

MOBILIDADE ESPACIAL DA POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA DO ARCO NORTE DO BRASIL E O ACESSO À SAÚDE DOS ESTRANGEIROS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)^{1,2}

Carolina Ribeiro³

Thiago Canettieri⁴

Duval Fernandes⁵

RESUMO: Os municípios de fronteira do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde. O presente trabalho objetiva apresentar uma análise das políticas públicas de saúde brasileira nas áreas de fronteiras, destacando a relação que ela guarda com os estrangeiros. Pretende-se verificar, portanto como funciona o Sistema Único de Saúde (SUS) no caso dos estrangeiros, residentes ou não no Brasil. Assim, para entender essa realidade foca-se, nesse trabalho, especificamente na área do chamado Arco Fronteiriço Norte, situados a 150 km do limite da fronteira e que abrange municípios dos estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Amapá e Pará, destacando a relação que essas áreas guardam com os pacientes estrangeiros que realizam a mobilidade transfronteiriça. No artigo, uma primeira parte dedica-se a discussão das políticas públicas de saúde em território brasileiro e as implicações de se pensar a saúde nas áreas de fronteira, buscando destacar os programas e sistemas do governo brasileiro sobre a questão fronteiriça. A seguir é apresentado à análise dos dados tratados em relação à mobilidade da população na área de fronteira para uso dos equipamentos de saúde públicos.

INTRODUÇÃO

Os municípios de fronteira do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas (LEVINO; CARVALHO, 2011). Ademais, a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, vem gerando dificuldades diversas cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço. (BRASIL, 2007)

As áreas de fronteiras são territórios de grande complexidade e que acabam criando uma convivência no âmbito do cotidiano entre as duas partes envolvidas. É na fronteira o primeiro espaço que permite existir elementos de integração, mas também de conflitos. E a saúde é um elemento que ganha destaque nas discussões sobre fronteira devido à dificuldade de planejamento e de gestão dessas áreas e que se inseriu, apenas muito recentemente na agenda de discussão tanto acadêmica como de políticas públicas no Brasil.

¹ Trabajo presentado em el VI Congreso de La Asociación Lationamericana de Población, realizado em Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014.

² Agradecemos a contribuição de Guilherme de Souza Dabul.

³ Mestranda em Geografia pela Pontifícia universidade Católica de Minas Gerais (carroile@gmail.com)

⁴ Mestrando em Geografia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (thiago.canettieri@gmail.com)

⁵ Professor da Pós-Graduação em Geografia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (duval@pucmg.br)

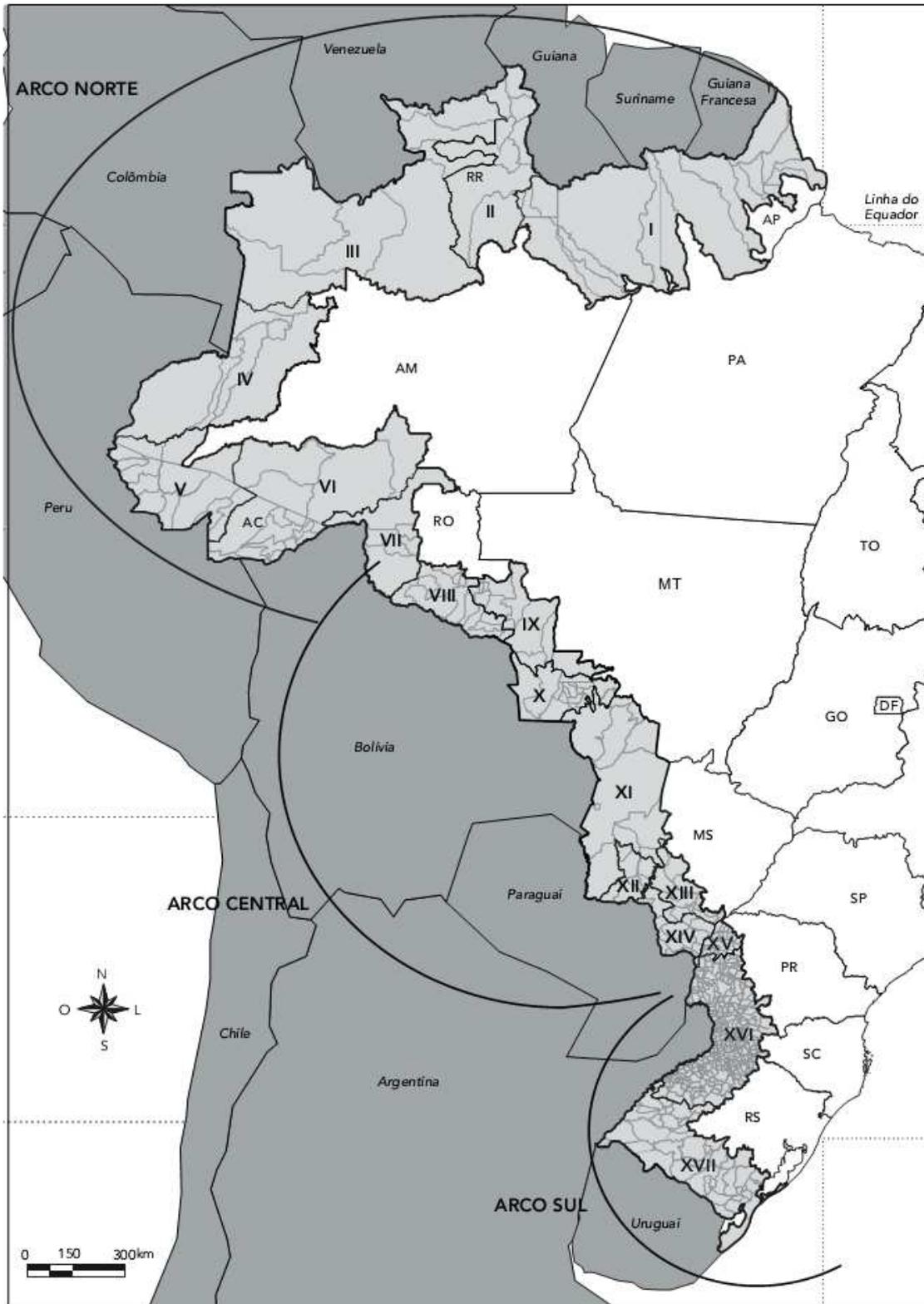
O debate a respeito dos aspectos políticos governamentais em relação á garantia do direito a saúde necessita de uma avaliação profunda em relação as diretrizes e formas de operacionalização dos gestores das mesmas, garantindo um direito integral e eficiente. Estudos já apontaram que há diversidade na maneira de implantação de políticas públicas de atenção a saúde, para Agustini e Nogueira (2010) isso ocorre devido as diferenças culturais, políticas, sociais até mesmo ideológicas que existem entre um país para outro. As autoras analisam que essa diversidade é ainda mais intensa em regiões fronteiriças:

Em regiões fronteiriças essa diversidade reverbera não apenas entre os brasileiros, mas especialmente sobre os estrangeiros residentes, não residentes, naturalizados e turistas, potencializando desigualdades étnicas, além das econômicas, de gênero e de classe. (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010, p.213)

O presente trabalho objetiva apresentar uma análise das políticas públicas de saúde brasileira nas áreas de fronteiras, destacando a relação que ela guarda com os estrangeiros. Pretende-se verificar, portanto como funciona o sistema único de saúde (SUS) no caso dos estrangeiros, residentes ou não no Brasil. Assim, para entender essa realidade foca-se, nesse trabalho, especificamente na área do chamado Arco Fronteiriço Norte.

