



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Luciana Winter

**Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde:
uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu-PR**

Rio de Janeiro

2009

Luciana Winter

**Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir
de Foz do Iguaçu-PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof.^a Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

W785 Winter, Luciana.

Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu-PR / Luciana Winter – 2009.
77f.

Orientadora: Sulamis Dain.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde – Foz do Iguaçu (PR) – Teses. 2. Saúde pública –
Financiamento – Foz do Iguaçu (PR) – Teses. 3. Foz do Iguaçu (PR) –
Fronteiras – Teses. 4. Foz do Iguaçu (PR) – História – Teses. I. Dain,
Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social. III. Título.

CDU 614.008.1(816.2)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
Dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luciana Winter

**Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma
reflexão a partir de Foz do Iguaçu-PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 24 de novembro de 2009.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Sulamis Dain (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Anna Maria de Souza Monteiro Campos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Fátima Terezinha Scarparo Cunha
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

A Sophia e Bernardo, por compreenderem a ausência.

AGRADECIMENTOS

A realização de um mestrado foi uma etapa completamente ímpar em minha vida: enfrentar a distância de 300 km, muitas vezes de carro, outras de ônibus, numa longa jornada de sete horas de viagem, dividir o trabalho, aulas, leituras, filhos, ufa... Os demais obstáculos que apareceram no decorrer destes dois anos foram pequenos. Muitos me encorajavam, outros me chamavam de louca, mas na verdade o mestrado foi o começo. A todos que me apoiaram meu obrigada, em especial a Sula, por sua paciência, pelos conselhos, pelas puxadas de orelha e pela sua hospitalidade.

Aos meus amigos de trabalho, que sempre oravam antes de pegar a estrada.

Aos maravilhosos professores – Jane, Cid, Adriana, Ruben, Rosangela, Luiz Antonio, Gabriela –, pelo conhecimento compartilhado conosco. Às meninas da biblioteca da ENSP, pela enorme disponibilidade em ajudar nas referências e nas pesquisas on-line. A Regina e Simone, do IMS.

Ao Deputado Federal Florisvaldo Fier (Dr. Rosinha), por relatar sua vivência como presidente do Parlamento do MERCOSUL.

Aos colegas da prefeitura que aceitaram colaborar com meu trabalho (Romildo, Karime, Lisete, Aparecido e Sandra), ao Ricardo Foster, presidente do COMUS.

Agradeço especialmente a Marcos Augusto Arcoverde, pelas horas dispensadas em auxiliar-me.

Aos colegas de sala, pois foi mais uma família criada no meio do sofrimento e das dúvidas crescentes entre as aulas (saudades dos chopes no Sucão...).

À minha família, meu pai, pelo apoio e palavras de otimismo que sempre foram fundamentais assim como, minha mãe, minha irmã, Cláudio. Aos demais queridos familiares, não citados, mas lembrados.

RESUMO

WINTER, Luciana. *Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu-PR*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A fronteira é uma área fragilizada; o trânsito livre de pessoas na região faz com que ela seja altamente vigiada, tanto para a segurança quanto o contrabando e tráfico. Essa facilidade de acesso no trânsito entre os países, traz um número de pessoas que fazem um trajeto longo, muitas vezes com risco de vida eminente, em busca de assistência médica, inexistente no seu país de origem. O pagamento dessa fatura é de responsabilidade do país que realizou o atendimento, assim como a estatística. Os gestores estaduais e municipais tentam contornar essa situação da melhor maneira possível, sem causar perdas financeiras no seu orçamento. A partir da experiência internacional de parcerias entre cidades de fronteira (transfronteirização), esta dissertação tem como eixo principal analisar o caso do município de Foz do Iguaçu, onde a problemática da política brasileira de saúde nas fronteiras se revela em sua potência máxima. O trabalho apresenta a situação do financiamento da saúde na fronteira oeste do Estado do Paraná, propondo um termo de cooperação na assistência e no financiamento.

Palavras-chave: Fronteiras. Financiamento da saúde. Cooperação.

ABSTRACT

The frontier is a fragile area. Free traffic of people in this frontier region makes it highly monitored as to safety and as to restrain smuggling and drugs trafficking. Facility of access within countries, brings in a great number of people who travel a long way, many times, facing great eminent death hazard, in search of medical care that does not exist in their home country. When they are assisted, payment is due to the country responsible for health care. Managers try to overcome this situation and avoid financial losses. Inspired by European experience of partnerships between neighbor towns of different countries, this thesis analyzes the situation in Foz do Iguaçu city, where the problem of Brazilian health politics in the frontier is revealed at its maximum. The work presents the health financing situation in the West frontier of Parana State, proposing a cooperation term for health care and health financing, which would allow treatment for this population by Brazilian health system,

Keywords: Frontiers. Health financing. Cooperation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Esquema geral e cobertura calculada do sistema de saúde, Argentina, 2001.....	21
Tabela 2	Acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.....	30
Tabela 3 –	Característica da mão-de-obra no município de Foz do Iguaçu, 2007.....	39
Tabela 4 –	: Tabela correspondente aos <i>royalties</i> pagos em reais em Foz do Iguaçu, 2000-2006.....	41
Tabela 5 –	Transferência federal do SUS ao município de Foz do Iguaçu, 2000-2006.	45
Tabela 6 –	Recursos aprovados pelo orçamento do município destinados à saúde de Foz do Iguaçu-PR, 2000-2006.	46
Tabela 7 –	Valores recebidos do FNS compensação de especificidade regional. Dez / 07 a out / 08 Foz do Iguaçu-PR, 2009.....	46
Tabela 8 –	Valores recebidos do FNS compensação de especificidade regional. Jan/09 a set/09 – Foz do Iguaçu-PR, 2009.....	46
Tabela 9 –	Valores acumulados dos recursos do SIS-Fronteiras -Foz do Iguaçu,2005-2008.....	47
Tabela 10 –	Relatório de prestação de contas do recurso SIS-Fronteiras Fase II, Foz do Iguaçu, 2008	48
Tabela 11 –	Prestação de contas referente ao Fundo Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu, 2007	49
Tabela 12 –	Consulta de despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa e estado (série história 2002 a 2006) Foz do Iguaçu-PR.....	50
Tabela 13 –	Nacionalidade das pessoas que procuram os serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu, 2007.....	55
Tabela 14 –	Nacionalidade de pacientes e relação residencia, Foz do Iguaçu, 2007	56
Tabela 15 –	Local de atendimento segundo nacionalidade, Foz do Iguaçu, 2007	57
Tabela 16 –	Tipo de demanda e nacionalidade, Foz do Iguaçu, 2007	58
Tabela 17 –	Tipo de demanda x local de residência, Foz do Iguaçu, 2006	60

LISTA DE ABREVIATURAS

ANEEL –	Agência Nacional de Energia Elétrica
APAC –	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
CIB –	Comissão Intergestora Bipartite
CIT –	Comissão Intergestora Tripartite
CECA –	Comunidade Econômica do Carvão e do Aço
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
COFESA –	Conselho Federal das Agências de Saúde
COMUS –	Conselho Municipal de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DENASUS –	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
EU –	União Européia
FDA –	Foods and Drugs Administration
FNS –	Fundo Nacional de Saúde
GT Itaipu –	Grupo de Trabalho Itaipu
HIV -	Human Immunodeficiency Virus
IES -	Instituição de Ensino Superior
IFET –	Instituto Federal de Educação Tecnológica
MERCOSUL –	Mercado Comum do Sul
MH –	Mal de Hansen
MS –	Ministério da Saúde
NAFTA –	North American Free Trade Agreement
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS –	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB –	Norma Operacional Básica
OSE –	Observatório Social Europeu
PAB –	Piso de Atenção Básica
PAMI –	Por uma Argentina con Mayores Integrados
PPA –	Plano Plurianual
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SIOPS –	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS-FRONTEIRA –	Sistema Integrado da Saúde nas Fronteiras

SUS –	Sistema Único de Saúde
Tb -	Tuberculose
TEC -	Tarifa Externa Comercial
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UE –	União Européia
UNILA –	Universidade Federal da Integração Latino Americana

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	A TRANSFRONTEIRIZAÇÃO NO CONTEXTO EUROPEU E NO MERCOSUL	12
	..	
1.1	Transfronteirização na União Européia	12
1.2	Mercosul	15
2	A TRÍPLICE FRONTEIRA	19
2.1	Argentina	19
2.2	Paraguai	21
2.3	Brasil	23
2.4	A região das fronteiras	28
2.5	O SIS – Fronteiras	34
3	FOZ DO IGUAÇU, ANTECEDENTES, SITUAÇÃO ATUAL E DESAFIOS	37
3.1	História	37
3.2	Economia	38
3.2.1	<i>Royalties</i>	40
3.3	População de Foz do Iguaçu e movimento migratório	42
4	SAÚDE NA FRONTEIRA: AS REDES DE ASSISTÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU	44
4.1	Financiamento da saúde em Foz do Iguaçu	45
4.2	Problemas de saúde de Foz do Iguaçu na perspectiva dos gestores	50
5	RESULTADOS DA PESQUISA	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	68
	ANEXO A – RESOLUÇÃO Nº 022/06 - Atenção de saúde aos Brasiguaios na Rede do SUS do Município de Foz do Iguaçu	72
	ANEXO B – RESOLUÇÃO Nº 32/06 – “Proposta do COMUS/FOZ com relação ao atendimento aos Brasiguaios pelo SUS”	74
	ANEXO C – PORTARIA Nº 1.188, DE 5 DE JUNHO DE 2006	76

INTRODUÇÃO

O interesse em trabalhar sobre a fronteira se iniciou com a discussão da assistência à população estrangeira que chegava a Foz do Iguaçu buscando ser atendida na extinta Santa Casa de Misericórdia. A superlotação do sistema de saúde local era agravada com a volta eventual de brasiguaios a Foz e a entrada de paraguaios, por conta da fragilidade do sistema público de saúde do país vizinho.¹

Cada vez que uma pick-up aportava na recepção, toda a equipe entrava em conflito em saber para onde mandar a conta daquele paciente. A ideia de enviar a conta para o consulado do Paraguai no Brasil pairava sobre várias cabeças. Tal procedimento implicou o ingresso efetivo desta população no SUS, uma vez que, a partir do momento em que foi acolhida na emergência, nada ou ninguém a tiraria dali.

