pessoas. E nessa região tem 588 municípios e onze unidades pertencentes à Federação: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina segundo a Agência Brasileira de Inteligência (ABIN, 2018). O Brasil faz fronteira com dez países sul-americanos, sendo eles a

Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai, Venezuela e a Guiana Francesa que representa o espaço com maior convívio cotidiano com países do continente.

Uma das questões mais pontuais que se observa em relação às situações de fronteiras na América do Sul está relacionada à saúde, em que cidadãos de um país tendem a buscar atendimento ambulatorial e hospitalar em outro país vizinho, principalmente quando as fronteiras que os separam são fronteiras secas como é o caso de cidades como Ponta Porã no Mato Grosso do Sul e Pedro Juan Caballero no Paraguai, também o caso de Santana do Livramento/RS no Brasil e Rivera no Uruguai, ou ainda Aceguá/RS e Aceguá, no Departamento de Cerro Largo no Uruguai.

Entretanto, tem-se que essa busca vai muito mais além, pois onde não existem fronteiras secas, percebe-se também o uso de serviços de saúde por cidadãos de outros países que necessitam atravessar pontes ou mesmo utilizar balsas para chegar ao outro lado da Fronteira como é o caso de Pacaraima no Brasil e Santa Elena de Uaiarén na Venezuela, ainda Foz do Iguaçu no Brasil e Ciudad de Leste no Paraguai, ou ainda, Uruguiana no Brasil e Paso de Los Libres na Argentina.

Normalmente as práticas cotidianas existentes em populações fronteiriças muitas vezes antecipam legislações e acordos internacionais e todo esse processo de integração acaba gerando novos desafios principalmente para os sistemas de saúde que demandam políticas específicas que garantam o direito à saúde pública nessas regiões (Giovanella et al., 2007).

Entretanto, vivencia-se que em alguns dos países vizinhos a resolutividade de problemas de saúde geralmente são difíceis, uma vez que estas cidades estão muito longe das capitais de seus países, sendo uma alternativa de tratamento a utilização dos serviços de saúde em cidades de outros países limítrofes.

Abordar a qualidade dos serviços de saúde em regiões de fronteira requer ao que parece, não só o conhecimento em relação aos serviços em si, mas também as normas e as leis de um país, assim como o conhecimento do sistema de saúde de países vizinhos que fazem fronteira entre si. Outro elemento que tem chamado à atenção no que tange aos serviços de saúde em regiões de fronteira, é que independente da nacionalidade, quando um cidadão busca resolver seus problemas de saúde em instituições públicas, este deve ter seu atendimento assegurado sem que se observe sua nacionalidade, visto que na profissão médica o imperativo é salvar vidas, não importando de quem.

No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela constituição Federal de 1988 cujo artigo 196 dispõe, em grandes linhas, que "Saúde é direito de todos e dever do Estado", garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (DENEM, 2019).

O Sistema de Saúde (SUS) alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à

rede de instituições – serviços e ações responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde (Bahia, 2009).

De acordo com Almeida (1999) reformas na saúde se intensificaram nos anos 90. No entanto, suas motivações eram vista mais numa exacerbação das desigualdades e menos no excesso de gastos dos sistemas locais de saúde.

Quando se mensura a qualidade em serviços de saúde parece não ser tarefa fácil, dado que se fala de duas dimensões muito subjetivas, ou seja, saúde e qualidade. Porém, quando se observa em Bonato (2011, p. 319) que a obtenção da qualidade nos serviços de saúde além de contar com a ajuda de uma equipe multidisciplinar, necessita levar em conta elementos como planejamento, revisão de processos, bem como, enfatiza a autora, o acompanhamento de desempenho e melhorias constantes, sendo que esses sistemas de avaliação da qualidade em serviços de saúde foram adotados no Brasil no final da década de 80 e início dos anos 90.

A qualidade dos serviços de saúde no Brasil parece emergir como um elemento atrativo para os cidadãos oriundos de países fronteiriços, notório por sua concepção da saúde como direito, com integralidade e acesso universal, gerando um demanda bastante relevante de estrangeiros principalmente devido à gratuidade e qualidade dos serviços (Nogueira; Fagundes, 2014). Entretanto, quando se depara com a qualidade da saúde oferecida na cidade de Rivera no Uruguai que faz fronteira com a cidade de Santana do Livramento no Brasil, tanto para cidadãos uruguaio e santanenses, em alguns momentos se visualiza que os serviços na área da saúde daquele país possuem uma melhor resolutividade diante de problemas que envolvem a saúde pública, assim sendo isto acaba

trazendo uma grande quantidade de cidadãos de Santana do Livramento no Brasil em busca de atendimento na saúde pública no hospital da cidade vizinha Rivera no Uruguai.

As "organizações humanas" (empresas, escolas, hospitais, etc.) são meios (causas) destinados a atingir determinados fins (efeitos). Mas o controle de uma organização significa detectar os fins, os efeitos ou seus resultados alcançados que poderiam até serem os problemas da organização (Falconi, 2004, p.14).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), um sistema de saúde é um conjunto de relações políticas econômicas e institucionais que tem a responsabilidade da condução dos processos referentes à saúde de uma dada população.

A questão da qualidade dos serviços de saúde é um desafio aos gestores, técnicos e outros profissionais que apresentem capacidades que, quando bem geridas originam produtos aptos a satisfazer as necessidades dos seus utilizadores, como pode ser observado em Pisco (2004).

No último relatório sobre o cenário dos Hospitais no Brasil, desenvolvido pela Federação Brasileira de Hospitais – FBH (2018) em colaboração com a Confederação Nacional de Saúde - CNS, foi constatada uma grande infraestrutura granular de serviços especializados em Saúde no interior do País, que necessitam ser modernizados, tanto no sentido de tecnologia quando de infraestrutura física, podendo assim gerar um grande colapso no atendimento da Saúde Suplementar e do SUS, isto principalmente fora as grandes capitais do País.