A faixa de fronteira brasileira é identificada conforme a Constituição do Brasil de 1988 que estabelece uma área de cento e cinquenta quilômetros de largura, paralela à divisória do território nacional; ao longo de 15.719 quilômetros de fronteira terrestre do Brasil, à Oeste. Essa extensão corresponde à aproximadamente 27% do território brasileiro, onde reside quase 20% da população do Brasil. Esta área é dividida em três grandes Arcos: O arco Norte, o arco Central e o Arco Sul, abrange 588 municípios como indicado mapa a seguir (figura – 01). Os municípios da área de fronteira possuem uma regionalização que é indicada no mapa por algarismos romanos. Porém, por ser o foco desta imagem apenas ilustrar a presença dos municípios nas áreas de fronteira, não cabe aqui um detalhamento dessas regiões.

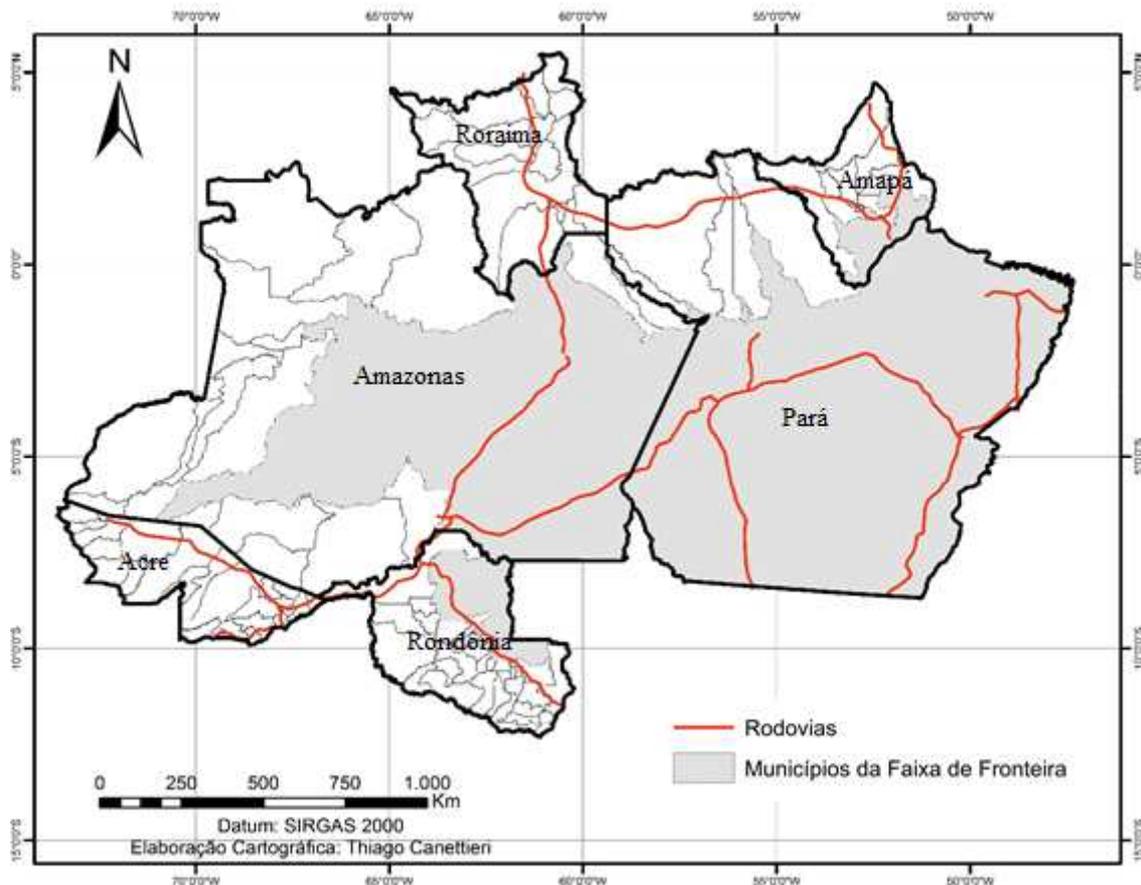
Figura 01: Faixa de Fronteira do Brasil e seus Arcos Norte, Central e Sul - 2009



Fonte: BRASIL (2009)

No caso, o arco norte corresponde à faixa de fronteira dos estados do Amapá (8 municípios), Pará (5 municípios), Amazonas (21 municípios), Roraima (15 municípios) e Acre (22 municípios) totalizando 71 municípios. Tanto Roraima como o Acre são as únicas unidades da federação incluídos totalmente na área da faixa de fronteira.

Figura 02: Municípios do Arco Norte da Fronteira Brasileira



Fonte: IBGE (2010)

Uma das principais características fisionômicas desta região é a presença de traços naturais comuns, que reúne a paisagem equatorial-tropical úmida da floresta amazônica, que se estende do Vale do Oiapoque, no Amapá, ao Vale do Mamoré, em Rondônia. No entanto, deve ser destacado que há diferenças sub-regionais muito importantes, principalmente nas áreas mais elevadas do Escudo Guianense, entre Roraima e parte do Amazonas e a Venezuela como áreas residuais de cerrado.

Pesca, o extrativismo vegetal e o cultivo de mandioca são as principais atividades desenvolvidas embora seja observado, ao longo da primeira década do século XXI, o início de diversificação da atividade econômica nessas áreas como a mineração de bauxita e a silvicultura. Destaca-se que a faixa de fronteira Norte possui em seu território grandes áreas de reserva indígenas.

Seu principal eixo de circulação, o Rio Amazonas, articula a Faixa de Fronteira e a Região Amazônica à Colômbia e ao Peru. Dois eixos de articulação rodoviária com os países vizinhos se encontram parcialmente estabelecidos: 1) a rodovia Transamazônica em direção

ao Peru, sentido Leste-Oeste e 2) o eixo do Caribe, no sentido Norte-Sul, na direção da Venezuela e Guiana (IICA, 2010).

Este trabalho envolve duas etapas principais. Primeiramente dedicou-se a revisão bibliográfica sobre a temática e em pesquisa nos documentos referente aos programas de saúde pública brasileiro de forma geral e específico para as áreas de fronteira e referente aos estrangeiros. Em seguida, delimitado os municípios da área de fronteira do arco norte, utilizou-se dados do Ministério da Saúde do Brasil sobre o número de leitos disponíveis, gastos com saúde, internações realizadas e origem do paciente como modo de demonstrar esse impacto da mobilidade da população e fronteiro no sistema único de saúde brasileiro. A pesquisa buscou como fonte de dados as AIHs – Autorização de Internação Hospitalar⁶, obtidas através do site DataSus.

O artigo é subdividido à seguir em três seções. Na primeira parte discutem-se as políticas públicas e as implicações de se pensar a saúde nas áreas de fronteira, destacando os programas e sistemas do governo brasileiro nessa questão. A seguir é apresentado a análise dos dados em relação à mobilidade da população na área de fronteira para uso dos equipamentos de saúde públicos. Por fim, esclarecem-se as considerações finais desse trabalho.