Para Giovanella et al. (2007, p. 26):

Para controlar estas estratégias individuais de acesso, em algumas localidades foi implantado um cartão municipal de saúde – de apresentação obrigatória no ato da consulta. O cartão é periodicamente atualizado em visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para comprovar a presença do estrangeiro na residência. Para novos moradores, estabelece-se um período de carência de 30 dias para atendimento pela UBS.

Mas o financiamento desses atendimentos não está resolvido, uma vez que não há previsão, no interior do SUS, para diferenciar e ampliar o repasse de recursos para os municípios aos quais as populações de fronteira se dirigem. De outra parte, não foram desenvolvidos mecanismos de reciprocidade entre os sistemas de saúde dos países que dividem com o Brasil a fronteira Sul.

No plano internacional, existem práticas de reciprocidade, das quais o exemplo mais importante corresponde à experiência de constituição da União Europeia, sobretudo no que se refere à política regional. Dela fazem parte os acordos diretos entre cidades fronteiriças, dentro da lógica de transfronteirização, que se desdobram em inúmeros aspectos, entre os quais a reciprocidade dos sistemas locais de saúde.

Para Dain (2004, p. 79), analisando o processo de transfronteirização a partir do modelo executado pelos países da União Europeia:

¹ Segundo Budel (2008), há uma estimativa de que existam no Paraguai 150mil brasileiros residentes em diversas localidades. Há também a cidade de Santa Rita, com uma população de 50 mil/habitantes, todos brasileiros, incluindo o prefeito.

A necessidade de uma conscientização mútua é evidente. Por um lado, a Comunidade necessita conhecer os problemas de saúde associados à ampliação de fronteiras, por exemplo, o eventual aumento de problemas de saúde, o impacto sobre os sistemas de saúde e de segurança social dos Estados-membros, o aumento da livre circulação de pessoas, tanto de cidadãos como de profissionais e o possível aumento das despesas que advirão para a UE da falta de saúde nos países candidatos.

Parece bastante difícil imaginar a transposição do modelo europeu ao Mercosul, levando-se em consideração a extensão territorial da fronteira, bem como as diferenças financeiras de cada um dos países que fazem parte desta e diferenças socioculturais. Deve-se registrar, entretanto, a iniciativa unilateral do governo brasileiro, de criação do SIS-Fronteiras (Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras), é um projeto da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde voltado para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteira do Brasil. Se bem que até aqui não tenha tido maiores repercussões entre nossos parceiros, a iniciativa é certamente promissora e avança na direção correta, do ponto de vista da inclusão de populações ao sistema de saúde, aliado ao desenvolvimento da capacidade administrativa e financeira de acolhê-la.

Este trabalho analisa o caso do município de Foz do Iguaçu, onde a problemática da política brasileira de saúde nas fronteiras se revela em sua potência máxima, ou seja, estuda os dilemas do financiamento do SUS em cidades de fronteira, a partir dessa experiência.

No primeiro capítulo, apresentamos a discussão da saúde na União Europeia, enfatizando o processo de transfronteirização e correspondente alocação de recursos, como aproximação ao Mercosul e ao SIS-Fronteiras, iniciativa unilateral do Brasil para dar conta da demanda adicional pelos serviços e ações da política de saúde nas cidades brasileiras de fronteira. No segundo capítulo, trataremos da tríplice fronteira (Argentina, Paraguai e Brasil), na perspectiva da política de saúde de Foz do Iguaçu. No terceiro capítulo, examinamos as repercussões desta demanda sobre o financiamento, através da discussão das modalidades e quantitativos dos repasses de verbas ao município para cobertura destes gastos ampliados de saúde. No quarto capítulo, trataremos das dificuldades que os gestores enfrentam no que diz respeito ao campo das finanças e dos sistemas de informação em saúde existentes, de modo a aperfeiçoar a prática em curso de cooperação do Brasil com os países vizinhos, no campo da saúde. Finalmente no quinto capítulo, mostraremos os resultados da pesquisa em questão.

1 A TRANSFRONTEIRIZAÇÃO NO CONTEXTO EUROPEU E NO MERCOSUL

1.1 Transfronteirização na União Européia

O ideal de uma Europa unificada começou em meados dos anos 1920, com o Conde Richard Coudenhove Kalergi. Segundo ele, “a Pan-Europa não é um instrumento da atual política europeia, mas o seu oposto. É uma nova fonte de energia, uma nova tempestade de ideias que se torna mais forte ano após ano” (WOLTERS, 2007,p. 2).

O dia 9 de maio de 1950 é considerado pela maioria dos historiadores como o dia da criação das comunidades européias. Nesse dia, Robert Schuman, Ministro dos Assuntos Externos francês, propôs a criação de uma autoridade comum para regular a indústria do carvão e do aço na Alemanha Ocidental e na França, como forma de acabar com a rivalidade pontual entre os dois países nessa questão (SIQUEIRA, 2006).

O objetivo original do Tratado era fortalecer a competitividade e promover o crescimento e o emprego nas indústrias do carvão e do aço. Esse objetivo foi alcançado com méritos e a semente da integração havia sido transplantada para a cabeça dos cidadãos europeus. O modelo audaz e novo havia, enfim, convencido a população européia de que os novos rumos trilhariam através da cooperação e da união entre os povos (SIQUEIRA, 2006).

Posteriormente, a idéia foi proposta e estendida também a outros países da Europa Ocidental, notadamente Bélgica, Itália, Luxemburgo e Holanda. Mais adiante, os seis formaram, em 18 de abril de 1951, o Tratado de Paris, no qual foi criado a CECA (Comunidade Econômica do Carvão e do Aço). Essa foi à primeira experiência, em um âmbito específico, da atividade econômica conjunta, que, para época, era de vital importância, principalmente política. Pouco a pouco essa fórmula foi estendida a outros setores econômicos. Isso culminou, anos após, na construção de uma Europa unida econômica e politicamente (SIQUEIRA, 2006).

Essa unificação leva a Europa a ter características supranacionais, competências burocráticas próprias e controle judicial (MAGALHÃES, 2002) e os acordos econômicos operam transformações progressivas internas nos países para capacitá-los à abertura comercial mais ampla (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006, p. 5).

A promoção do desenvolvimento econômico das regiões de fronteira inclui, no caso europeu, o apoio financeiro a iniciativas de cooperação em saúde na partilha de recursos humanos, hospitais, serviços e equipamentos de saúde transfronteiras (DAIN, 2004).

Para Dain (2004, p. 82):

É importante assinalar que os desafios em matéria de saúde são frequentemente desafios transfronteiras, enfatizando a necessidade do reforço ao processo de integração ou de cooperação regional.

Os países da União Europeia têm tradição na garantia de proteção social, caracterizando-se como amplos sistemas de bem-estar que, embora se diferenciem quanto à organização dos sistemas de atenção à saúde, guardam em comum o caráter público, a solidariedade social e a cobertura universal (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006(5)). Os modelos de atenção variam entre dois tipos, com predomínio o primeiro: bismarkiano – seguro social financiado por contribuições do empregador e do trabalhador, e beveridgiano – sistema nacional de saúde financiado com recursos fiscais (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006(5)).

O Tratado de Maastricht,² que estabeleceu a estrutura política e econômica do mercado único europeu, teve importância para a saúde ao estabelecer que a organização e a prestação de serviços de saúde são responsabilidades dos Estados-membros (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006(5)).

Para assegurar alto nível de proteção à saúde no mercado comum com a livre circulação, o artigo 152 do Tratado de Maastricht, eleva a saúde pública ao caráter comunitário e define que a ação da Comunidade, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde humana (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006(5))

O acesso aos serviços de saúde em outro Estado-Membro foi regulamentado ainda nos anos 1970, para garantir aos trabalhadores migrantes direitos de seguridade social. Em 1971, a Comunidade Económica Europeia (CEE) emitiu o Regulamento CEE N. 1408/71 relativo à aplicação dos regimes de seguridade social aos trabalhadores e familiares que se deslocavam no interior do mercado(GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006(5)).

² Em 1º de novembro de 1993, entrou em vigor o Tratado de Maastricht, cujos mais importantes objetivos são: a união econômica e monetária dos Estados-membros; a definição e consolidação de uma política externa e de segurança comuns; a cooperação em assuntos jurídicos e a criação da cidadania europeia. Disponível em: <<http://www.historiasiglo20.org/europortug/cideuropeia.htm>>.

Posteriormente, frente à diversidade da organização, da cobertura e do financiamento dos sistemas nacionais de saúde, esses diversos instrumentos têm utilidade para viabilizar e facilitar as relações entre os países, na garantia da prestação de serviços prevista em um país e a ser prestada nos termos do sistema de saúde de outro (QUEIROZ, 2007).

Nas fronteiras, a garantia de acesso aos serviços de saúde é importante para que disparidades territoriais e dos sistemas de saúde não representem obstáculos não-tarifários à integração e à coesão econômica e social (Ciccolella apud QUEIRÓZ, 2007). A experiência de transfronteirização mostra claramente como os acordos internacionais favorecem as populações que residem na fronteira. Segundo Dain (2004, p. 68):

A promoção do desenvolvimento econômico das regiões de fronteira inclui, no caso europeu, o apoio financeiro a iniciativas de cooperação em saúde na partilha de recursos humanos, hospitais, serviços e equipamentos de saúde transfronteiras.

O êxito no processo de harmonização não elimina a necessidade de organizar a saúde nas fronteiras, não somente na construção de protocolos de atendimento e fluxo dos serviços, mas nas ações de vigilância em saúde. Para que o processo de harmonização seja efetivo, há necessidade de levar em consideração valores e diferenças de cada localidade, correção das desigualdades de acesso, informações, controle social e éticos quanto aos cuidados e responsabilidade financeira dos diversos estados nacionais e seu compromisso com a saúde, o impacto nos países até o momento, foi baixo. Assim Dain (2004, p. 68) afirma:

Muitos projetos foram implementados nas regiões de fronteira na Europa, com o objetivo principal de partilhar a capacidade disponível de serviços de saúde. Foram minimizados procedimentos burocráticos e entraves à mobilidade e, em muitas regiões, todos passaram a estar qualificados para a Atenção Básica no serviço de sua escolha.