Parece que se vivência, devido à situação da saúde entre Santana do Livramento no Brasil e Rivera no Uruguai, que em pouco tempo acontecerá uma reformulação da estrutura atual de saúde entre as duas cidades de países diferentes, gerando assim um sistema mais ampliado, além das fronteiras ou que resulte em uma melhor política de acesso aos dois sistemas de saúde públicos existentes atualmente.

É neste contexto de fronteira, que se ambienta o presente estudo, sendo que para desenvolvê-lo faz-se a seguinte pergunta: Como se caracteriza a qualidade do atendimento de saúde pública hospitalar na fronteira Santana do Livramento/RS-Brasil e Rivera-Uruguai?

Para responder à pergunta central proposta para este estudo, têm-se os seguintes objetivos específicos:

- a. Compreender a Qualidade dos Serviços de Saúde Pública dos dois maiores Hospitais da Fronteira Brasil e Uruguai;
- b. Identificar a relação entre a percepção dos usuários e dos atores do Serviço de Saúde Pública nos dois maiores Hospitais da Fronteira Santana do Livramento/RS-Brasil e de Rivera-Uruguai;

O intuito desta pesquisa é analisar junto à rede hospitalar pública de Santana do Livramento/RS-Brasil e Rivera-Uruguai como é a qualidade da saúde hospitalar nestas duas cidades vizinhas e o que faz com que em ambas as cidades os usuários preferirem a um ou a outro Serviço Público de Saúde, bem como analisar de que forma é conduzida a padronização da qualidade em ambos os sistemas.

A relevância desse estudo recai no fato de que um dos problemas que mais aflige a sociedade em termos de oferta de serviços públicos diz respeito aos serviços de saúde, em que no Brasil esta a beira de um colapso. Diante da crise fiscal em municípios, nos estados e na União (Costa; Souza, 2017). E tem-se que as pessoas que não têm acesso à saúde privada são as que estão mais sujeitas a falta de assistência e tratamento.

A justificativa desta pesquisa também recai no fato de que se entende ser necessária a contextualização e análise da saúde pública no Brasil e no mundo, neste sentido, esta pesquisa buscará concentrar um conjunto de teorias sobre qualidade nos sistemas de saúde e que tais teorias possam servir de base para outros estudos que abordem esta mesma temática.

Além disso, traz à tona como os organismos internacionais de cooperação e integração, como por exemplo, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), o Instituto Sul Americano de Governo e Saúde (ISAGS) e a organização Pan Americana de Saúde em Brasília (OPAS/OMS), disponibilizam dados e informações de estudos sobre saúde, entendendo-se ser fundamental que estudiosos e agentes públicos procurem acompanhar e se atualizarem sobre as conjunturas sociopolíticas que impactam o desenvolvimento dos sistemas de saúde da América Latina (Levcovitz; Couto, 2018).

Ainda entende-se que a relevância do estudo, e que, os resultados aqui encontrados podem servir de base para que os gestores das unidades hospitalares estudadas possam utilizá-los nos seus processos de tomada decisão.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta etapa do estudo expõem-se todo o material pertinente à revisão da literatura e os elementos conceituais, tendo como referência os autores relacionados em conformidade com os itens a serem abordados, quais sejam o Sistema de Saúde Pública no Brasil e o Sistema de Saúde Pública no Uruguai, bem como a Qualidade do Serviço na Saúde Pública.

2.1. Sistema de Saúde Pública no Brasil e o Sistema de Saúde Pública no Uruguai

O Sistema de Saúde no Brasil segue princípios de federalismo cooperativo que exige a atuação conjunta de toda a esfera governamental para execução das ações e serviços na área de saúde harmonicamente (Dourado; Elias, 2011).

Seguindo ainda conforme os autores citados acima, o Sistema único de Saúde – SUS, foi a mais ambiciosa e abrangente política pública de saúde já formulada no país, emerge sitiado pela conformação de uma relação de Estado/Sociedade no momento histórico, sendo de um lado, acostado pelo que pode se dizer nova agenda de problemas, está sendo uma expressão da conformação do Estado, representada no acolhimento da mercadorização da saúde.

O SUS possui uma gestão dos serviços solidária e participativa entre a União, os Municípios e os estados, sendo que sua rede abrange tanto ações como os serviços de saúde, englobando a atenção primária, média e alta complexidade, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, e ações das vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e até mesmo assistência farmacêutica, como aponta o Ministério de Saúde (MS, 2019).

No o Uruguai o sistema de saúde esta sobre o respaldo da Lei 18.211 que regulamenta O Sistema Nacional Integrado de Saúde - SNIS, que entrou em vigor no ano de 2008, no entanto o Uruguai possui uma trajetória longa sobre reformas em saúde pública (Martino; Ortega; Lema, 2008).

A sua organização é feita pelo Ministério de Saúde o qual compreende instâncias regionais descentralizadas com autonomia de gestão. E sua administração dos Serviços de Saúde do Estado – ASSE, constitui sua principal rede de serviços de saúde, com sua assistência em todos os níveis, mas para isto que seja comprovado realmente à carência do paciente como em La Construcción Del Sistema Nacional Integrado de Salud (Buttieres; Mendes, 2011). Atualmente o financiamento do sistema uruguaio por meio do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) alcança uma cobertura de aproximadamente 97% da população do país (MSP/BPS, 2025).

O Brasil está entre os que mais gastam com saúde na América Latina, e no Health Inclusivity Index, levantamento internacional sobre inclusividade em saúde realizado pela Economist Impact em parceria com a University College London, o país ocupa a 19ª posição numa lista de 40 nações, sendo beneficiado especialmente pela existência do SUS (Economist Impact, 2024).

Entretanto o nosso País vizinho Uruguai não consta com posição divulgada nesse mesmo levantamento, o que impede uma comparação direta e atualizada entre os dois países nesse indicador específico.

2.1.1. Sistema de Saúde Pública no Brasil

O sistema de saúde da Pública do Brasil comparado a outros sistemas de saúde do mundo é bastante complexo sendo considerado um dos maiores, engloba desde atendimento simples até atendimentos de avaliação de pressão arterial, por meio da atenção primária, até transplantes de órgãos, garantindo assim acesso integral, universal e sem custos para a população do país (Ministério de Saúde 2019).