SAÚDE NA FRONTEIRA: O DEBATE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Com a Constituição Federal Brasileira de 1988 e, seguida da promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) estabelece-se um novo conceito referente a gestão das políticas públicas e, em especial da saúde. Essas mudanças, segundo Veiga e Penna (2013) rompem com a tradição das políticas sociais centralizadas, cabendo ao nível central de governo a definição das prioridades e da execução dos serviços de saúde pelos estados e municípios. É o marco divisório que representou na história do sistema de gestão da saúde pública no Brasil, se formou a partir de dois elementos essenciais - a universalidade e a descentralização.

Nesse sentido é criado o Sistema Único de Saúde, o SUS. Esse é um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida, constituindo-se num exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais com a participação das três esferas de governo (Executivo, Legislativo e Judiciário) e da sociedade. No entanto, o Sistema Único de Saúde – SUS – por ser um órgão governamental de nível federal concentra suas autoridades no âmbito federal, e com isso gerenciamento financeiro das políticas de saúde perpassam por sistemas de transferências inter-regionais. Este sistema deve, por lei, ser descentralizado, hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e aos Estados e à União, respeitando as instâncias, o financiamento, a formulação da política nacional de saúde e a coordenação das ações intergovernamentais. Porém, na distribuição destas funções, estabelecidas pela Constituição e Lei nº 8.080/90, observa-se que é a União quem concentra e toma as decisões mais importantes da política nacional de saúde

⁶ A AIH é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Autorização de Internação Hospitalar que é a forma pela qual são remunerados os prestadores de serviços de saúde no Brasil. Este sistema consiste em montar uma tabela de pagamentos que remunera cada um dos componentes que compõe o custo médio da intervenção médica necessária para aquele diagnóstico.

(ARRETCHE, 2007), o que significa que as políticas dos governos locais são profundamente dependentes das transferências desta instância.

Por outro lado a temática sobre a saúde em áreas fronteiriças é muito recente. Ganhou força nos primeiros anos do século XXI, orientando pela Organização Mundial de Saúde (OMS), embora a problemática tenha raízes bem mais antigas, em que a situação da saúde em áreas de fronteiras eram temas de grande importância e não existia uma forma institucional capaz de estabelecer o diálogo entre as partes envolvidas (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA, 2004). Nesse âmbito, ela passou a integrar a agenda internacional de estudos e políticas devido a necessidade de um “reordenamento econômico” e não pela insatisfação e demanda da população residente na área (PREUSS; NOGUEIRA, 2012).

Assim, destaca-se que, devido às assimetrias na distribuição de serviços básicos à população, como serviços sanitários e de saúde, os sistemas de saúde latino-americanos lidam com um problema grave nas áreas de fronteira. Como destacado por Nogueira (2003), Dalprá (2006), Preuss (2007) e Preuss e Nogueira (2012), existe um significativo número de pessoas estrangeiras que migraram em busca de melhores condições de vida para cidade do outro lado da fronteira ou no caso daqueles que visitam o Brasil em busca de serviços e ações de saúde.

Estas indicadas acima apontam para um fato: as pessoas que ali transitam não possuem titularidade formal de cidadania e os gestores dos sistemas locais de saúde sentem-se pressionados a atender a população fronteiriça. Estes, muitas vezes, não contam com condições técnicas e disponibilidade financeira para tanto. Faltam recursos humanos especializados, equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade, havendo, ainda uma expressiva distância entre os municípios e os centros de referência. Prover o acesso à saúde de maneira universal e integral, como preconizado pela Constituição Federal de 1988, em municípios fronteiriços é uma tarefa complexa e dificultada por estas (e tantas outras) particularidade.

Nas áreas de fronteira, as dificuldades em manter o sistema SUS como um direito universal são maiores, pois, não há regulamentação para organizar, orientar, definir e otimizar o uso dos recursos e serviços de saúde pública e, assim, promover o acesso com equidade à população (VIEGAS e PENNA, 2013). Pesquisas precedidas por Silva (2006), Augustini e Nogueira (2010) sobre a saúde nas fronteiras verificaram que os estrangeiros, ao procurarem serviços de atenção básica de saúde, têm mais facilidades em conseguir consultas médicas, imunizações e medicamentos. Pois, estes serviços têm critérios de atendimento mais transigentes, facilitando o encaminhamento para estratégias ilegais, como a fraude de documentos nos registros de atendimento, através de informações como endereços falsos, a omissão da nacionalidade, entre outros. Sendo que as transferências são realizadas tendo por base o número de habitantes.

Existem critérios no atendimento à saúde básica e o público de pessoas no Brasil que procuram por este serviço é bastante diversificado, incluindo os estrangeiros. Alguns autores apontam que os estrangeiros ao procurarem serviços de atenção básica a saúde são atendidos com mais facilidade devido a falta de fiscalização de órgãos do governo e das estratégias ilegais por parte dos funcionários dos postos ou hospitais que mentem dados de nascimento e endereços dos pacientes. Assim, é possível que muitos dos dados que temos acesso não sejam tão reais no que se referente a números de pacientes estrangeiros, porém, esse fato não faz perder a relevância dos estudos existentes. O atendimento à população estrangeira já passou por várias restrições e exigências. Como explica Silva (2006), uma delas foi a implantação do chamado Cartão SUS, que é condição para o atendimento público não-emergencial. Este sistema de gerenciamento restringe o acesso ao estrangeiro. Outra dificuldade apontada pelo

autor é o modo como os gestores consideram que o direito à saúde pelo sistema público é restrito aos usuários nacionais, intensificando o controle ou negando o acesso aos estrangeiros.

Dessa forma, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) foi instituído através da Portaria MS nº. 1.120, de 06 de julho de 2005 estando voltado para a integração da saúde com os dez países sul-americanos que fazem fronteira com o Brasil, refletindo o fato de que as dificuldades quanto à prestação de saúde nas fronteiras não se restringem aos países do MERCOSUL. Essa iniciativa visava não somente à melhoria da qualidade de vida da população, como principalmente subsidiar o processo de harmonização de saúde entre os países, necessário para o estabelecimento de marcos legais para a integração, otimização e qualificação da atenção prestada nas fronteiras. Esta Portaria enfatiza como meta do projeto a consolidação e expansão da atuação do Ministério da Saúde em áreas de fronteiras. Propõe, ainda, a avaliação das ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras; o desenvolvimento de um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação; e a mobilização de gestores das áreas de fronteiras para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede. O SIS Fronteiras é um projeto que visa dar continuidade a estratégia de integração dos países da América do Sul, sendo uma resposta política à demanda pactuada entre os gestores de saúde federal, estadual e municipal para atenuar os problemas de saúde pública nas fronteiras. Consequentemente, a implantação deste projeto pode vir a ser o início da organização dos sistemas locais de saúde.

O projeto busca formalizar o processo de integração entre os sistemas, das ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, partindo do reconhecimento das dificuldades historicamente vivenciadas por gestores e usuários na região. Para sua implantação foram previstas três fases de desenvolvimento, que também correspondem ao repasse de recursos financeiros aos municípios que aderirem ao projeto (BRASIL, 2005). A ideia central do SIS - Fronteiras é promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. O projeto pretende estimular o planejamento e a implantação de ações e acordos entre os países que compartilham fronteiras, por meio de um diagnóstico da situação de saúde destas regiões. Para isso, ressalta a necessidade de mensurar alguns aspectos, entre eles: a) aspectos socioeconômicos; b) aspectos geográficos; c) aspectos epidemiológicos, sanitários, ambientais e d) aspectos assistenciais. Esse projeto abrange inicialmente cento e vinte um (121) municípios da faixa de fronteira brasileira, apenas 20,57% do total de municípios em área de fronteira do Brasil. O processo de implantação possui duas etapas: Etapa I – 69 municípios, nos estados do RS, SC, PR e MS; Etapa II – 52 municípios, nos estados do MT, RO, AC, AM, RR, AP e PA.