Há exemplos da Bélgica, onde os pacientes são tratados em clínicas francesas. “No caso europeu, o sistema de saúde tradicionalmente não é um setor de mercado e não foi objeto de regulamentação: a União Europeia reconhece a heterogeneidade dos sistemas de saúde dos países e a garantia de proteção social à saúde é responsabilidade interna dos países-membros” (QUEIROZ, 2007, p. 273).

Dentro do processo de transfronteirização, existe uma série de acordos sobre eventuais sistemas de saúde bancar os custos de tratamento prestados noutro Estado (DAIN, 2004). A experiência europeia ilustra a adoção de fundos estruturais de desenvolvimento, que são necessários em processos de integração, para reduzir desigualdades territoriais e sociais, as quais podem se configurar como barreiras não tarifárias à integração (Theofilatou apud GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006(5)).

As principais ações de cooperação são em emergências (ambulâncias, equipes de resgate, equipamentos), assistência (serviços complementares), telemedicina (consulta, diagnóstico, compartilhamento de dados e troca de experiência), compra e utilização de equipamentos, pesquisa, recursos humanos, rede de boas práticas, e estabelecimento de estruturas comuns (Hermans apud GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2006(5)), os pacientes não pagam os serviços e, se o fazem, é reembolsado, o que se deu pelo reconhecimento do Tribunal de Justiça.

Para Dain (2004, p. 75):

Os Estados-membros deverão continuar a exercer a sua responsabilidade em matéria de definição de políticas numa série de domínios com vista à organização e ao financiamento dos seus sistemas de saúde, respeitando o direito comunitário.

No século XXI, o Tratado da União Europeia consolidou uma superpotência econômica e política de 300 milhões de habitantes, com uma moeda comum, um território econômico integrado e uma política externa de defesa única (BASSO, 1998). O autor afirma, ainda, que “os objetivos do Mercado Comum Europeu são suprir todas as fronteiras alfandegárias ou não alfandegárias, permitindo a livre circulação de bens, serviços, pessoas e capitais.” (BASSO, 1998, p. 6).

A UE propõe as regras de livre concorrência conjunta e os mecanismos de harmonização das políticas econômicas; as comunidades europeias devem promover o bem-estar dos seus povos, garantindo a solidariedade comunitária às pessoas regiões e setores menos favorecidos. Por esse motivo, os Estados da UE argumentam que a política de saúde comunitária deve ser definida de forma relativamente estreita (DAIN, 2004).

1.2 Mercosul

Antes falar sobre o Mercosul, falaremos sobre outras fronteiras existentes, como o caso do *North American Free Trade Agreement* (NAFTA) (Brandon, 1996 apud DAIN, 2006). É um bloco econômico, e a partir dele foi criado um livre comércio, com custo reduzido para troca de mercadorias entre os três países-membros (Estados Unidos, Canadá e México), sem visar à integração total como na UE. Uma enorme diferença entre os países-membros são as economias do Canadá e EUA, que na década de 90 (1994), já possuía um intenso fluxo comercial entre os países da região.

Dain (2006, p. 87) afirma que:

A extrema desigualdade entre os países, regiões e sistema de saúde, reduz a integração dos sistemas de saúde na fronteira e ações de vigilância epidemiológica e sanitária e a disputa dos preços dos medicamentos.

O *Food and Drug Administration* (FDA), órgão regulador de medicamentos e alimentos, faz com que os medicamentos do México ou do Canadá, tivessem um valor menor do que nos EUA. Entre 2002 e 2003, foram assinados vários acordos entre U.S. e Canadá, ampliando a colaboração entre o Health Canadá e o Food and Drug Administration – FDA. Esses acordos reforçaram o entendimento entre EUA e Canadá e construíram um esforço regulatório comum sobre a segurança de produtos terapêuticos, ficando aos consumidores canadenses a segurança, a eficácia e a qualidade deste mercado (DAIN, 2004). Na fronteira do Canadá e EUA, há ações de reciprocidade em relação à compra de exames dos EUA para a clientela do sistema público de saúde canadense (DAIN, 2004).

Já a América Latina no fim dos anos 1950 e começo dos 1960, dá início a um processo de desenvolvimento integrado da região que, sob a orientação teórica da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), visava ao seu crescimento econômico que se apoiaria em uma política de substituição de importações destinadas à formação de um parque industrial internacionalmente competitivo (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2007(1)).

Esse projeto propunha a formação de um mercado comum continental que deveria começar pela constituição de uma zona de livre comércio (Aliança Latino-Americana de Livre Comércio – ALALC), formalmente estabelecida pelo Tratado de Montevidéu de 1960, prevendo-se a formação gradual de acordos sub-regionais nos marcos do projeto global. (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2007(1)).

Tanto o Tratado da UE quanto o MERCOSUL nasceram de acordos bilaterais entre dois grandes países (Alemanha e França, Brasil e Argentina), porém com claras diferenças. A Europa estava em fase de reconstrução após a guerra e os ideais eram praticamente os mesmos para o crescimento e desenvolvimento.

No caso do Acordo de Integração e Cooperação Argentina-Brasil³, o entendimento só se deu depois que a possibilidade potencial de confronto entre os dois países já perdera força e

³“Declaração de Iguazu”, em 1985, pelos presidentes Sarney e Alfonsín, na qual os dois países se mostravam dispostos a acelerar o processo de integração bilateral. Em 1988, os dois países assinam o “Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento”, que tinha o objetivo de fixar uma área de livre comércio em um prazo de dez anos. Na oportunidade,

sentido, e não alimentava mais o imaginário dos novos governos democráticos que se propunham a encontrar formas de aproximação e cooperação política e convergências num projeto de integração de seus mercados (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2007(1)), e a criação das instituições que permaneceriam válidas nas etapas seguintes: Grupo Mercado Comum e Conselho do Mercado Comum do Sul, todos de natureza bilateral, mas com a participação atenta do Uruguai nas reuniões e decisões (sempre abertas à adesão do pequeno país do Prata)⁴.

A princípio, o MERCOSUL é um acordo comercial que prevê a ampliação das dimensões de mercado dos países que o compõe. Basicamente levado adiante pelo Brasil e Argentina como um projeto de cooperação bilateral na segunda metade da década de oitenta, resulta, em 1991, o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) que teve seu início em com o Tratado de Assunção, assinado pelos presidentes da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, e foi definitivamente instituído com o Protocolo de Ouro Preto, de 1994.⁵

Assim, o Mercosul deveria ser uma União Aduaneira, porque além da eliminação interna de barreiras tarifárias e de restrições não tarifárias, adotaria uma Tarifa Externa Comum, ou seja, todos os países-membros têm de cobrar a mesma tarifa para um mesmo produto quando essa mercadoria for importada de fora da zona econômica integrada de comércio. Para tanto, o Mercosul pretende estabelecer um sistema de livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos (pessoas e capitais), assim como regras de concorrência comum e a harmonização das políticas econômicas (BASSO, 1998).

Sobre a saúde, podemos dizer que esse fórum de discussão está sendo tratado em segundo plano, ou ainda não se encontra na agenda de prioridades do MERCOSUL. O Brasil assinou com o Uruguai, recentemente, um acordo de cooperação para o atendimento aos pacientes com insuficiência renal (MERCOSUL/GMC/RES. Nº 11/08), mas o custeio das ações não fica claro. Falta o livre comércio de serviços – "Prestação de Serviços de Saúde" e de Produtos para Saúde; a área de livre circulação de pessoas é incipiente, aqui entra toda a questão do "Exercício Profissional"; a questão da Vigilância Epidemiológica e Sanitária para prevenir e evitar a disseminação de doenças (MERCOSUL, 2000).

foram assinados 24 Protocolos sobre diversos temas, tais como: bens de capital, trigo, produtos alimentícios industrializados, indústria automotriz, cooperação nuclear, transporte marítimo, transporte terrestre.

⁴ O Paraguai não participava ainda porque se encontrava sob a ditadura de Alfredo Stroessner, que só seria derrubada em fevereiro de 1989, mediante um golpe militar <http://diplomattizando.blogspot.com/2009/04/1066-o-nascimento-do-mercopol-impacto.html>.

⁵ O Tratado de Assunção entrou em vigor em 29 de novembro de 1991. Os Estados Partes decidiram constituir um Mercado Comum, que deveria estar estabelecido em 31 de dezembro de 1994, e que se denominaria "Mercado Comum do Sul" (Mercosul).

O MERCOSUL está de algum maneira estagnado, talvez mesmo em um momento de retrocesso, cada vez mais longe dos objetivos que haviam norteado o acordo de 1986 (CAMARGO, 2007). Os países que compõe o MERCOSUL trabalham por si, não pensam em hipótese alguma no contexto de comunidade latina, ou seja, o Mercosul não é homogêneo, pois não consegue controlar os conflitos dos países-membros.⁶

⁶ Uruguai e a Argentina construíram duas fábricas de papel às margens do Rio Uruguai, sem consulta prévia ao órgão binacional que administra a exploração do leito desse rio fronteiriço.

2 A TRÍPLICE FRONTEIRA

O entendimento da dimensão da territorialidade é fundamental para a percepção dos problemas específicos da transfronterização das ações e serviços de saúde dos quais tratemos na perspectiva de Foz do Iguaçu uma cidade de fronteira do Brasil. A região Sul do Brasil tem uma das fronteiras mais permeáveis e de interações mais intensas com os países vizinhos, que vem de longa data, mas que estão sendo reestruturadas desde a criação do MERCOSUL (Brasil, 2005).

Os laços com os países vizinhos derivam de um processo historicamente bastante antigo de ocupação das áreas de campo naturais por grandes estâncias de gado (especialmente na fronteira com o Uruguai e com a Província argentina de Corrientes) e da influência religiosa e indígena (guarani) das missões jesuíticas do século XVIII. A forte presença militar motivada por antigas rivalidades entre Brasil e Argentina não rompeu esses antigos laços econômicos e culturais (Brasil, 2005).

Atualmente, as interações com os países vizinhos são fortemente regidas pela expansão de interesses e de imigrantes brasileiros nos países limítrofes, incluindo desde o processo de arrendamento de terras por empresários brasileiros ligados à rizicultura no Uruguai até a “frente” de brasiguaios nos Departamentos do Alto Paraná e Canindeyú (Paraguai) onde vivem atualmente cerca de 350 mil brasileiros e seus descendentes, conhecidos como brasiguaios (Brasil, 2005).