O SUS é um sistema único e universal que se estende a toda população brasileira desde 1990, independente de classe social com total gratuidade e integralmente na visão do Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS, 2019). No ano de 2017 a população brasileira recebeu vacinação de febre amarela e em apenas 4 meses foram mais de milhões de pessoas vacinadas.

As ações do Sistema Único de Saúde (SUS) são diversas e englobam, por exemplo, o controle de qualidade da água potável que chega à casa dos brasileiros, na fiscalização de alimentos pela Vigilância Sanitária nos supermercados, lanchonetes e restaurantes que, na assiduidade dos aeroportos e rodoviárias, e inclusive, nas regras de vendas de medicamentos genéricos ou nas campanhas de vacinação, de doação de sangue ou leite materno que acontecem durante todo o ano. Muitos procedimentos médicos de média e alta complexidade, por exemplo, são feitos pelo SUS, como doação de sangue, doação de leite humano (por meio de Bancos de Leite Humano), quimioterapia e transplante de órgãos, entre outros (SUS, 2019).

O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e no período anterior, o sistema de saúde só prestava serviços aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, em torno de 30

milhões de pessoas com acesso a serviços hospitalares, sendo os atendimentos aos demais pelas entidades filantrópicas do país (MS, 2019).

A assistência hospitalar do Sistema Único de Saúde é organizada de acordo com as necessidades da população que como fim é garantir aos usuários um atendimento de qualidade com assistência e segurança ao paciente (MS, 2018).

O Brasil além de possuir 26 Estados Federados, formado em sua totalidade por 5.571 municípios e do Distrito federal, o SUS esta distribuído nos três níveis de governo; federal, estadual e municipal, compartilha entre eles o mesmo sistema de saúde como aborda o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2025).

2.1.2. Sistema de Saúde Pública no Uruguai

No Uruguai todo processo de reforma sanitário iniciou em 2004 com as eleições presidências e com o grupo de esquerda Frente Ampla ganhando as eleições a qual queria "universalizar o acesso à saúde com equidade nos gastos e no financiamento, conseguindo assim mais qualidade nas assistências desenvolvimento da sustentabilidade do sistema d saúde" (Uruguay, 2007, p.2).

O Sistema Nacional Integrado de Saúde-SNIS, foi criado a partir da Lei nº 18.211 de Novembro de 2007 o qual apresentava como principal direito aos residentes do país à proteção a saúde desde o ano de 2006 (Uruguay, 2007).

O sistema de saúde do Uruguai é misto, contempla o público e o privado, e se baseia legalmente nas leis aprovadas no ano de 2005 e o controle é feito pelo Ministério de Saúde Pública – MSP, além de

outras organizações que trabalham em conjunto como governo, ente elas Banco de Previdência Social, Junta Nacional de Saúde e o Fundo Nacional de Recursos o qual administra o seguro universal que cobre todos os serviços de medicina geral (JUS, 2019).

E apesar do Uruguai estar dividido em 19 departamentos (equivalentes a Estados), as competências na área de saúde não são dirigidas a nível local.

2.2. Qualidade em Serviço de Saúde no Brasil e no Uruguai

A avaliação da qualidade requer a interação de inúmeros aspectos e conceitos bem como o conhecimento dos objetivos dos processos de trabalho das instituições de saúde de forma a desenvolver ações com vistas à melhoria da qualidade do serviço e dos profissionais, permitindo, assim, conhecer com frequência a satisfação de todos os envolvidos e, em especial, do paciente, usuário final do sistema (Furtado, 2007).

A qualidade pode também ser atingida com atividades dirigidas para satisfazer o cliente e os empregados através de autoridade e menor custo (Juran, 1992).

Entretanto segundo Deming (1990, p. 125):

A qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia, na opinião do operário, ele produz qualidade se puder se orgulhar de seu trabalho, uma vez que baixa qualidade significa perde de negócios e talvez de seu emprego. Alta qualidade pensa ele, manterá a empresa no ramo.

Um produto ou serviço de qualidade tem ligação direta à satisfação do consumidor e esta é à base da sustentação e sobrevivência de qualquer empresa, eliminando fatores que desagradam o consumidor e antecipando as necessidades do mesmo (Falconi, 1989).

A organização também tem um papel social importante, no momento que educa e treina seus integrantes, promovendo a qualidade de vida de cada colaborador e em toda a nação (Ishikawa, 1993).

No Brasil a saúde pública está em decadência segundo a organização Mundial de Saúde, de acordo com o parâmetro ideal de atenção à saúde é de 01 médico para cada mil habitantes e o Brasil supera essa razão em 2,98 médicos para cada mil habitantes, como aponta o estudo Demografia Médica no Brasil (FMUSP; CFM; AMB, 2025). E ainda apesar do SUS ser conhecido como um dos maiores sistemas de saúde, existe diversos desafios que dificultam o acesso completo a saúde, sendo o principal deles é falta de verba para custear o sistema de saúde de forma a atender a todo sem suas devidas emergências.

Entretanto, o país vizinho Uruguai, os serviços de saúde pública são conhecidos por terem qualidade de serviço e estarem disponíveis em diversas localizações, porém ainda enfrentam problemas de cobertura com algumas clínicas por estarem cheias e lentas (SBCM, 2019). Seu setor público é responsável por 25% dos gastos em saúde no país, enquanto o os sistemas de saúde privado tem 75% do orçamento.

2.2.1. Qualidade em Serviço de Saúde no Brasil

De acordo com a constituição de 1988, a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, entretanto saúde no Brasil sofre desafios de mau gerenciamento e a falta de investimentos. E como resultado disto se tem um sistema de saúde em colapso com insuficiência e precariedade no atendimento à população como afirma a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM, 2019). As pessoas que necessitam atenção médica na maioria das vezes acabam voltando para suas casas sem atendimento médico ou hospitalar mesmo depois de enfrentar longas filas de espera

Ainda também devido a toda falta de investimentos por parte do governo muitos hospitais estão ameaçados de encerrar suas atividades. O sistema atual é considerado ineficaz e hospitalocêntrico, centrado ainda em emergências e com grandes falhas na coordenação e do planejamento da assistência médica adequada (CONASS, 2015)

E com pesquisa divulgada em 2018, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), se constatou que 89% da população brasileira classifica a saúde pública ou privada como péssima ruim ou regular (CFM, 2018). Já uma pesquisa mais recente, realizada pelo instituto

Ipsos, mostra que apenas 34% da população brasileira avalia os serviços de saúde do país como bons ou ótimos (IPSOS, 2025), o que indica que, passados alguns anos, a maioria da população segue insatisfeita com o atendimento prestado.