Dentre os objetivos deste projeto se destaca aquele que visa priorizar ações necessárias para o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a integralidade, a hierarquização, a universalidade, a equidade, a descentralização, o controle social e a regionalização. Apesar do Ministério da Saúde dispor de políticas públicas de saúde para toda a população, há grande dificuldade em alcançar e integrar estas ações.

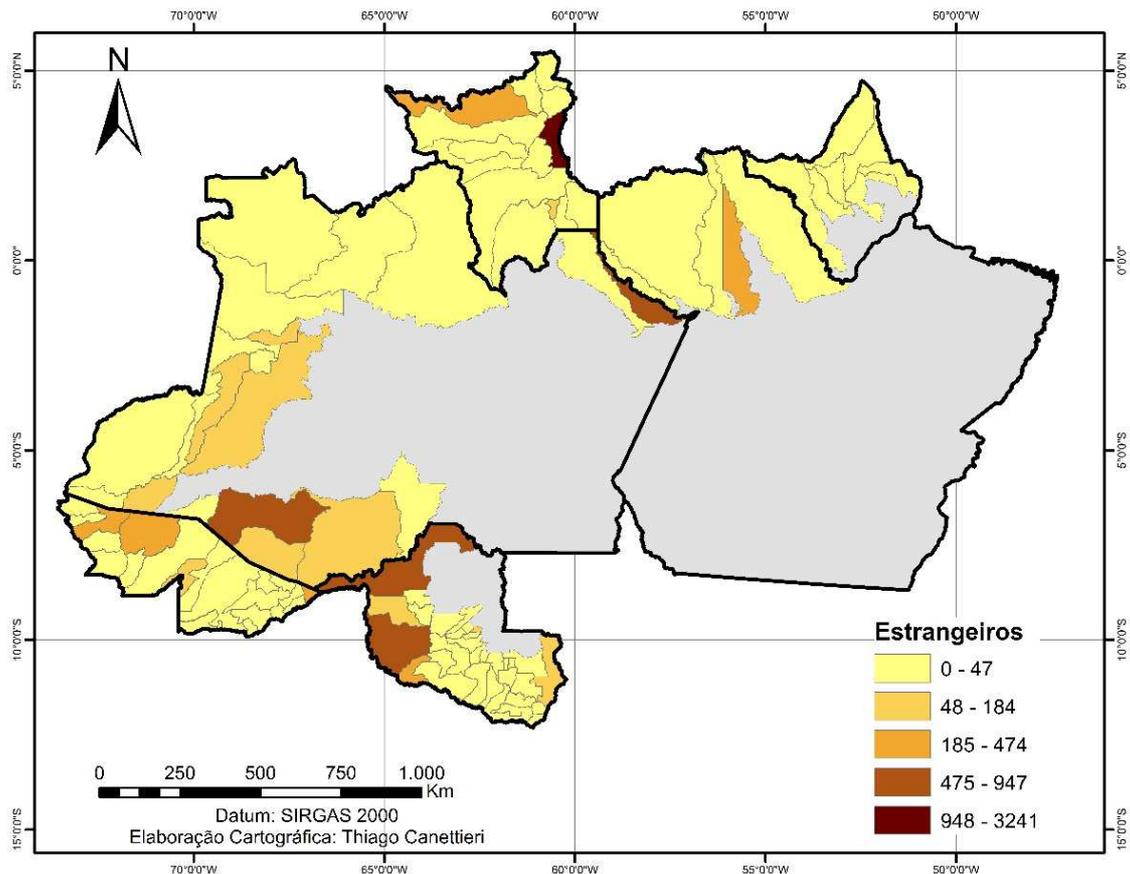
A MOBILIDADE POPULACIONAL NA FAIXA DE FRONTEIRA DO ARCO NORTE

O Brasil possui, segundo o censo de 2010 do IBGE, 431.319 estrangeiros residentes (naturalizados ou não). Desse contingente, 16.455 estrangeiros estão na região Norte do país, correspondendo à quase 4% do total. Os migrantes dos países vizinhos ao Arco Norte

totalizam 7.238, aproximadamente 44% do total, com especial destaque à Bolívia (34,72%) e Peru (30,95%).

A distribuição espacial do total dos estrangeiros residentes provenientes dos países fronteiriços do Arco Norte pode ser visualizada no mapa a seguir:

Figura 03: Distribuição Espacial dos Estrangeiros Residentes em 2010



Fonte: IBGE (2010)

Os migrantes nascidos no Peru agrupam-se principalmente nos municípios ao longo da fronteira com esse país, nos maiores centros urbanos da região e ao longo da calha do rio Amazonas; os bolivianos ocupam quase que exclusivamente municípios fronteiriços do Acre, Rondônia e Mato Grosso; e os colombianos se situam em Tabatinga, cidade gêmea de Letícia, em Manaus, e na Cabeça do Cachorro. Os migrantes nascidos na Venezuela e Guiana situam-se principalmente em Roraima e os do Suriname e Guiana Francesa em Amapá e Pará. A migração de equatorianos, cujo país não possui fronteira com o Brasil, apresenta o menor número em relação aos demais países amazônicos (cem pessoas) e encontra-se espalhada em uns poucos pontos da Amazônia brasileira, com maior concentração em Manaus. (VACA, 2011; HEZEU, 2011; OLIVEIRA, 2008) O perfil dos migrantes dos países vizinhos nos municípios fronteiriços do Arco Norte mostra que são, em sua maioria, baixa qualificação de trabalho e instrução; possuem renda média inferior a da população residente. A maioria, segundo Oliveira (2008), são camponeses pertencentes a etnias indígenas.

A questão do mercado de trabalho, especialmente do mercado de trabalho que atrai pessoas com baixa escolaridade e qualificação profissional, é central no entendimento das dinâmicas locais de migração e circulação, principalmente do Arco Norte (HEZEU, 2011). Além do elemento de atração existem também os chamados fatores de expulsão em que a falta de oportunidades dos países vizinhos ao Brasil parece ser maior, tornando assim a possibilidade de migrar uma chance de inserção. (MOREIRA; VACA, 2010)

Dessa maneira percebe-se que existe um grande grupo de imigrantes dos países vizinhos que acabam ganhando importância entre os municípios fronteiriços do Norte do Brasil.