Menos intensas têm sido as interações ao longo da linha de fronteira argentina (Província de Misiones), devido à implantação pelos argentinos de reservas naturais como zonas-tampão para dificultar a imigração e a compra de terras por brasileiros. Assim, começamos com a descrição da tríplice fronteira, caracterizando as diferenças entre os sistemas de saúde dos países que integram a tríplice fronteira, sempre na perspectiva dessa cidade.

2.1 Argentina

O sistema está fundamentalmente orientado para atenção médico-curativa das doenças e centrado na instituição hospitalar. Na maioria das jurisdições onde que foi implantada, a

estratégia de atenção primária de saúde foi estruturado na forma de "programas" do primeiro nível de atenção. O subsetor público ou oficial fornece os serviços através da rede pública. Em 1991 culminou o longo processo de descentralização hospitalar onde foi outorgada, aos diretores, a faculdade de flexibilizar aspectos de cunho administrativo. (ASTORGA, 2004, p. 23).

O sistema de saúde na Argentina reflete a natureza do governante do país, as províncias mantêm o controle da saúde em suas jurisdições específicas. O sistema de saúde divide-se em três subsetores: público, privado e seguridade social (tabela 1), ou seja: Público 37,4% da população tem acesso à rede pública de serviços de saúde a cargo dos ministérios da saúde nacional e provincial. Seguridade social 51,2% - Obras sociais. Privado 7,9%: medicina pré-paga. Outros 3,2%: população com dupla cobertura de seguro, principalmente através de planos privados (filiação voluntária em pré-pagos, mútuos, etc.) (PAHO, 2007).

O governo impulsiona a desregulamentação do setor para facilitar a execução das obras sociais entre si e com as empresas de saúde privadas (pré-pagas), para estimular a eleição da obra social pelos filiados e para garantir que todas outorguem uma cobertura obrigatória, que inclui os principais serviços, diagnósticos e tratamentos (ASTORGA, 2004).

O subsetor público continua sendo o principal fornecedor de serviços de emergências e de atenção a doentes psiquiátricos e crônicos. Os serviços públicos gratuitos têm assumido uma demanda maior, derivada da deterioração da cobertura de muitas das OS, utilizando-se de um mecanismo de subsídio público da seguridade social (ASTORGA, 2004).

Tratando-se de um país federativo, é possível encontrar uma grande diversidade de formas de organização e gestão, dependendo das características de cada governo provincial. Um privilegia a condução e administração nos Ministérios de Saúde Provinciais (MSP); outras propiciam a desconcentração dos MSP em entes regionais ou locais; e outras descentralizam os serviços, derivando-os para os municípios (PAHO, 2007).

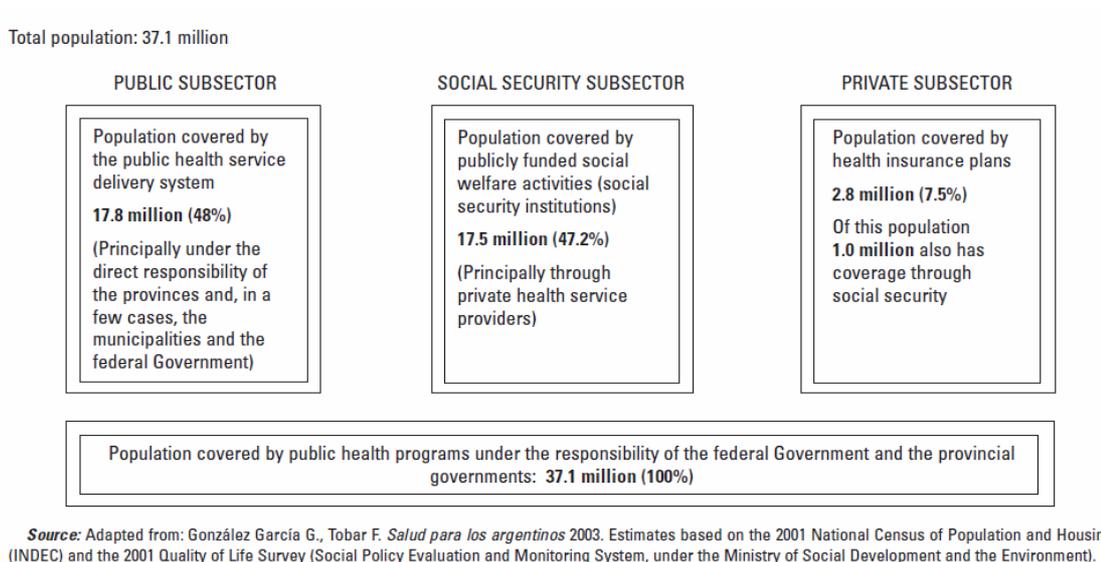
Vários são os fatores que levaram o sistema de Obras Sociais a entrar em colapso, entre os quais se destacam: a natureza de sua condução política e administrativa; cada Obra Social tem sua clientela cativa e faltam mecanismos de competição que favoreçam a escolha dos usuários; a debilidade progressiva dos mecanismos de regulação; o desequilíbrio na regulação da oferta provocado por PAMI;⁷ a heterogeneidade do sistema em nível regional e

⁷ Seguro de saúde compulsório para os trabalhadores formais, financiado por uma contribuição adicional sobre a folha de salários, destinado a sustentar os altos custos da assistência médica de aposentados e/ou pensionistas. (Katz apud MÉDICI, 2002). INSSJP - Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados

provincial; o alto custo e o desperdício do sistema; e o crescimento das instituições privadas de assistência médica gerenciada, com base em pré-pagamento, as quais progressivamente vão desarticulando as Obras Sociais dos grupos de assalariados e de direção de empresas com renda mais elevada (MÉDICI, 2004).

Tabela 1: Esquema geral e cobertura calculada do sistema de saúde, Argentina, 2001.

Fonte: Health in the Americas, 2007.volume II–c 1



A regulamentação em apoio à descentralização de hospitais proporcionou uma estrutura jurídica para a compra e venda de serviços de saúde. Esta legislação permite que os hospitais estabeleçam acordos com os serviços do seguro social e outras entidades, captem tarifas por serviço de usuários com capacidade de pagamento ou de pagamentos a terceiros, e funcionem como uma rede de serviços. O Instituto de Seguridade Social iniciou um estudo para determinar a viabilidade da sub-contratação de certos serviços de apoio a terceiros, como os de cozinha e lavanderia (PAHO, 2007).

2.2 Paraguai

Após 35 anos de ditadura, país está em duas décadas de democracia incipiente, porém as regras e as leis da ditadura não foram esquecidas. O artigo 68 da Constituição de 1992 discute sobre direito à saúde e prevê que o Estado deve realizar a promoção e proteção à saúde da população, como um direito fundamental do indivíduo e de interesse da comunidade (PAHO, 2007). O Conselho Nacional de Saúde, constituído por instituições-chave do setor e presidido pelo Ministro da Saúde, tem a responsabilidade legal de coordenar e controlar os planos, programas e atividades das instituições públicas e privadas do setor. (ASTORGA, 2004).

A Lei nº 1.032/96 estabelece a regulação do Sistema Nacional de Saúde, a existência tanto de sistema público quanto privado, e os serviços de saúde são dirigidos por três subsetores: público, paraestatal e privado. No subsetor paraestatal, encontramos o Instituto de Previdência Social (IPS), a Cruz Vermelha Paraguaia e o Hospital da Universidade Católica Nossa Senhora da Assunção. Paraguai, por exemplo, está se centralizando a gestão dos programas de serviço em uma Secretaria Geral de Programas para lhe dar prioridade à assistência materno-infantil e concentrar-se na assistência às populações rurais e indígenas (PAHO, 2007).

O governo Nacional, a través do Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social, definiu uma política orientada a aumentar a proteção social com equidade, revitalizando a continuidade do Sistema Nacional de Saúde, que leva fortalecer institucionalmente as funções de organização, provisão e asseguramento com os recursos disponíveis no setor e a mobilização de recursos de outros setores e atores sociais na perspectiva de melhorar a qualidade de vida e dos anos de vida útil para contribuir efetivamente com desenvolvimento do país. (PAHO, 2007)

O subsetor privado, organizado na Associação de Hospitais, Sanatórios e Hospitais Privados, está formado por múltiplos centros privados, laboratórios farmacêuticos e farmácias, que tiveram grande crescimento nos últimos dez anos. Ao Ministério cabe, legalmente, atender a toda a população não coberta por outras instituições do setor, sobretudo os grupos mais vulneráveis e de escassos recursos econômicos. Do total da população nacional, o Ministério da Saúde Pública cobre 63%; os serviços privados, 15%; a Sanidade Militar cobre ao redor dos 3%; a Sanidade Policial atende a menos de 1%; o Hospital das Clínicas da Universidade Nacional de Assunção atende, aproximadamente, a 5%. O Instituto de Previdência Social (IPS) é responsável pela atenção da saúde de cerca de 13% da

população e aos de risco associados a doenças ocupacionais como os acidentes, a invalidez e a velhice.⁸

A maior cobertura dos serviços de saúde está vinculada a instituições do setor público, especialmente ao Ministério da Saúde, que junto com os serviços de saúde militar e policial atende aproximadamente a metade da população paraguaia. O mesmo Ministério opera no âmbito de 18 regiões sanitárias atualmente correspondem aos 17 departamentos do país mais a região de Assunção, que por sua densidade de população e sua situação de capital, constitui uma região sanitária independente (PAHO, 2007).

2.3 Brasil

A política nacional de saúde está baseada na Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e as diretrizes para a assistência de saúde no Brasil, prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem como princípio fundamental o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, integradas numa rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a participação complementar da iniciativa privada.

O SUS tem como diretrizes operacionais a descentralização da gestão, a integralidade da assistência e a participação da comunidade. A participação social no SUS se manifesta principalmente nas duas instâncias formais: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos, que têm caráter permanente, definem as estratégias e controlam a execução da política sanitária, incluindo-se os aspectos econômicos e financeiros. As conferências são convocadas a cada quatro anos, com ampla participação de todos os segmentos sociais interessados.

Para Baptista (2007, p. 54):

A participação social foi enunciada na Constituição de 1988 e regulamentada na lei reguladora do SUS de 1990 (Lei nº 8142/1990), onde se definem a configuração dos conselhos de saúde (em cada esfera de governo) e a realização periódica (a cada quatro anos) das conferências de saúde (também em cada esfera de governo).