Comprovando o descontentamento dos brasileiros com o SUS, em outra pesquisa anual feita pela Confederação Nacional da Indústria em 2018 sobre qualidade da saúde pública a cada 5 entrevistados 4 deixaram de fazer tratamento por não ter acesso aos hospitais públicos. O mesmo percentual de brasileiros que considerou o serviço de saúde público em 2011 como ruins ou péssimos passou de 61% para 75% em 2018 (Futura, 2019).

E apesar ter sido aprovado na 74ª Assembleia Geral das Nações Unidas em Nova York o comprometimento global para a Cobertura Universal em Saúde o Secretário-geral da ONU, Antônio Guterres defendeu que se faz necessário uma mudança urgente de paradigma do financiamento na saúde de custo para investimento principalmente no Brasil que já tem acesso universal em saúde, considerado por muitos países apesar de toda a precarização como modelo internacional (SUS, 2019).

2.2.2. Qualidade em Serviço de Saúde no Uruguai

O Ministério de saúde do Uruguai Pública, tem priorizado o enfrentamento das desigualdades e exclusão social junto ao Ministério de Desenvolvimento Social, implementando programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a promoção de alimentação saudável e estilo de vida ativo, com controles periódicos do estado de saúde (MSP, 2015).

Ainda também os serviços de saúde públicos possui grande qualidade sendo oferecidos serviços hospitalares gratuitos no país inteiro com tratamento e remédios de graça, mas, mesmo assim, existem planos hospitalares com nível de cobertura proporcionado principalmente para estrangeiros que precisam tratamento continuado com visitas coordenadas a médicos fora do hospital.

No Uruguai, após reformas no setor de saúde o financiamento foi radicalmente alterado e passou a ser realizado através de um fundo público único e obrigatório, Fundo Nacional de Saúde – FONASA, como a contribuição do Estado, empresas e os beneficiários do Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS (Uruguay, 2014)

Para Sollazzo e Berterrerche (2011, p. 2830), tem-se que:

Con el SNIS se constituye un Seguro Nacional de Salud cuyos objetivos son entre otros el garantizar el acceso universal, brindar atención integral a la salud a toda la población, lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y lograr justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud que asegure la equidad, la solidaridad y la sustentabilidad.

A saúde no Uruguai conta com atendimento diferente, tanto do público como do privado, com eficiência em seu sistema de saúde que se reflete no tempo de vida, atualmente estimado em 78,3 anos de expectativa de vida ao nascer (OPAS, 2024), a mortalidade infantil é de 7,3 por mil e a de menores de cinco anos é de 13 por mil (Uruguai, 2019).

Cabe ressaltar que existem grandes desigualdades populacionais entre o Brasil e o Uruguai, sendo que a população brasileira, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, foi estimada em 213,4 milhões de pessoas em 2025 (IBGE, 2025), enquanto o Uruguai apresentou uma população estimada em 3,49 milhões de habitantes no mesmo período, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2025).

A partir dessas diferenças estatísticas, pode-se presumir que entre os dois países exista uma diferença grande em relação à resolução de problemas de saúde da população, ou seja, que existe entre os dois países uma sutil diferença na qualidade dos serviços de saúde, visto que a princípio, é menos oneroso para um país tratar de 3,49 milhões de pessoas do que tratar de 213,4 milhões.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi construída dentro de uma abordagem qualitativa, a qual envolveu uma compreensão da concepção do conhecimento como uma instância dinâmica e em constante transformação, nos nuances da subjetividade de quem o constrói (Freire, 2005).

Na visão de Godoy (1996, p. 25) esta pesquisa teve um enfoque exploratório e descritivo, aberto a novos elementos ou dimensões que podem surgir no decorrer do trabalho.

O método escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa se deu através de um estudo de caso múltiplo holístico que para Yin (2010) contribui para o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. Além disso, as lições do caso múltiplo holístico pretendem ser generalizáveis aos

assuntos estrangeiros, mas amplamente e também a toda uma variedade de complexas ações governamentais.

Foram selecionados como respondentes desta pesquisa usuários e atores do Sistema de Saúde Pública Hospitalar na Fronteira Santana do Livramento/RS-Brasil e Rivera-Uruguai.

Para realização a coleta dos dados foi realizada entrevistas semiestruturadas que, na opinião de Cervo e Bervian (2002), a entrevista é uma conversa orientada para um determinado objetivo. Segundo Marconi e Lakatos (2010), o investigador tem a liberdade para desenvolver e direcionar a situação quando o mesmo achar necessário.

Considerando também que o estudo envolveu uma avaliação da qualidade do serviço de duas organizações hospitalares e públicas, envolve um fenômeno contemporâneo, onde o investigador não tem o controle dos eventos e a coleta de dados dá-se por múltiplas fontes, sendo estas características do Estudo de Caso (Yin, 2005)

Para este estudo, além da técnica de coleta de dados através da entrevista semiestruturada, houve também a observação participante, na qual se buscou anotar em um diário de campo todo um conjunto de informações percebidas ao longo das entrevistas e das visitas às duas unidades hospitalares estudadas no Brasil e no Uruguai.

Além das anotações no diário de campo, neste estudo também foram utilizados como documentos, alguns prontuários de atendimento cedidos tanto no Hospital Santa Casa de Santana do Livramento/RS-Brasil, quanto no Hospital Departamental de Rivera

ASSE no Uruguai, sendo a análise documental uma das técnicas de maior confiabilidade, como aborda Godoy (1995).