No entanto deve ser destacado que nas áreas de fronteira além da migração ocorre com grande frequência o fenômeno da mobilidade transfronteiriça. Esse movimento é realizado pela população de um lado da fronteira que a atravessa para realizar determinadas atividades. Como é apresentado por documento oficial do ministério da integração nacional de 2013 a região do arco norte é marcada por um processo intenso de mobilidade transfronteiriça intermitente. (BRASIL, 2009)

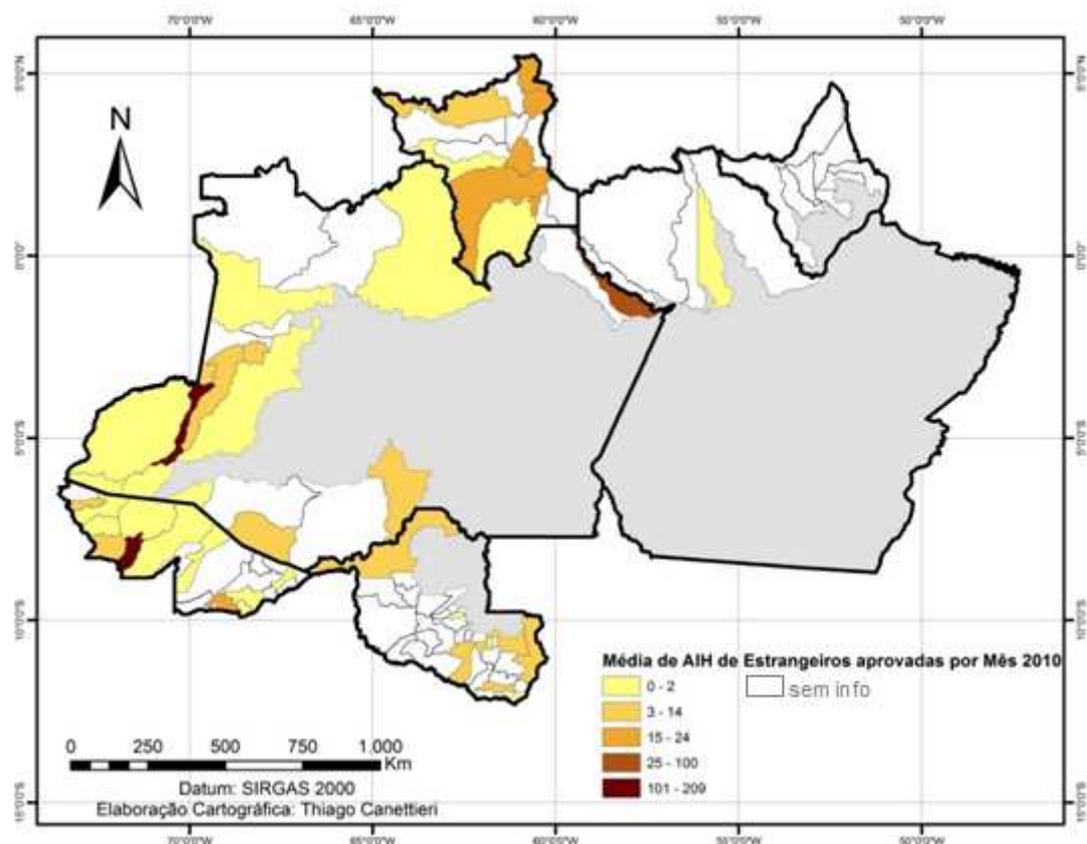
Nesse sentido Giovanella e outros (2007) apresentam em sua pesquisa que a grande maioria dos municípios na faixa de fronteira ocorre algum tipo de fluxo na fronteira. Em outra pesquisa Siqueira (2013) apresenta uma análise demonstrando o grande volume dos movimentos transfronteiriços na área da Amazônia brasileira. Mas a autora destaca que existe uma grande dificuldade em quantificar de maneira precisa esse volume dados as condições naturais e sociais da fronteira do arco norte. Porém, não cabe neste artigo o detalhamento dessas pesquisas.

O ACESSO DOS ESTRANGEIROS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO NO ARCO NORTE

A região norte do Brasil é conhecida por uma série de problemas ligados à prestação do serviço de saúde. No entanto, a situação de alguns municípios de outros países limítrofes é ainda mais precária, fazendo com que se crie uma rotina de mobilidade focada na utilização dos serviços de saúde (PEITER, 2007).

Esse quadro de precariedade e a dificuldade referente a assistência de saúde no Arco Norte, ocorrendo em área de fronteira, revela que, em diversos pontos o fluxo de pacientes dos países vizinhos acaba sobrecarregando os serviços locais. Na figura 04, é possível perceber onde, preferencialmente ocorrem os movimentos mais intensos em busca de internação hospitalar. Os dados apresentados foram coletados através das AIHs, que estão disponíveis no DATASUS. As fichas AIHs são Autorizações de Internação Hospitalar, e essas contém um campo para ser colocada a naturalidade, porém, quando o paciente não informa seu local de nascimento ou não é brasileiro este campo fica preenchido com um código generalizado. Por isso, sabe-se da presença de estrangeiros internados nos estados brasileiros, porém, o país de origem não é informado. O total das AIH emitidas para estrangeiro nessa condição foi, em 2010, 1.134.

Figura 04: Número médio de internações mensais no ano de 2010 de estrangeiros internados pelo SUS nos municípios Fronteiriços

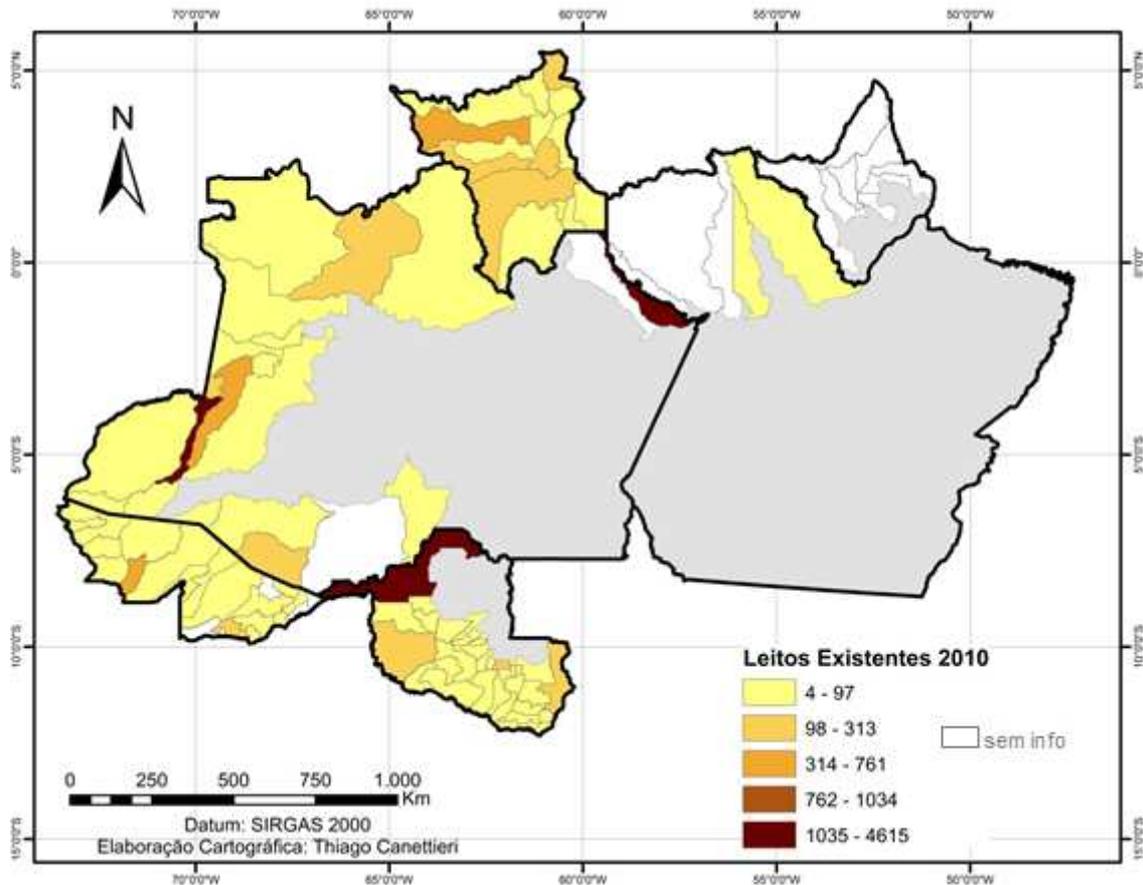


Fonte: DATASUS (2010)

Observa-se que os fluxos são mais intensos em, principalmente oito cidades do arco de fronteira (que estão representadas nas duas classes de maior valor no mapa). Como Jordão, no Acre; Benjamin Constant e Nhamundá na Amazônia; Uiramutã, Normandia, Cantá e Caracaraí em Roraima. Essas cidades não correspondem àquelas com maior número de estrangeiros residentes, como é o caso de Benjamin Constant, Jordão, e os municípios de Rondônia. Essa informação, embora mereça uma maior qualificação que não é possível através dos dados disponibilizados pelo DataSUS, sustenta o argumento da mobilidade transfronteiriça para a busca de atendimento médico.