E completa:

⁸ Deve ficar claro que o Hospital de Clínicas da Universidade de Assunção atende à população de abrangência da capital paraguaia. A Fundação Tesã, em Ciudad Del Este, atende gratuitamente aos funcionários da Itaipu Paraguai, assim como alguns moradores.

Os conselhos têm como função, dentre outras, exercerem papel de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações do governo nos seus três níveis. O principal avanço foi o estabelecimento de um canal permanente de relação entre o gestor e a população - representada de forma paritária nos conselhos -, possibilitando maior transparência no processo decisório (BAPTISTA, 2007, p. 55).

A cada quatro anos, de acordo com a Constituição Federal, as ações do governo devem ser desenvolvidas segundo o Plano Plurianual (PPA), aprovado pelo Congresso Nacional. O PPA 2008-2011 tem como principais metas: 1) Energia Elétrica; 2) Petróleo, Gás, Biodiesel e Etanol; 3) Transportes; 4) Recursos hídricos; 5) Exportações; 6) Saúde; 7) Saneamento; 8) Assistência social e transferência de renda; 9) Empreendedores de atividades produtivas de pequeno porte; 10) Direito e cidadania; 11) Segurança; 12) Desenvolvimento agrário; 13) Educação e cultura; 14) Juventude; 15) Inclusão digital; 16) Habitação; 17) Agricultura e pecuária; 18) Aeroportos; 19) Meio ambiente (BRASIL, 2009).

A reorganização institucional se enquadrou na regulamentação legal e o processo de descentralização foi regulamentado por Normas Operacionais Básicas (NOBs) aprovadas nas instâncias colegiadas da Direção Nacional do Sistema: a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em 2006, foi definido um novo instrumento de compromisso, o “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, resultado de um longo processo de negociação entre os gestores iniciado em 2003 (PAHO, 2007).

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de promover o processo de regionalização das redes de assistência sanitária, assegurando a capacidade resolutiva do sistema público de saúde. Para isso, propõe e acordam diretrizes e normas gerais sobre a regularização, observando as normas vigentes e os acordos na CIT (PAHO, 2007). Compete também a ele cooperar técnica e financeiramente com as regiões da saúde, por intermédio dos estados e dos municípios, dando prioridade às regiões mais vulneráveis e promovendo a equidade entre as regiões e os estados.

A assistência prestada pelos planos privados está sujeita, desde 1998, a critérios de regulamentação, normalização, controle e fiscalização, estipulados na legislação específica. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) monitora a evolução dos preços dos planos privados, assim como seus prestadores e aos insumos utilizados, autoriza operações empresariais de subdivisão, fusão, incorporação, modificação ou a transferência do controle acionário, e supervisiona a articulação com as entidades de defesa do consumidor (PAHO,

2007). O setor saúde é formado por uma rede complexa de serviços que envolvem provedores e financiadores ligados ao setor público e ao setor privado.⁹

Desde meados da década de 1990, houve o impulso para o fortalecimento da assistência básica (primeiro nível de assistência do sistema) como estratégia para reduzir a desigualdade de acesso e estimular a reorientação da assistência na estrutura de um modelo universal e integral, que antes estava excessivamente centrada na assistência hospitalar. Os mecanismos mais importantes utilizados para expandir a cobertura e reduzir as desigualdades inter-regionais foram os chamados Piso de Assistência Básica (PAB) o Programa de Saúde da Família – PSF (PAHO, 2007).

A organização de serviços de saúde é marcada pela forte presença do setor privado na oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ao mesmo tempo, pela presença importante do setor público na oferta de serviços ambulatoriais.

O sistema de saúde brasileiro conta com três grandes fontes de financiamento: a administração pública (por meio de impostos e contribuições sociais arrecadadas pelas três esferas de governo), as empresas e as famílias. O gasto privado em saúde é realizado por meio das famílias e das empresas, estas últimas mediante o fornecimento ou a contratação de seguros, ou mediante planos de saúde para seus empregados e dependentes, de forma voluntária, não obrigatória (PAHO, 2007).

A regulamentação do financiamento da saúde pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, esclarece aspectos relevantes para a análise do processo de descentralização e de transferências fundo a fundo dos recursos financeiros de saúde para estados e municípios.. Nesse sentido, Souza (2001, p. 452) complementa:

As Normas Operacionais do SUS têm representado um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios.

A NOB 93 estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS, incluindo estados e municípios sob três modalidades: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena. Instituiu ainda novas instâncias colegiadas (as CIBs e CITs), que se configuravam como arenas de pactuação (BODSTEIN, 2002).

⁹ Incluem provedores com fins lucrativos e organizações beneméritas sem fins comerciais.

A descentralização toma força com a NOB 96, quando os municípios recebem incentivos repassados pelo governo para assumirem a forma de gestão (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema de Saúde), fortalecendo a municipalização do sistema de saúde. Assim:

A NOB/96 reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na organização do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município). (BRASIL, 1998, p. 5).

A diferença entre os modelos de gestão é que na gestão Plena da Atenção Básica, o município assume ações de assistência de saúde básica; já na Plena do Sistema de Saúde, toda a assistência fica a cargo do município que optou por esta forma de gestão. Para alguns gestores, por desconhecimento e por imaginarem ser mais viável assumir a gestão plena, esta poderia significar uma forma de conseguir mais verba para a saúde. Por esta razão, no final de 2000, quase 100% dos municípios estavam habilitados num dos modelos de gestão.

A principal estratégia do governo em garantir a assistência básica à saúde é a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB). O PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias e constitui uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde (BODSTEIN, 2002). Com isso, “a implantação do PAB traz como principal novidade a transferência regular e automática, com repasse federal feito diretamente aos municípios” (BODSTEIN, 2002, p. 406).

Dessa forma, a criação do Fundo Nacional de Saúde (FNS) está vinculada à forma de habilitação, assim como a criação do Conselho Municipal de Saúde (um colegiado formado por usuários, gestores, trabalhadores e prestadores de serviços à saúde) à fiscalização da alocação dos gastos;

Em janeiro de 2001, foi criada a NOAS/01, delineada em conjunto com MS, CONASS e CNS. Ao contrário da NOB, a NOAS é o resultado do diálogo franco entre as instâncias sobre os desafios percorridos pelos gestores. O objetivo geral da NOAS SUS 01/01 é: “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL/MS, 2001, p. 14).

A NOAS-SUS 01/01 aborda três grupos de estratégias articuladas que visam a contribuir para o processo de regionalização em saúde, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

- elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis;¹⁰
- fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores;
- atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando a superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas (BRASIL, 2001, p. 15).

Além das estratégias que a própria NOAS exige (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase), que são preocupações de ordem nacional, os gestores locais possuem a “liberdade” de novas ações de relevância baseada no perfil epidemiológico loco regional.

Do ponto de vista do modelo assistencial, um eixo importante para a ampliação e qualificação da Atenção Básica é a Estratégia de Saúde da Família, que configura uma inflexão no modelo assistencial, ao enfatizar a integralidade da atenção e organizar o acesso da população aos demais níveis de complexidade do sistema (BRASIL/MS, 2001).

Sobre o financiamento, a NOAS SUS 01/01 propõe um aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base *per capita*, ao propor uma ampliação do Piso de Atenção Básica – fixo a ser efetivado mediante a ampliação do valor fixo do Piso de Atenção Básica.¹¹ A NOAS regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil.

¹⁰ A elaboração do Plano Diretor de Regionalização consiste num processo, coordenado pela SES e que envolve o conjunto de municípios, de delimitação de regiões de saúde que cubram todo o estado e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial-populacional, não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e a autoridade do gestor municipal, que garanta níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população. (BRASIL/MS, 2001).

¹¹ Esse repasse está vinculado a uma avaliação da Atenção Básica e capacidade de garantir à sua população, com suficiência e qualidade, as ações correspondentes à Atenção Básica Ampliada.

Conforme a segunda edição da NOAS /01, a NOAS /02:

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL/MS, 2002).

No Brasil, são executados diversos programas apoiados pelos organismos de cooperação bilateral e multilateral, entre eles o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, a OPAS, o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a União Europeia, o Fundo para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Destacam-se os projetos destinados ao fortalecimento da assistência básica (Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família [PROESF]), a reorganização da assistência à saúde dos indígenas, e ao aprimoramento da vigilância das doenças (VIGISUS). A cooperação internacional é irreduzível quanto às áreas de serviços coletivos e capacitação, especialmente nas subáreas de gerência e prevenção e controle de doenças. O alcance desta cooperação é nacional ou se dirige aos estados cuja situação de saúde é mais precária, principalmente aquele localizado na Região Nordeste (PAHO, 2007).

Como será visto mais adiante, tais normas gerais não conseguem dar conta de especificidades regionais, como a Amazônia, ou de temáticas específicas, como é o caso da Saúde nas Fronteiras. Assim, a adequação do financiamento do SUS nestes contextos, requer avanços e especificações em relação á norma geral, que esperamos, será clarificada ao longo desta análise.

2.4 A região das fronteiras

O Brasil tem uma Faixa de Fronteira extensa (15.719 km), que se configura hoje como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico marcado por profundas iniquidades sociais 69 municípios brasileiros estão localizados na linha de fronteira, isto é, seu território faz divisa com os quatro países fundadores do MERCOSUL: Argentina (1.263 km), Paraguai (1.339 km) e Uruguai (1.003 km). (GIOVANELLA et al., 2007(4)).

Esta região é mais intensamente afetada pela dinâmica transfronteiriça decorrente da integração econômica promovida pelo MERCOSUL. As relações transfronteiriças apresentam interações com o outro lado da fronteira constantes e intensas; e em parte relações capilares com trocas difusas no nível local, entre vizinhos fronteiriços, com limitadas redes de cooperação. As localidades brasileiras da linha de fronteira do MERCOSUL pesquisadas apresentam variados tamanhos. São, na maioria, municípios de pequeno porte¹². Correspondendo ao pequeno porte dos municípios, a estrutura assistencial do SUS é predominantemente de atenção básica, com unidades presentes em quase todos (97%). Em geral, o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) é pequeno: 40% dos municípios dispõem de apenas até duas UBS e 80% de até cinco UBS, segundo informações prestadas pelos Secretários Municipais de Saúde.