Para Wolff (2004, p. 284), os documentos são artefatos padronizados, na medida em que ocorrem habitualmente em formatos particulares: anotações, relatos de caso, rascunhos, atestados de óbito, observações, diários, estatísticas, relatórios anuais, certificados, julgamentos, cartas ou opiniões de especialistas.

Neste sentido, tanto as entrevistas, quanto a observação participante e os documentos utilizados contemplaram a realização de um estudo de caso que indicou a necessidade de três ou mais fontes de dados para triangulação, abrangendo assim a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco de estudo de acordo Triviños (1987).

Após apresentarem-se os elementos que orientaram este estudo do ponto de vista do método, a seguir passa-se à análise dos resultados.

4. RESULTADOS

Este capítulo apresenta as análises dos dados coletados e o cruzamento com os pensamentos dos autores contidos na fundamentação teórica da presente pesquisa, inicialmente apresenta-se o perfil dos entrevistados em seguida abordam-se as entrevistas com o devido referencial teórico.

4.1. Perfil dos Entrevistados

Para este estudo foram realizados um total de 16 entrevistas com atores e usuários do sistema público de saúde, sendo 8 no Hospital

Santa Casa de Santana do Livramento no Brasil e 8 entrevistas no Hospital ASSE de Rivera no Uruguai.

O roteiro de entrevistas utilizado foi desenvolvido com base nos conceitos e teorias apresentadas no referencial teórico deste estudo e a duração e desenvolvimento das entrevistas dependeram da disponibilidade dos entrevistados naquele momento sem um tempo limite e com liberdade dos entrevistados de comentarem sobre as questões e situações pertinentes do sistema de saúde em ambos os hospitais.

De acordo com as entrevistas segue os quadros abaixo

Quadro 1. Perfil dos entrevistados Hospital Santa Casa de Santana do Livramento (HA)

Sujeitos HA	Sexo	Nível de Ensino	Aspecto socioeconômico
1	Masculino	Médio	Funcionário do Hospital
2	Masculino	Superior Completo	Enfermeiro Padrão do Hospital
3	Feminino	Médio Incompleto	Estudante
4	Feminino	Médio Completo	Atendente de Loja
5	Masculino	Fundamental Incompleto	Funcionário Público
6	Masculino	Médio Completo	Desempregado
7	Masculino	Fundamental Completo	Aposentado
8	Masculino	Superior Completo	Dono de Cyber

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com base no Quadro 1 observa-se que a maioria dos entrevistados do Hospital Santa Casa são do sexo masculino, sendo 02 funcionários e 06 entrevistados são usuários do hospital.

Quadro 2. Perfil dos entrevistados Hospital ASSE de Rivera no Uruguai (HB)

Sujeitos HB	Sexo	Nível de Ensino	Aspecto socioeconômico
1	Masculino	Médio Completo	Funcionário terceirizado do Hospital
2	Masculino	Médio Completo	Funcionário terceirizado do Hospital
3	Masculino	Superior Completo	Médico do Hospital
4	Feminino	Fundamental	Aposentada
5	Feminino	Técnico	Enfermeira do Hospital
6	Masculino	Médio Completo	Policia
7	Masculino	Médio Completo	Aposentado
8	Feminino	Médio Completo	Dona de Casa

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com base no Quadro 2 observa-se que a maioria dos entrevistados do Hospital ASSE são do sexo masculino, sendo 02 funcionários

terceirizados, 1 funcionário médico, 1 funcionário enfermeira e 4 entrevistados são usuários do hospital.

4.2. Qualidade do Serviço da Saúde Pública Hospitalar na Fronteira Santana do Livramento-Brasil e Rivera-Uruguai

Quando questionados sobre a qualidade no sistema de saúde hospitalar público, tanto os entrevistados da cidade de Santana do Livramento no Brasil e entrevistados de Rivera no Uruguai, na sua grande maioria concordam que qualidade no atendimento de saúde pública é de grande importância para a população.

No entendimento do entrevistado HA1, a qualidade em um hospital público tem que ser um atendimento rápido sem demora e o paciente sair com toda medicação dependendo diagnóstico apresentado e que comparado a 3 anos atrás o atendimento parecer ter melhorado um pouco apesar das dificuldades.

Já no caso do entrevistado HA5 que concorda que qualidade também é menos espera e medicação adequada discorda no sentido que esta cada vez mais precária o atendimento no hospital, sendo que naquele exato momento que era feita a entrevista à emergência estava cheia e o médico de plantão estava olhando novela em outra sala o que confirmou toda a espera de atendimento e emergência cheia.

A medida da satisfação do cliente muitas vezes é feito por ele através da atenção que ele recebeu no momento do atendimento e tudo dependera da sua percepção se for maior ou menor do que sua expectativa (Moutella, 2002).

Já os entrevistados HA3 e HA8 reclamaram que no hospital de Santana do Livramento está precário e comentou, que "apesar de ser um atendimento de graça, é um direito ser bem atendido, e a mesma também afirmou que qualidade tem que ser desde o atendimento no balcão na entrada".

Em comparação a três entrevistados do Hospital ASSE de Rivera no Uruguai, HB4, HB7 e HB8, confirmaram:

[...] a espera às vezes é bem grande no Hospital causando bastantes reclamações, sendo algumas acalmadas apenas com o chamado da polícia para conter os ânimos, [...] inclusive comentou que, para isso já existe policiamento em todo o hospital constantemente, tanto para evitar abuso de usuários, como também abuso do pessoal que trabalha no hospital (ENTREVISTADO HB6).

A entrevistada HB5 destacou que o hospital atende muito além do que já está definido dentro de sua estrutura normal e dentro da melhor forma possível consegue atender as outras cidades dentro do Uruguai e a cidade fronteira de Santana do Livramento no Brasil realizando campanhas realizando até partos por falta de atendimento no próprio Hospital Santa Casa e também na vacinação e auxílio a mães nos primeiros tempos de vida do filho com banco de leite, psicóloga entre outros benefícios sociais.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2002), "a saúde pública é o esforço organizado da sociedade, principalmente através de suas instituições de caráter público, para

melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde das populações por meio de atuações de alcance coletivo".