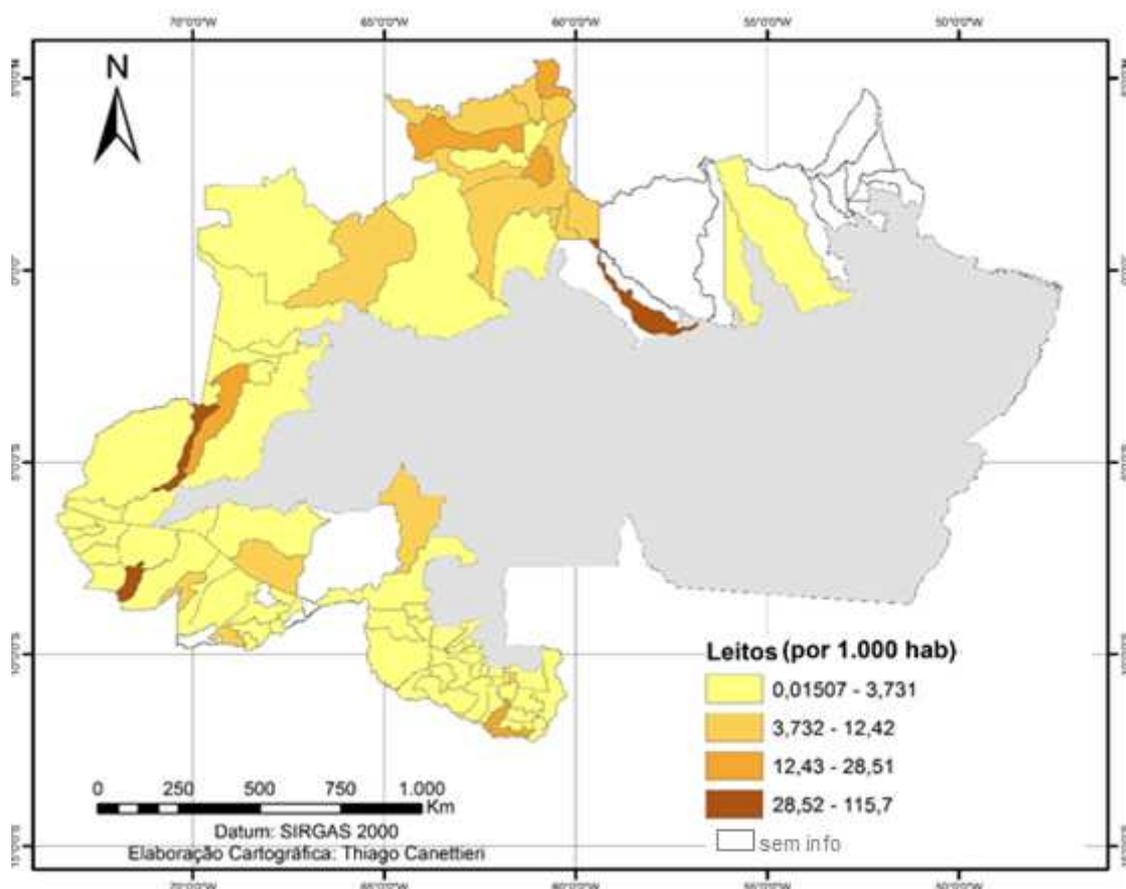
A influência que esse fluxo exerce ou sofre sobre a estrutura dos estabelecimentos de saúde da região do Arco Norte pode ser percebida quando se visualiza a distribuição dos leitos disponíveis por município, como na figura 05 e figura 06.

Figura 05: Distribuição dos Leitos para Internação nos municípios Fronteiriços em 2010



Fonte: DATASUS (2010)

Figura 06: Leitos por 1.000 habitantes em 2010



Fonte: DATASUS (2010)

Ao observar os últimos mapas, é possível perceber nitidamente que existe um fluxo de estrangeiros em municípios de infraestrutura mais elevada. Como é o caso de Jordão - AC e de Benjamin Constant - AM, municípios que se encontram na maior classe da média de AIH de Estrangeiros aprovados por Mês em 2010 também estão na última classe referente ao número de leitos absolutos e por 1.000 habitantes. E também o município de Nhamundá - AM, que está na segunda classe da média de AIH de estrangeiros e na maior classe referente ao leitos disponíveis. Dessa forma, a disponibilidade de atendimento determina, em grande medida a direção dos movimentos fronteiriços que possuem como objetivo o acesso aos serviços de saúde brasileiros.

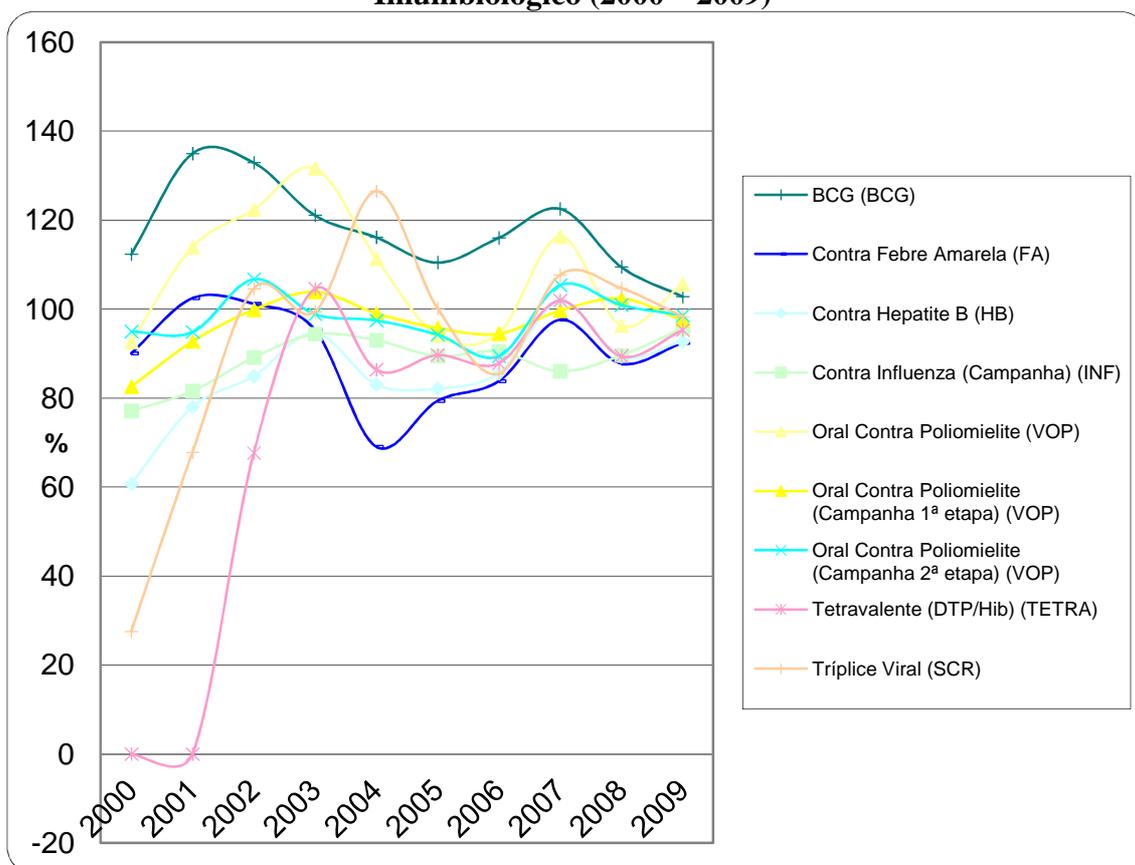
No entanto, deve-se destacar que em alguns municípios, como é o caso de Uiramutã - RR, Bonfim - RR e Alenquer - PA e Rodrigo Alves - AC, em que os estrangeiros chegam a ocupar até 1/3 dos leitos existentes ou mais. Embora, no presente não seja possível confirmar o impacto que essa mobilidade transfronteiriça em busca de saúde causa na gestão e