Um terço dos municípios estudados não possui hospital e outros 31% têm menos de 50 leitos do SUS. A atenção especializada prestada por policlínicas está presente em apenas 15%. O Programa Saúde da Família (PSF) está implantado em 80% dos municípios e a cobertura populacional é elevada. Mais da metade (54%) dos municípios cobre entre 81% e 100% da sua população, ainda que o número de equipes de saúde da família seja pequeno: em 46% dos municípios, atuam de uma a duas equipes de saúde da família e em 27%, de três a cinco equipes.

Na grande maioria (84%) dos municípios estudados ocorre algum tipo de fluxo e trânsito na fronteira, que são mais intensos nas divisas com o Paraguai e o Uruguai do que com a Argentina. Entre os segmentos de maior fluxo transfronteiriço destacam-se os segmentos do Paraná e do Mato Grosso do Sul fronteira com o Paraguai, ambos com 100% dos municípios apresentando algum fluxo ou trânsito. Contudo, somente em 28% das localidades existe transporte público regular (ônibus) entre o município e a localidade estrangeira de fronteira, o que facilitaria a circulação de pessoas.

Entre os diversos tipos de fluxo e trânsitos transfronteiriço apontados pelos Secretários Municipais de Saúde, os de maior intensidade são aqueles de pessoas com familiares residentes do outro lado da fronteira considerados frequentes ou muito frequentes por 64% dos Secretários Municipais de Saúde.¹³

¹² Mais da metade dos municípios (55%) tem até 10 mil habitantes e 91%, até 50 mil habitantes.

¹³ Como veremos mais a frente, as famílias de brasiguaios lotas as unidades de saúde no Brasil, isso por não possuir o mesmo serviço gratuito no país de origem e por ser precário, sem a mesma qualidade da existente no Brasil.

A busca de atendimento por estrangeiros no SUS varia conforme a região, tipo de fronteira e país fronteiriço. Os Secretários Municipais de Saúde informaram existência de demanda de estrangeiros para atendimento no SUS em 75% dos municípios (50), sendo frequente ou muito frequente em 36% (24) das localidades.

A busca de brasileiros residentes nas cidades estrangeiras de fronteira por atendimento no SUS é ainda mais elevada do que a demanda de estrangeiros: 87% (58) dos gestores informaram demanda de brasileiros não residentes no Brasil em seus municípios, sendo frequente ou muito frequente em 67% (45) localidades (tabela 2).

Tabela 2: Acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS segundo os Secretários de Saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005

Variáveis	Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul	Santa Catarina	Paraná	Paraná	Mato Grosso do Sul	Total (n = 67)	
	fronteira com o Uruguai (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 18)	fronteira com a Argentina (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 8)	fronteira com o Paraguai (n = 10)	fronteira com o Paraguai (n = 11)	n	%
Busca de atendimento no SUS por estrangeiros *								
Nunca acontece	0,0	22,2	50,0	37,5	20,0	0,0	14	20,9
Pouco freqüente	50,0	50,0	20,0	25,0	40,0	36,4	26	38,8
Freqüente	20,0	16,7	10,0	37,5	40,0	27,3	16	23,9
Muito freqüente	30,0	11,1	20,0	0,0	0,0	27,3	8	11,9
Busca de atendimento no SUS por brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira **								
Nunca acontece	0,0	11,1	70,0	0,0	0,0	0,0	9	13,4
Pouco freqüente	40,0	33,3	0,0	12,5	0,0	9,1	12	17,9
Freqüente	20,0	50,0	20,0	50,0	50,0	27,3	25	37,3
Muito freqüente	40,0	5,6	10,0	37,5	40,0	63,6	20	29,9
Direito ao atendimento no SUS no município								
Todos os estrangeiros	60,0	77,8	80,0	62,5	100,0	36,4	47	70,1
Estrangeiros com dupla cidadania	20,0	5,6	10,0	0,0	0,0	0,0	4	6,0
Estrangeiros residentes no município	20,0	0,0	0,0	12,5	0,0	27,3	6	9,0
Nenhum estrangeiro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	1	1,5
Prestação de atendimento a estrangeiros que buscam o SUS municipal								
Somente em caso de emergência	40,0	33,3	20,0	12,5	20,0	36,4	19	28,4
Para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação	40,0	38,9	30,0	37,5	10,0	54,5	24	35,8
Sim, para todos os serviços	20,0	27,8	50,0	50,0	70,0	9,1	24	35,8
Documentação exigida para atendimento no SUS								
Documento de identidade	80,0	38,9	80,0	87,5	60,0	90,9	46	68,7
Comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5	50,0	72,7	32	47,8
Documento de identidade + comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5	50,0	72,7	32	47,8

Fonte: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

* Total inclui três secretários municipais de saúde que informaram desconhecer a busca de atendimento por estrangeiros;

** Total inclui um secretário municipal de saúde que informou desconhecer a busca de atendimento por brasileiros não residentes.

Nas fronteiras do Paraná (com Argentina e Paraguai) e do Mato Grosso do Sul com Paraguai, a demanda de brasileiros não residentes é mais intensa, sendo frequente ou muito frequente em 80% a 90% dos municípios. Nestes dois últimos segmentos, municípios brasileiros fazem fronteira com propriedades rurais, em território paraguaio, arrendadas ou pertencentes a brasileiros (cultivo de soja e criação de gado), estimando-se em 350 mil os brasileiros e descendentes residentes no Paraguai (“brasiguaios”). Esses brasileiros moradores em terras paraguaias da faixa de fronteira procuram com frequência pelos serviços de saúde dos municípios brasileiros. A maior parte dos Secretários Municipais de Saúde da região de fronteira acredita que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento. Do mesmo modo, todos os secretários informaram que prestam algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS municipal. Todavia, em 28% dos municípios, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência, indicando-se o retorno ao país de origem após o primeiro atendimento.

Um terço (36%) dos Secretários Municipais de Saúde informou que presta atendimento a estrangeiros para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação necessitada, e outro terço (36%) que presta atendimento para todos os serviços disponíveis. Entretanto, em 69% dos municípios é exigido documento de identidade, e em 49% dos municípios, comprovante de residência e documento de identidade. Essas barreiras burocráticas dificultam o acesso de estrangeiros e brasileiros não-residentes ao SUS e os obrigam a recorrer a subterfúgios para acessar o tratamento necessitado, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros.

Para controlar essas estratégias individuais de acesso, em algumas localidades foi implantado um cartão municipal de saúde – de apresentação obrigatória no ato da consulta. O cartão é periodicamente atualizado em visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para comprovar presença do estrangeiro na residência. Para novos moradores, estabelece-se um período de carência de 30 dias para atendimento pela UBS. Ilustram as barreiras de acesso a não-residentes no município os dizeres de cartazes na recepção de unidades de saúde da região: *“Favor trazer conta de água ou luz para comprovar endereço ao consultar. A Direção”*. Ou: *“Pacientes internados somente receberão visitas com a entrega do comprovante de endereço para enfermagem, recepção ou administração”*.

Tais obstáculos ao atendimento vigoram para qualquer paciente não-munícipe, seja ele estrangeiro ou brasileiro residente em outro município. Ainda que na percepção dos gestores

locais a procura de estrangeiros por serviços do SUS seja elevada, gerando dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, esta demanda não é dimensionada.

A maioria dos municípios (69%) não registra os atendimentos como prestados a estrangeiros. Apenas 40% (21 em 53) dos Secretários Municipais de Saúde de municípios que atendem a estrangeiros apresentaram estimativa mensal de atendimentos a estrangeiros, e somente três municípios informaram os números registrados de atendimentos. As estimativas de atendimentos mensais a estrangeiros variaram: oito Secretários Municipais de Saúde estimaram realizar em média até 10 atendimentos, sete informaram estimativas entre 11 e 100 casos, e seis secretários estimaram entre 100 e 500 atendimentos mensais.

Observam-se diferenças nas demandas entre os segmentos de fronteira por país. As maiores procuras ocorrem em localidades que fazem divisa com o Paraguai, nas quais 70% ou mais dos secretários municipais informaram demanda de estrangeiros frequente ou muito frequente para os principais serviços de saúde oferecidos. A busca de estrangeiros por atendimento no SUS está relacionada a características da fronteira e da oferta de serviços de saúde dos municípios limítrofes. Municípios mais próximos e de maior porte populacional tendem a atrair maior demanda de estrangeiros, bem como naqueles em que há transporte coletivo transfronteiriço.

A busca dos estrangeiros por atenção à saúde traz dificuldades para a gestão do SUS com repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade *per capita*, não sendo contabilizada a população itinerante. Essa foi a principal dificuldade apontada por 74% dos Secretários Municipais de Saúde: *“a demanda estrangeira sobrecarrega os serviços de saúde e os recursos não são suficientes para atender a todos”*

A busca de atendimento pelo SUS por parte dos estrangeiros resulta também em dificuldades na garantia da referência regional e na continuidade do tratamento no país de origem, apontadas por 68% dos Secretários Municipais de Saúde. Como o atendimento ao estrangeiro não está regulamentado, é difícil garantir, após o primeiro atendimento no município, a continuidade do tratamento, seja para os necessários encaminhamentos à atenção especializada em outras cidades brasileiras, seja para a continuidade da atenção no país de origem. Esse foi o problema apontado pela totalidade dos Secretários Municipais de Saúde de localidades de fronteira com o Paraguai, ao destacarem empecilhos ao acesso naquele país.

O retorno dos pacientes é também, por vezes, causa de conflito:

A solicitação de alguma contrapartida para atendimento de pacientes do Paraguai, como auxílio para transporte de retorno, nem sempre é atendida pelas autoridades do país vizinho, ainda que a demanda seja frequente, causando aumento das filas e inclusive conflitos com pacientes brasileiros.

Por outro lado, a cooperação entre países pode ser imprescindível para garantia do cuidado integral aos brasileiros. Muitos municípios de fronteira são isolados dos grandes centros, sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar serviços especializados, o que, para pacientes crônicos, pode ser uma *via crucis*. A formalização de acordos de fronteira poderia facilitar a continuidade de cuidados também para brasileiros, pois “*muitas vezes o serviço de saúde necessitado mais próximo está em território estrangeiro*”.

Buscando enfrentar as dificuldades apontadas, iniciativas locais de cooperação entre gestores brasileiros e estrangeiros são empreendidas na região de fronteira, tendo sido observada a presença de algum tipo de cooperação em saúde em cerca da metade dos municípios pesquisados (48%).