Em meio em todo esse contexto em entrevista com HB3 manifestou-se:

[...] num plantão que algumas vezes se estende por mais de 12 horas tem-se o auxílio de apenas 2 médicos o que torna muitas vezes o atendimento bastante demorado principalmente quando se dá a entrada de até 4 ambulâncias seguidas fazendo com que atendimentos mais simples se tornem difícil de atender e causando transtorno a quem realmente necessita atendimento.

O mesmo ainda afirma que se muitas pessoas de casos mais simples procurassem o atendimento inicial nos postos de atendimento básico diminuiria bastante os transtornos e demoras nos atendimentos que realmente necessitariam ser atendidos no hospital.

O entrevistado HB3 salientou que apesar desses problemas básicos o hospital tem bancos de leite para recém-nascido e um banco de sangue para casos de emergência. Também salienta que muitos casos que se precisa atendimento de especialistas rapidamente é realizado transferências para Montevideu.

Entretanto no outro hospital de acordo com entrevistado HA2:

Aqui neste hospital não existe a possibilidade de uma transfusão de sangue, pois não temos banco de sangue e precisamos recorrer a outras cidades mais perto, também não temos banco de leite e nos no caso de um paciente que necessite um atendimento especializado que envolva uma cirurgia no mínimo precisa esperar 10 dias para ser atendido.

Os entrevistados HB1 e HB2 afirmam que o movimento é bastante grande no hospital, mas que apesar todas as demoras no atendimento e poucos médicos, seus usuários nunca saem sem ser atendidos e com toda medicação necessária em mãos.

Já no caso dos respondentes do lado brasileiro HA4, HA6 e o HA7 tiveram ambos as mesmas respostas sobre a qualidade e o atendimentos e que ambos estão muito longe de serem de qualidade, pois a espera e a falta de atenção no momento da consulta é bastante preocupante sendo que na maioria das vezes não possuem medicação.

Segundo Carvalho (1999), quando se fala em atendimento e atenção ao cliente se constata que existe uma relação de dependência entre o atendente, a organização e o cliente, e que toda a relação com satisfação é medido através da atenção que o cliente ou paciente recebeu em um primeiro momento.

A partir de toda uma observação participante e o cruzamento das falas dos entrevistados, a seguir apresenta-se a última parte textual deste estudo, ou seja, as considerações finais.

5. CONCLUSÃO

Considerando a precarização atual da saúde no Brasil, principalmente em hospitais públicos, para que se possa ter um atendimento de qualidade em um primeiro momento se constatou na pesquisa que a atenção e a humanização com a pessoa que espera o atendimento, é necessário que não seja tão demorado e acabe por causar transtorno ou agravamento ao usuário do sistema público de saúde.

Com relação ao Sistema de Saúde no Uruguai essa precarização já não é tão evidente e constatou-se que existe uma maior preocupação com um atendimento de qualidade já na sala de espera e uma maior atenção ao paciente proporcionando todo o encaminhamento para o tratamento e a medicação necessária que pode ser adquirida em farmácias existentes no próprio hospital sem nenhum custo para o usuário.

Os atores dos sistemas de saúde vigentes, tanto brasileiro quanto Uruguai, têm procurado priorizar os cuidados com o paciente a partir da sala de espera de uma emergência. Já no pré-atendimento, em que são verificadas a temperatura e pressão arterial do paciente, os profissionais de saúde, seguindo protocolos, já tentam oferecer um tratamento inicial adequado e uma possível continuidade deste tratamento, ajudando assim a melhorar, principalmente, a questão da humanização com o usuário do sistema público de saúde.

Por outro lado, sabe-se das constantes crises econômicas que, por exemplo, o Brasil tem passado, mas que isso não pode ser motivo, na perspectiva do profissional de saúde, para a falta de respeito e humanização com o paciente, embora constantemente veja-se na

mídia o caos e o sucateamento dos serviços de urgência e emergências dos hospitais públicos brasileiros, logo não sendo uma realidade diferente da Santa Casa de Santana do Livramento.

Com este estudo também foi possível constatar que ambos os hospitais estudados, por que questões detectadas pela Organização Mundial da Saúde no que tange aos serviços médico-hospitalares, prezam pela higiene e limpeza adequada tentando manter o mínimo de condições necessárias ao paciente, sabe-se que em nível de nação, do lado do Brasil a população é maior e tão grande também são problemas que necessitam ser solucionada em termos de saúde pública e do lado uruguaio a população é bem menor, mas isso não é motivo para não se também um número razoável de problemas em relação à saúde pública. Existem em ambas as situações certa dificuldade para um paciente ser atendido e receber uma medicação que pelo menos amenize sua doença.

Concluindo-se, com este estudo viu-se que tanto o Brasil quanto o Uruguai, através da Santa Casa de Misericórdia ou do Hospital ASSE, possuem desafios a serem encarados por seus governantes, desafios estes que possam recolocar esses países em um ranking mais privilegiado em relação à atenção à saúde e à qualidade de seus cidadãos.

Por mais que este estudo tenha buscado analisar hospitais públicos de dois países que fazem divisa com fronteira seca, não deu para deixar de compreender, por meio da observação participante, que, principalmente no lado brasileiro quem não tem plano de saúde privada está mais vulnerável a não ter a sua saúde tratada e ver seus problemas aumentados, visto que existe uma fila de espera para determinados tratamentos que muitas vezes a marcação de

consulta pode demorar meses ou mesmo um ano. A realidade da saúde no Uruguai não é diferente, o sistema de saúde privada consegue dar respostas mais imediatas. Entretanto, a saúde pública no país vizinho e, em especial na cidade de Rivera, tem atraído um número grande de pacientes brasileiros que buscam alívio e conforto para a sua dor na rede pública uruguaia.

Neste contexto, entende-se que seria recomendável a elaboração de políticas de saúde públicas binacional, em que brasileiros e uruguaio das cidades fronteiriças pudesse dispor de atendimento de qualidade indiferente de sua nacionalidade. O que significa dizer que, caso não seja observada essa ida de brasileiros para o Uruguai em busca de atendimento médico melhor, entende-se que em pouco tempo o sistema de saúde pública de Rivera/Uruguai também tende a ficar caótico.