funcionamento do sistema público de saúde brasileira, é necessário considerar a grande representatividade desses estrangeiros dentro de um universo que já é sabidamente precário em questões de saúde.

Peiter (2007) analisa que o fato da atenção à saúde no Brasil ser universal e gratuita é o elemento que mais atrai os estrangeiros, em especial referente a atenção pré-natal, aos partos, aos serviços de imunização e a obtenção de medicamentos de distribuição gratuita pelo SUS.

Esse impacto, em primeira instância, pode ser exemplificado pelo gráfico à seguir, em que demonstra a cobertura vacinal básica média nos municípios do Arco Norte.

Gráfico 01. Cobertura Vacinal Básica (%) nos Municípios do Arco Norte por Tipo Imunobiológico (2000 – 2009)⁷



Fonte: DATASUS (2010)

Observando o gráfico percebe-se que algumas vacinas tiveram um aumento significativo de alcance entre o período analisado, e muitas delas mantiveram valores superiores aos 100% de cobertura vacinal que é calculada tendo por base a população residente. Isso indica que, se ocorre mais vacinações do que o número de possíveis necessitados registrados do sistema único de saúde, significa que há pessoas vindas de outros países (podem ser outros brasileiros também) buscando a imunização através do sistema de saúde do Brasil. Dessa forma, é o serviço público brasileiro que arca com a gestão e organização desses atendimentos. Nesse sentido é que foi desenvolvido o programa SIS-Fronteiras, além dos acordos estaduais e

⁷ O indicador é constituído pelo número de doses aplicadas (correspondente ao esquema completo de vacinação) de determinado imunobiológico pela população alvo e multiplicado por 100, em uma área e tempo considerados. O indicador corresponde ao percentual de população vacinadas e potencialmente protegidas contra determinada doença.

municipais, que tentam garantir a melhor saúde possível ao moradores, considerando, como uma realidade, o fluxo de mobilidade transfronteiriço dos países vizinhos.

Outro exemplo captado em pesquisas como de Barcellos, Peiter, Rojas (2001) e a conduzida pelo o Ministério da Saúde Brasileiro (2003) sobre a situação da AIDS na fronteiras do Brasil, mostram que existe um fluxo de estrangeiros, em especial aqueles provenientes da área de fronteiras, para receber o coquetel de tratamento do vírus HIV, que, no caso do Brasil é de distribuição universal, inclusive para imigrantes independente do status migratório. Tal programa é considerado pela Organização Mundial de Saúde como um programa referência.

Esse fenômeno cria a necessidade de integralizar algumas medidas tomadas pelo poder público, tanto a nível Federal como o Programa SIS Fronteiras, como no nível estadual e municipal. Alguns municípios, de acordo com Agustini e Nogueira (2010), criam mecanismos na tentativa de suprir essa necessidade como calendário comum de vacinação, vigilância sanitária quanto a epidemias, entre outros. Isso é necessário porque o fluxo de pessoas indo e vindo nessas regiões é intenso. Elas ainda refletem que a maioria dessas ações ocorre no âmbito municipal, sem o apoio de Ministério da Saúde brasileiro. Agustini e Nogueira (2010) analisam que ainda falta clareza no tocante às responsabilidades municipais frente à organização do sistema local de saúde, seus gestores não incorporam sua função de acordo com o que prece à legislação sendo que suas atitudes se acabam se limitando a questões sanitárias. Elas ainda enfatizam que é possível perceber que a maioria dos municípios de fronteira com o Brasil presta algum tipo de serviço a estrangeiros, porém há muitas carências, o que pode levar a muitos estrangeiros mentir seu local de nascimento e residência, mesmo o comprovante de residência sendo solicitado. O que nos levar a supor que os mesmos consigam com parentes e amigos moradores no Brasil:

Foi possível perceber que a maioria dos municípios brasileiros localizados na região de fronteira presta algum tipo de serviço a estrangeiros. Diante disso, têm sido notados alguns transtornos nos municípios devido à falta de autorização para internação hospitalar (AIH) e de controle epidemiológico, além de gastos com a contratação de profissionais, exames, medicamentos e transporte de pacientes. Observa-se, também, a inexistência de organização do atendimento aos usuários estrangeiros e a falta de mecanismos de controle eficazes frente à demanda. Na atenção básica, os estrangeiros encontram maior facilidade para consultas médicas, medicamentos e imunizações. Isso se deve à inexistência de critérios intransigentes no atendimento, favorecendo a ocorrência tanto de fraudes de documentos como registros de atendimentos nem sempre exatos por parte dos responsáveis. A mesma situação não é encontrada nos encaminhamentos para média e alta complexidade, em virtude da rigorosa exigência de documentação (como, por exemplo, o Cartão SUS, comprovado pelo atestado de residência carimbado pelo agente comunitário de saúde — ACS). Somente nos casos em que o usuário acessou o sistema por meio da emergência há possibilidade de referência para outros níveis de hierarquização do sistema. Ou quando o município arca com as despesas decorrentes desse nível de atendimento. (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010, p.13)

As exigências derivadas da implantação do Cartão SUS trouxeram um complicador para os gestores, expresso de duas formas. Os que entendem ser o atendimento ao estrangeiro um direito pautado na preservação da vida, e, portanto os atendem independentemente de qualquer seleção, viram-se impedidos de continuar com essa prática. Ou então, passam a utilizar-se de estratégias distanciadas da legalidade concernente ao setor público, como os subterfúgios de omissão da nacionalidade e outras artimanhas. Ao mesmo tempo em que o cartão SUS é um pré-requisito para o acesso ao serviço de saúde no Brasil, os laços de fronteira dão condições para os estrangeiros serem atendidos sem qualquer restrição. O que nos leva perceber que existem mecanismos legais e informais atuando simultaneamente.

Além é claro dos conflitos políticos regionais que agem como empecilhos da implantação de políticas de saúde. (Agustini e Nogueira, 2010).