Os tipos de cooperação mais frequentes são fórum ou grupo internacional no município ou região sobre saúde na fronteira, realização de ações conjuntas de controle de vetores, troca regular de informações epidemiológicas e ações conjuntas de vigilância ambiental. Outras vezes os contatos são informais, ocorrendo colaboração no atendimento, a pedido da autoridade de outro país, ou contatos diretos entre profissionais de saúde com escambo de serviços, não existindo iniciativas formalmente estabelecidas.

São exemplos dessas iniciativas de cooperação com o outro país, especificados pelos Secretários Municipais de Saúde: atividades conjuntas para prevenção do dengue, Aids e febre amarela, preparação de calendário unificado de imunização, campanhas de vacinação, cursos de capacitação profissional em programas de saúde pública, seminários binacionais em saúde cofinanciados, reuniões conjuntas de Conselhos Locais de Saúde, remoção de pacientes em urgências, permuta e cessão de material e equipamentos.

Entre os fóruns de discussão sobre a saúde nas fronteiras, destacam-se: (i) a atuação do Grupo de Trabalho para a Integração das Ações em Saúde, coordenado pela empresa pública Itaipu Binacional na fronteira Brasil-Paraguai, integrado por representantes de governos locais, departamentais e nacionais com planejamento e execução conjunta de ações nas áreas de serviços de saúde, vigilância, informações em saúde e formação profissional; (ii) a Comissão Binacional Assessora de Saúde da Fronteira Brasil-Uruguaí, com participação de representantes dos governos nacionais e do estadual do Rio Grande do Sul, com atuação em

vigilância epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador, integração assistencial e hidatidose.

Os Secretários Municipais de Saúde reconhecem a insuficiência de iniciativas e propõem temas prioritários de cooperação. Dois terços dos Secretários Municipais de Saúde (70%) consideram necessário firmar acordos entre o município brasileiro e a cidade estrangeira vizinha para tratar de questões de saúde na fronteira, principalmente nas áreas de: (i) vigilância epidemiológica de diversos agravos, como dengue, malária, Aids, tuberculose, hepatites; (ii) prestação de serviços bilaterais e circulação de pacientes para atenção básica, pré-natal, parto, serviços hospitalares e especializados; e (iii) exercício profissional.

Na fronteira com o Uruguai, a ênfase esteve no estabelecimento de acordos para possibilitar atendimento especializado de usuários do SUS no Uruguai e para a permissão da atuação dos profissionais de saúde das duas nacionalidades em ambos os territórios. Na fronteira com o Paraguai, Secretários Municipais de Saúde apontaram a necessidade de acordos para contrapartidas ou ressarcimento financeiro dado à percebida elevada demanda de população paraguaia no SUS. E na fronteira com a Argentina, o destaque foi para calendário único de imunizações e ações de vigilância epidemiológica (Giovanella et al, 2007).

2.5 O SIS - Fronteiras

Em sintonia com vários dos problemas apontados para gestão de sistemas locais de saúde em região de fronteiras, e dadas às flagrantes diferenças de concepção entre os sistemas de saúde, o Brasil, numa ação unilateral, criou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras - **PORTARIA Nº. 1.120/GM DE 6 DE JULHO DE 2005**). Este programa específico abre a possibilidade de inclusão de populações fronteiriças no SUS, alargando assim os limites da gestão municipal em cidades de fronteira. A extensão territorial é mais que o dobro da Europa, as dificuldades físicas e culturais de acesso são maiores, sem levar em consideração alguns pontos principais: tamanho das cidades, recursos financeiros para subsidiar a população, extensão da fronteira é mais que o dobro da Europa, fragilidade de recursos humanos e ausência de legislações específicas.

Quando falamos em ações de vigilância em saúde, conseguimos ter um denominador comum, que é o controle das doenças transmissíveis e sexualmente transmissíveis (DST, HIV) além das doenças endêmicas, dengue, malária e imunização, que atravessam as

fronteiras e alguns dos programas é exemplo para o mundo. A assistência farmacêutica para HIV/AIDS é a melhor e, por assim dizer, a única que possui uma política específica, sem contar as medicações para Tuberculose (Tb), e mal de Hansen (mH).

Um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz resolveu pesquisar as redes de assistência a saúde na faixa de fronteira sul, que incorpora Brasil, Uruguai, Argentina e Paraguai, e segundo o relatório do SIS-Fronteiras de julho de 2007:

No cenário atual, a dificuldade de acesso a serviços assistenciais e a ausência de controle das ações de saúde pública têm sido observadas nos países de fronteira com o Brasil, levando a um aumento do fluxo de circulação das populações ali residentes, na busca de uma melhor oferta de serviços de saúde. Essa mobilidade vem ocasionando dificuldades para os prefeitos e gestores municipais de saúde na região fronteiriça, bem como para as autoridades dos países limítrofes com o Brasil. (Brasil, 2008, p. 5).

O SIS-Fronteiras têm o objetivo de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira. Contribui para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros e propõe “a formalização da integração entre sistemas de saúde de fronteiras, a partir do reconhecimento das dificuldades historicamente vivenciadas por gestores e usuários nestas localidades” (BRASIL, 2006 PAG. 2). A portaria ainda identifica a necessidade de consolidar e expandir a atuação do Ministério da Saúde no âmbito das fronteiras, ou seja, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos estados brasileiros e a possibilidade de cooperação entre países vizinhos para a melhoria da gestão e ainda:

Art. 2º Estabelecer que a execução dos SIS-Fronteiras compreenda as seguintes fases, a ser realizada em cada município:

I - Fase I – Realização do Diagnóstico Local de Saúde, quali - quantitativo e elaboração do Plano Operacional;

II - Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e

III - Fase III - Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços.

Parágrafo único. Na execução de cada fase deverão ser observadas as especificidades loco - regionais.

O papel do SIS Fronteiras é restabelecer as redes de assistência dos municípios que fazem fronteira, proporcionando, à população que utiliza os serviços, um atendimento satisfatório a suas necessidades, incluindo a população flutuante de estrangeiros. Exclui-se dessa programação o montante de verbas federais estipulado para cada um desses municípios. Um dos questionamentos que poderemos fazer é em relação à forma de financiamento desses municípios. A implantação do SIS Fronteiras pode vir acompanhada de um sistema de

controle, a fim de não se tornar mera declaração de intenções e se resumir a um projeto verticalizado com mero repasse financeiro sem, de fato, discutir a integração do setor saúde no Mercosul (DAL PRÁ, 2006).

Alguns estados brasileiros possuem um diferencial de repasse de verbas, alguns pelo tamanho, perfil epidemiológico, etc., a exemplo da Amazônia que possui o Fator Amazônico e Minas Gerais.

Segundo Giovanella (2007 p. S252(3)):

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

A implantação do SIS Fronteiras deveria vir acompanhada de um sistema de controle, a fim de não se tornar mera declaração de intenções e se resumir a um projeto verticalizado com mero repasse financeiro sem, de fato, discutir a integração do setor saúde no Mercosul (DAL PRÁ, 2006). No contexto da fronteira sul, a cidade de Foz apresenta-se como um caso instigante para ações de transfronteirização, a convocar as ações da política de saúde na solução de seus muitos desafios.

Neste contexto julgou-se relevante detalhar o caso de Foz do Iguaçu, como exemplo completo das possibilidades e frustrações de um programa de saúde nas fronteiras.

3 FOZ DO IGUAÇU, ANTECEDENTES, SITUAÇÃO ATUAL E DESAFIOS

3.1 História

A região onde hoje é Foz do Iguaçu foi relatada pela primeira vez em 1542, quando o espanhol Álvar Nuñez Cabeza de Vaca chegou ao rio Iguaçu e por ele seguiu guiado por índios Caiganges, atingindo as Cataratas, batizando o Paraguai, ficando o registro de “descobridor das Cataratas”.

Foi em abril de 1916 que Santos Dumont, visitando as Cataratas, impressionado com a beleza das quedas, manifestou que aquelas terras, 1.008 hectares na margem direita do rio Iguaçu, junto aos Saltos de Santa Maria, então pertencentes ao Sr. Jesus Val, não deveriam estar sob domínio de um particular. Três meses depois, por meio do Decreto nº. 653, de 28 de julho de 1916, o Estado do Paraná declarou de utilidade pública aquela área, para "nela se estabelecerem uma povoação e um parque”.

Em 1994, os decretos nº 6.506, de 17 de maio, e nº 6.587, de 14 de junho, consolidam e ampliam a área do Parque Nacional, dando-lhes os limites propostos pelo chefe da Seção de Parques Nacionais, que correspondem hoje a 185.000 hectares. Com a inauguração da Ponte Internacional da Amizade (Brasil-Paraguai) em 1965, e a inauguração da BR-277, ligando Foz do Iguaçu a Curitiba e ao litoral, em 1969, Foz do Iguaçu teve seu desenvolvimento acelerado, intensificando seu comércio, principalmente com a cidade paraguaia de Puerto Presidente Stroessner (atual Ciudad Del Este).

Hoje, a faixa de fronteira brasileira possui uma economia de subsistência diversificada. Foz do Iguaçu possui um comércio variado e pequenas plantações na área rural, que abastecem o centro da cidade, redes de exportação e importação e o turismo (lazer, eventos e compras), tendo iniciado a era do ensino superior e o investimento nessa população. A grande esperança dos comerciantes é o início das atividades da UNILA (Universidade Latino Americana), que trará emprego na sua construção e também um novo polo estudantil, com aumento da arrecadação e aquecimento do comércio local. O que não podemos deixar de lado é que existe uma data limite para encerrar o pagamento, a Foz do Iguaçu, dos *royalties* que Itaipu deposita mensalmente nos cofres do município desde que ocorreu a formação do Lago de Itaipu, em 1975. Mas o que há de conhecimento a respeito desse repasse é que pouquíssimos municípios estão com uma poupança aberta, onde o dinheiro poderá ser

utilizado quando o repasse findar, em 2015. Há uma linha de especuladores que afirmam que o fim do município de Foz do Iguaçu está próximo.