Em relação às limitações dessa pesquisa, constatou-se primeiramente a dificuldade de aplicação da pesquisa por parte dos funcionários terceirizados do Hospital ASSE em Rivera no Uruguai, devido à questão que são muitos terceirizados não gostam de dar entrevistas e também a algumas pessoas uruguaio que não queriam falar dessa questão por estarem alguns satisfeitos e de acordo de como o sistema se apresenta, atrasando o tempo de andamento da pesquisa, não sendo possível o fornecimento de alguns dados como o número do efetivo.

Já no Hospital Santa Casa de Santana do Livramento o mesmo não ocorreu nem por parte dos funcionários e nem dos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIN, Agência Brasileira de Inteligência. Disponível em <https://www.abin.gov.br>. Acesso em 01 de agosto de 2019.

ALAMI. **Análisis comparado de la industria de las instituciones Asseguradas Privadas de Salud en latinoamérica.** Estudo Conjunto ALAMI-OPS, 2001.

ANDRÉ, Marli E.D. **A; LÜDKE, Menga.** Pesquisa em Educação – Abordagens Qualitativas. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Editora E.P. U, 2013.

BAHIA, Ligia. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

BONATO, Vera Lucia. **Gestão de Qualidade em Saúde: melhorando assistência ao cliente.** São Paulo, p.319, 2011.

BRASIL. **Congresso Nacional.** Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BUTIERRES, Maria Cecilia. **Assimetrias no Acesso e na Garantia do Direito à Saúde do trabalhador na Fronteira Brasil-Uruguaí.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CAMPOS, E. A. Estratégias de Avaliação e Melhoria Continua no Contexto da Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 5, 2005.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Gerenciamento da Rotina do Trabalho do dia-a-dia.** 8ª edição Belo Horizonte: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

CARVALHO, C.O. M, 2004, **Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas**. Volume XXVI – nº 4 – Dezembro de 2004.

CERVO, Amado L; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CFM, Conselho Federal de Medicina. Disponível em <https://portal.cfm.gor.br>. Acesso em 01 de agosto de 2019.

CHERUBIN, N. **A; SANTOS, N.** Administração Hospitalar: Fundamentos. 3ª edição. São Paulo: Loyola, 2002.

CONASS, Conselho Nacional Secretarias de Saúde. Disponível em <https://www.conass.org.br/consensus/sus-o-futuro-que-nao-chega/>. Acesso em 26 de outubro de 2019.

CONASS, Conselho Nacional Secretarias de Saúde. Disponível em <https://www.conass.org.br/o-sus-funciona/>. Acesso em 26 de outubro de 2019.

CONILL, E; FAUSTO, M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social**. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.

COSTA, Rodolfo; SOUZA, Renato. **O drama de Acesso a Saúde no Brasil, Rio de Janeiro/março, 2017**. Disponível em <https://www.abramge.com.br>. Acesso em 16/06/2019.

DE MARTINO, Mônica; ORTEGA, Elizabeth; LEMA, Silvia. **Tendencias Actuais em el Patrón de Protección Social Claro-Oscuros em la**

Era Progresista. In: MERCOSUL em Múltiplas Perspectivas. Org. MENDES, Jussara et al. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008, p. 216-245.

DEMING, W. **Edwards; Qualidade: A Revolução da Administração.** Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DEMING, William Edward. **Qualidade: A Revolução da Administração.** Rio de Janeiro: Marques-Saraiva 1990.

DENEM, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina do Brasil. Disponível em <https://www.denem.org.br>. Acesso em 30 de julho de 2019.

DENZIN, N; LINCOLN, Y; NETZ, S. **O planejamento da Pesquisa Qualitativa Teorias e Abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

DOURADO, Daniel Araújo; ELIAS, Eduardo Mangeon. **Regionalização e Dinâmica Política do Federalismo Sanitário Brasileiro.** Rev. Saúde Pública, vol.45, São Paulo, Feb,2011.

EL PAÍS, Jornal Espanhol. **Publicação feita em 06 de novembro de 2018.**

FACHIN, Odília. **Fundamento em Metodologia.** Editora Saraiva edição, 2017.

FBH, Federação Brasileira de Hospitais, Cenário dos Hospitais no Brasil, 2018. Disponível em <https://fbh.com.br>. Acesso em 13 de maio 2019.

FMUSP; CFM; AMB; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Demografia Médica no Brasil 2025.** São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2025.

FMUSP; CFM; AMB; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Demografia Médica no Brasil 2025**. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Edição 45, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FURTADO, T. **O Gerenciamento da Saúde Brasileira**. Gestão & Saúde. Cadernos FGV Projetos. nº3, ano 2, p. 14-15, abr. 2007. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/>. Acesso em 21 de outubro.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois e COSTA, Laís. **Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro vol. 23, p. 214-226, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Saúde nas fronteiras: Acesso e Demanda de Estrangeiros e Brasileiros não Residentes ao SUS nas cidades de Fronteira do MERCOSUL na Perspectiva do Secretários Municipais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, p. 251-266, 2007.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção Primária à Saúde**. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. **Refletindo sobre critérios de Qualidade da Pesquisa Qualitativa**. Gestão Organizacional – Revista Eletrônica de Gestão Organizacional, Recife, v.3, 2, 2005 maio/agosto.

GODOY, N.S; TEIXEIRS, A. T. Analise de Projeto e Execução de Fundações Rasas. Teoria e Prática, São Paulo, Cap. 7, p.227-264, 1996.

GUIA TURÍSTICO. Disponível em <https://www.guiadoturismobrasil.com/cidade/RS/722/santana-do-livramento>. Acesso em 26 de junho de 2019.

IBAÑES, Nelson; EDUARDO, Paulo; ENRIQUE, Paulo; SEIXAS, Dângelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**. 1ª Edição. São Paulo, Editora Hucitec, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da População 2025**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em julho de 2026.