Outro ponto levado em consideração pelas autoras é no que se refere a continuidade do tratamento que nem sempre é possível ser sequenciada no município fazendo com que não haja garantia de continuidade do mesmo, principalmente no caso de estrangeiros quando retornam ao seu país de origem, voltando ao Brasil com um quadro clínico ainda mais grave. Mesmo assim, o tratamento em brasileiros quanto em estrangeiros tem sido feito de maneira igualitária, sem que haja impedimentos aos mesmos, o que faz com que os brasileiros dividam sua espera com os estrangeiros, e isso acaba por gerar discussões e reivindicações por parte dos brasileiros que disputam suas vagas nos posto de atendimento à saúde com os estrangeiros. Toda essa complexidade dificulta os planos de ação dos serviços públicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pontos levantados nos leva a algumas considerações que devem ser feitas em relação a estudos de atendimento à saúde nas áreas de fronteira. Em primeiro lugar a questão dos dados, os poucos existentes são de difícil acesso e sempre fragmentados. Acredita-se que principalmente no Arco Norte, devido à baixa densidade demográfica e a grande extensão territorial, somada com os obstáculos gerados pelos elementos naturais, a dificuldade de levantar informações precisas se torna latente. O segundo fator a ser levado em consideração tem a ver com o fato de que foi feito um estudo unilateral, falta de comunicação sistemática das informações entre os países, o que poderia facilitar e potencializar muitas ações. Não existe um programa ou uma organização que some informações internas dos países fronteiriços, o que limita a análise de pesquisa em vários pontos. Soma-se isso os diversos sistemas de coleta de informações que diferem entre os países. É importante destacar a criação do SIS Fronteira que abrange as regiões de fronteiras dando suporte nas discussões e ajuda financeira criado para auxiliar e colaborar para eficiência das Secretarias Estaduais de Saúde, porém o mesmo não oferece informações detalhadas de atendimento a saúde dos países fronteiriços. Em terceiro lugar, os fatos apontam a existência de estrangeiros buscando atendimento de saúde no Brasil, porém, a assistência aos mesmos não é dada de maneira padronizada, não que seja necessário padronizar, porém não há comunicação entre os postos de atendimento e não existem regras claras para o mesmo. Em muitas das vezes o paciente estrangeiro busca o SUS informando dados sem veracidade, afirmando que mora no Brasil sem que isso seja verdade ou verificado para não perder o atendimento. Acontece que esse paciente pode se prejudicar, pois não consegue dar continuidade em seu tratamento em seu país devido a ausência de informações ou meios adequados. Por último, é preciso que haja debates em relação aos aspectos políticos, governamentais que discutam a situação de saúde de brasileiros fora do Brasil e de estrangeiros no Brasil, principalmente aqueles que vivem em áreas de fronteira e cidades vizinhas onde há fluxo de pessoas de um país para o outro. A saúde é um elemento vital de direito a todas as raças, nacionalidades, classes sociais e deve ser tratada de maneira universal e sem restrições. Se há uma clara opção pela integração entre países participante e associados do MERCOSUL, a questão da saúde deveria ser o primeiro passo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUSTINI, Josiane; NOGUEIRA, Vera Maria. (2010) “A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul”. *Revista de Serviço Social*, São Paulo, n.102.

- ASTORGA, Ignácio; PINTO, Ana Maria; FIGUEROA, Marco. (2004) *Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- BARCELLOS, Carlos; PEITER, Paulo; ROJAS, Luisa Iniguez, et. al. (2001) *Situação da Epidemia de AIDS na Fronteira do Brasil*. Documento Base: FIOCRUZ.
- BECKER, Bertha. (2005) “Geopolítica da Amazônia”. *Estudos Avançados*, v.19, n.53, São Paulo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2003) *A AIDS nas fronteiras do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Integração Nacional. (2009) *Faixa de Fronteira: Programa de promoção do desenvolvimento na faixa de fronteira – PDFF*. Brasília: Ministério da Integração Nacional.
- BRASIL. (1988) *Constituição*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL. (2005) *Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: SIS-Fronteiras e a Integração em Busca da Equidade*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; Secretaria Executiva / DIPE; Secretaria de Atenção à Saúde.
- CEPIK, Marco; SOUSA, Romulo. (2011) “A Política Externa Brasileira e a Cooperação Internacional em Saúde no Começo do Governo Lula”. *Revista Século XXI*, Porto Alegre, v.2, n.1.
- CERRONI, Matheus. (2012) “Magnitude das doenças de notificação compulsória e qualidade das ações de vigilância epidemiológica na região de fronteira do Brasil, 2007 – 2009”. (Dissertação de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.
- DALPRÁ, Keli Regina. (2006) “Transpondo Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na garantia do acesso a saúde no MERCOSUL”. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- GADELHA, Christovam Augusto; COSTA, Laís. (2007) “Integração de fronteiras: A saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brasil, v.23, n.2.
- GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura; DAMACENA, Giseli. (2007) “Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.2.
- HEZEU, Marcel. (2011) “Migração Internacional de Mulheres na Periferia de Belém: Identidades, famílias transnacionais e redes migratórias em uma cidade na Amazônia”. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém.
- IICA, Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura. (2010) *Plano de Trabalho Interfederativo para a Integração Fronteiriça*. San Jose, Costa Rica.
- LEVINO, Antônio; CARVALHO, Eduardo. (2011) “Análise Comparativa dos Sistemas de Saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru”. *Revista Panam Salud Publica*, v.30, n.5.

MOREIRA, Kellen Cristina; VACA, Luis Eduardo. (2010) “Análise da Migração Internacional na Amazônia no Contexto da Globalização”. In: Anais do XVI Encontro Nacional dos Geógrafos. Porto Alegre.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. (2003) *Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde*. Florianópolis: UFSC.

NOGUEIRA, Vera; SILVA, Maria. (2009) “Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde”. *Revista em Pauta*, v.6, n.24.

OLIVEIRA, Márcia Maria. (2008) “Migrações Fronteiriças: Uma Reflexão Necessária no Amazonas”. In: Anais do V Simpósio Internacional do Centro de Estudos do Caribe no Brasil. Salvador.

PEITER, Paulo César. (2007) “Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico”. *Cadernos Saúde Pública*, v.23, n.2.

PREUSS, Lislei Teresinha. (2007) “Universalização do acesso à saúde duas visões a respeito do tema”. In: 12º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais e IV Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade, Foz do Iguaçu.

PREUSS, Lislei Teresinha; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. (2012) “As Cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai”. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 11, p. 320-332.

SILVA, Ana Regina. (2010) “Alternativas às perspectivas das políticas territoriais na faixa de fronteira internacional da Amazônia oriental brasileira nos estados do Pará e do Amapá”. Anais do XVI Encontro Nacional dos Geógrafos. Porto Alegre: AGB.

SILVA, Ana Regina. (2011) “Perspectivas das Políticas Territoriais na Faixa de Fronteira Internacional da Amazônia Oriental Brasileira: Estados do Pará e do Amapá”. (Dissertação em Mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém.

SILVA, Maria Geusina da. (2006) “O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu”. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SIQUEIRA, Juliana Mota. (2013) “Fronteira e Mobilidade: A Amazônia e suas Pluralidades”. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

VACA, Luis Eduardo. (2011) “Introdução ao estudo da migração internacional na Amazônia”. *Revista Contexto Internacional*, v.33, n.1, Rio de Janeiro.

VIEGAS, Selma M. da Fonseca; PENNA, Cláudia M. de Mattos. (2013) “O SUS é universal, mas vivemos de cotas”. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 18 n.º.1. Rio de Janeiro.