IBGE. **Estimativas da População 2025**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em 2026.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 27 de outubro de 2019.

INE, Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. **Estimaciones y proyecciones de población**. Montevideú, 2025.

INE, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <https://www.ine.gub.uy/uruguai-en-cifras>. Acesso em 2025/2026.

IPSOS. **Health Service Report**. Paris, 2025.

ISHIKAWA, Kaoru, Controle de Qualidade a Maneira Japonesa. **Rio de Janeiro: Campos, 1993.**

JURAN, J. M; GRYNA, Frank M. Controle da Qualidade-handbook. 4 edição. Volume III. São Paulo: Makron Books & McGraw, 1992.

JURAN, J. M. Planejamento para a Qualidade; 2º edição. São Paulo: Atlas, 1991.

LEVCOVITZ, Eduardo; COUTO, Maria Helena Costa. **Sistema de Saúde na América Latina no Século XXI.** Rio de Janeiro, 2018.

MAGALHAES, Junior. **O desafio de construir e regular redes públicas com integridade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte, 2006.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamento de Metodologia Científica.** 5ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6 edição. 7. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia.** São Paulo, Editora Centauro, 1994.

MERCOSUL: Sistema de Saúde Pública. Disponível em <https://jus.com.br>. Acesso em 09 de Setembro de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social.** Teoria, Método e Criatividade. 18 edição. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde, 10ª ed.** São Paulo (SP): Huciet, 2010.

Ministério da Saúde. **Projeto SIS-Fronteiras.** Diagnostico Local de Saúde – Santana do Livramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS – Escola de Administração e Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras, Porto alegre, 2007.

MOUTELLA, Cristina. **Fidelização de Clientes como Diferencial competitivo.** Disponível em <https://www.portalmarketing.com.br/Artigos/fidelização>. Acesso em 06 de agosto de 2019.

MSP, Ministerio de Salud Pública del Uruguay; BPS, Banco de Previsión Social. **Cobertura del Fondo Nacional de Salud - FONASA.** Montevideú, 2025.

NOGUEIRA, V.M. **R; FAGUNDES, H.S.** A Implementação do SIS Fronteiras: perspectivas para ampliação do direito à saúde na fronteira Arco Sul. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, v.13, n.2, julho/dezembro, 2014.

NOVAES, Cristina; LASSO, Sarah; MAINARDS, Emerson. **Percepções de Qualidade do Serviço Público.** Revista Pensamento Contemporânea em Administração, Vol. 9, núm. 1, janeiro/março, 2015.

OIT. **Base de datos de seguridad social de países de America latina.** In: OFICINA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Disponível em: <https://www.redsegsoc.org.uy/BdDPresent.PDF>.

OIT. **Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe.** In: REUNIÓN REGIONAL TRIPARTITA DE LA OIT CON LA COLABORACIÓN DE LA OPS, México, 29 nov./1 dic. 1999.

OLIVEIRA, O. J. Gestão da Qualidade: Tópicos Avançados. São Paulo: Pioneira Thomson, 2004.

OLIVEIRA, Silvio L. **Metodologia Científica Aplicada ao Direito.** São Paulo: Thomsom Learning, 2002.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de expectativa de vida e mortalidade infantil, Uruguai.** Washington, DC: OPAS, 2024.

Organização Pan-Americana da Saúde nas Américas: edição de 2017. **Panorama regional e perfil de Brasil.** Washington, DC: OPAS, 2017.

PALADINI, Edson Pacheco: Gestão da Qualidade: Teoria e Prática. **2ª edição.** São Paulo: Atlas, 2004.

PISCO L. **Ministério da Saúde de Portugal.** Melhoria continua da qualidade. Curso Monográfico. Instituto da Qualidade em Saúde, Lisboa, 2004.

PLADINI, Edison Pacheco. **Gestão Estratégica da Qualidade: Princípios, Métodos e Processos.** 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

Portal do Governo Brasileiro. Disponível em <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 07 de setembro de 2019.

Portal Futura. Disponível em <https://futura.org.br/qualidade-do-sus>. Acesso em 25 de **outubro de 2019**.

Portal Saúde Business. Disponível em <https://saudebusiness.com>. Acesso em 07 de setembro de 2019.

RANCI, Ortigosa. **"La Qualita Nei Servizi Sanitari"**, in E. Ranci Ortigosa (org.), La valutazione di qualità nei servizi sanitari. Milano; Angeli. OPAS, Saúde nas Américas, 2000.

SAKATA, Marici Critiane Gramacho. **Tendências Metodológicas da Pesquisa Acadêmica em turismo**. São Paulo: M. C. G, 2012.

SANTIAGO RF, Mendes ACG, Miranda GMD, et al. **Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários**. Ciênc. Saúde Colet. jan.; 18(1): 35-44, 2013.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 4 edição. Rio de Janeiro, 2007.

SARTORI, Giovanni. **A Teoria da Democracia**. São Paulo, Editora Ática, 1994.

SBCM, Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Disponível em <https://sbcm.org.br>. Acesso em 06 de setembro 2019.

SOLLAZZO, Ana; BERTERRETCHE, Rosario. **El Sistema Nacional Integrado de Salud em Uruguay y los Desafios para la Atención Primaria**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 16, n.6, p.2.829-2.840, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf>. Acesso em: 21 de outubro de 2019.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução á pesquisa em Ciências Sociais**. 5ª edição reimpressão, São Paulo: Atlas, P.175, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Níbaldo Silva. **Introdução Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 edição. 17. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

UNASUS-Sistema Universidade Aberta do SUS, Conselho Nacional Secretarias de Saúde. Disponível em <https://www.unasus.gov.br>. Acesso em 26 de outubro de 2019. ECONOMIST IMPACT; UNIVERSITY COLLEGE LONDON. **Health Inclusivity Index**. Londres, 2024.

URUGUAY, Ministerio de salud Pública. **Manual para la Promoción de Prácticas saludables de Alimentación en la Población uruguaya**. MSP, 2015.

¹ Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Campus Santana do Livramento, RS. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Campus Santana do Livramento, RS. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Campus Santana do Livramento, RS. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)