3.2 Economia

A partir de 1930, foram chegando os primeiros agricultores do Rio Grande do Sul, dando início a um novo ciclo de ocupação, com a instalação da agricultura na região do extremo-oeste paranaense e consequente expansão da fronteira. No início, a estrutura fundiária era baseada na pequena propriedade e, muitas vezes, era apenas de subsistência. A implantação do sistema viário, ainda que precário, permitiu a dinamização da agricultura, favorecendo a comercialização do excedente agrícola e incentivando o aumento da produção de culturas extensivas de grãos com vistas à exportação.

O final deste ciclo se caracteriza também pela consolidação da economia do setor terciário, que no município passou a ter participação cada vez maior na geração de renda e na absorção de mão-de-obra. Nesse período, a base econômica municipal se deu em funções urbanas diversificadas e direcionadas ao atendimento dos fluxos turísticos. A partir de 1974, definiu-se o novo ciclo de desenvolvimento do município, intimamente ligado à implantação da usina Hidrelétrica de Itaipu. Com o término das obras e início do funcionamento de Itaipu, intensificou-se o comércio de exportação e turismo de compras com o Paraguai. Esses fatores são constituídos em função de uma conjuntura econômica iniciada por crises e transformações no Brasil.

Outro aspecto merecedor de análise é a importância do setor exportador para a economia local. Como o país vizinho, Paraguai, não possui bens de consumo (duráveis e não duráveis) em quantidade e qualidade suficientes para atender a sua demanda, nosso comércio exportador se beneficiou desse mercado, vendendo àquele país diversos produtos, sobretudo alimentícios, de vestuário, eletrodomésticos e para construção (UFPR, 2006).

Esses fatores causaram intenso movimento migratório para o município, originando, a partir desse período, grandes invasões em áreas públicas e privadas. As famílias eram atraídas pela localização fronteira de Foz do Iguaçu com o grande comércio aberto de Ciudad Del Este (Paraguai). Isso agravou a situação econômica e das políticas do município, pois o impacto econômico sobre Foz do Iguaçu fez desaparecer grande parte do setor exportador e reduzir significativamente o turismo de compras e a ocupação de estabelecimentos hoteleiros

não classificados. O agravamento da situação social do município com o crescente desemprego e o desenvolvimento de uma economia informal acarretou aumento da favelização urbana, gerando dificuldades dos setores sociais e especialmente nas áreas de educação, saúde e segurança pública (UFPR, 2006).

Nesta fase, a abertura de postos de trabalhos não acompanha o mesmo ritmo do crescimento populacional que, entrando em idade economicamente ativa, não consegue nenhuma colocação no mercado, acrescentando-se que o fator migratório torna esse fato ainda mais crítico. O desaparecimento do turismo de compras possibilita a dispensa de trabalhadores informais tanto na cidade, como em Ciudad Del Este, contribuindo para o agravamento aqui instalado, principalmente no tocante ao principal problema urbano da cidade, o desemprego (UFPR, 2006).

Os trabalhadores formais, que possuem carteira assinada recebem em média um salário mínimo, 30% da população (incluindo funcionários públicos), 20% autônomos e 25% desempregados, 20% sem carteira. Pode-se dizer que 20% fazem uso de planos de saúde privado e o restante utiliza o sistema público de saúde.

Tabela 3 - Característica da mão-de-obra no município de Foz do Iguaçu, 2007.¹⁴

Situação	Valor	%
Com carteira	552,10	30%
Sem carteira	412,54	20%
Autônomos	484,03	21%
Func. Públicos	1.133,21	01%
Empresários	1.210,45	02%
Outros	446,76	01%
Desempregados	?	25%
Total		100%

Fonte: Pref. Mun. Foz do Iguaçu 2006 (Brasil, 2007).

Ou seja, o poder de compra está nos trabalhadores assalariados e nos desempregados,¹⁵ os sem carteira estão entre os feirantes, domésticos, etc. Essa característica econômica provoca instabilidade de mercado, a maioria dos sem carteira, e autônomos depende do turismo e das compras; se ocorre uma queda nesse setor, o poder de compra diminui. Não há geração de empregos no município, a construção civil é sazonal, não há indústrias de expressão e as poucas que existem não possuem estabilidade de mercado.

¹⁴ Estimativa IBGE para 2006 (305mil habitantes).

¹⁵ Os desempregados compreendem a população que possui um emprego não formal (agiotas auxiliar de fronteira, ambulante, etc.).

Os turistas que chegam à cidade estão divididos em compristas (comumente chamado de “sacoleiros”), que não chegam a gastar seu dinheiro na cidade e sim, em compras no Paraguai. Os turistas (brasileiros, europeus, etc.) também gastam em compras no Paraguai, Argentina (cassino, principalmente) e realizam excursões nos pontos turísticos. Esse fluxo é instável, depende sobretudo, da cotação do dólar. E há uma nova categoria de turismo, que é a de eventos, turistas que gastam no Paraguai, Argentina e nos pontos turísticos.

3.2.1 *Royalties*

Os governos brasileiro e paraguaio recebem uma compensação financeira, denominada *royalties*, pela utilização do potencial hidráulico do rio Paraná para a produção de energia elétrica de Itaipu. Os chamados *royalties* são devidos mensalmente desde que Itaipu começou a comercializar energia, em março de 1985, conforme o Anexo C do Tratado de Itaipu, assinado em 26 de abril de 1973. Para o Paraguai, os recursos dos *royalties* são repassados integralmente ao *Ministerio de Hacienda*, que já recebeu mais de US\$ 3,28 bilhões. No Brasil, o Tesouro Nacional recebeu integralmente os *royalties* devidos desde o início da comercialização de energia da Itaipu. O repasse de *royalties* é proporcional à extensão de áreas submersas pelo lago. Desde 1985, Itaipu pagou ao Brasil mais de US\$ 3,57 bilhões em *royalties*.¹⁶

No Brasil, de acordo com a Lei dos *Royalties*, a distribuição da compensação financeira é feita da seguinte forma: 45% aos estados, 45% aos municípios e 10% para órgãos federais (Ministério do Meio Ambiente, Ministério de Minas e Energia e Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Do percentual de 45% destinados a atender aos municípios, 85% do valor repassado são distribuídos proporcionalmente aos municípios lindeiros, ou seja, os diretamente atingidos pelo reservatório da usina. Os 15% restantes são distribuídos entre municípios indiretamente atingidos por reservatórios a montante da usina. A legislação dos *royalties* beneficiou 15 municípios paranaenses e o governo do Paraná, os principais atingidos pelo alagamento de terras para a formação do reservatório e, também, o município de Mundo Novo no Estado do Mato Grosso do Sul. No Paraná, os municípios que têm direito aos *royalties* são: Santa Helena, Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Diamante D'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Medianeira, Mercedes, Missal, Pato

¹⁶ Extraído na íntegra de <http://www.itaipu.gov.br/index.php?q=node/194>

Bragado, São José das Palmeiras, São Miguel do Iguçu, Santa Terezinha de Itaipu e Terra Roxa.¹⁷

Também têm direito a um percentual sobre os *royalties* de Itaipu, o Ministério do Meio Ambiente, o Ministério de Minas e Energia, o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, além dos estados e municípios indiretamente atingidos, localizados a montante (acima) da Usina de Itaipu. O repasse do valor a ser pago a título de *royalties* pela Itaipu Binacional varia conforme a geração de energia destinada à comercialização em cada mês.¹⁸

Tabela 4: Tabela correspondente aos *royalties* pagos em reais em Foz do Iguçu, 2000-2006

ANO	VALORES EM REAIS ¹⁹
2000	R\$ 26.745.959,57
2001	R\$ 33.448.027,94
2002	R\$ 41.422.979,21
2003	R\$ 41.942.943,83
2004	R\$ 38.894.903,74
2005	R\$ 31.885.829,34
2006	R\$ 31.189.019,98
Total:	R\$ 245.529.663,61

Fonte: ANEEL (2009)²⁰.

Os recursos pagos ao município nesses anos serviram para investir em benefício do desenvolvimento da cidade. Itaipu paga compensação financeira pela produção de eletricidade desde 1985, quando a usina entrou em operação comercial. Mas o dinheiro não chegava diretamente aos estados e municípios afetados pelo alagamento de terras para a formação do reservatório, o que só passou a acontecer em 1991, com a regulamentação da Lei dos *Royalties*, que beneficia as regiões mais próximas à usina.²¹

¹⁷ Idem

¹⁸ Ibidem

¹⁹ A oscilação de valores depende da produção de energia e da cotação do dólar.

²⁰ Dados disponíveis em: http://www.aneel.gov.br/aplicacoes/cmpf/gerencial/CMPF_Royalties/ROY_.cfm?Origem=1&CFID=552135&CFTOKEN=10552917%22%3E

²¹ Divisão de Imprensa/Itaipu Binacional disponível em <http://h2foz.com.br/modules/noticias/article.php?storyid=1836>

3.3 População de Foz do Iguaçu e movimento migratório

Uma das características do município é sua composição étnica muito variada. A cidade abriga 74 nacionalidades das 192 existentes no mundo. Dos estrangeiros residentes no município, um forte contingente é o de argentinos e paraguaios. Pela facilidade de acesso, muitos paraguaios residem a mais de 20 anos no Brasil sem ao menos pensar em naturalizar-se, constituem família e trabalham na informalidade. O movimento migratório iniciou-se praticamente na década de 1970, com o início das obras de construção de Itaipu. O acordo entre os dois países fez com que ambas as cidades crescessem de maneira que, em meados de 1980, a população de 10mil habitantes pulasse para quase 50 mil.

Como dito anteriormente, o Paraguai não possui bens de consumo (duráveis e não-duráveis) em quantidade e qualidade suficientes para atender a sua demanda, nosso comércio exportador se beneficiou desse mercado vendendo aquele país diversos produtos, principalmente alimentícios, de vestuário, eletrodomésticos e para a construção. Esses fatores causaram intenso movimento migratório para o município, originando, a partir desse período, grandes invasões em áreas públicas e privadas. As famílias eram atraídas pela localização fronteiriça de Foz do Iguaçu com o grande comércio aberto de Ciudad Del Este, no Paraguai (UFPR, 2006).

Assim como os paraguaios procuram residência no Brasil, ocorre o caminho inverso. Ou seja, a população de brasileiros residentes no Paraguai é de quase 150 mil habitantes. Essa população migrou para aquele país com a promessa de terras férteis para o plantio e com o incentivo do governo paraguaio para mecanizar as lavouras. Os emigrantes que entraram no Paraguai nos anos 70 geralmente não têm documentos. Por essa razão, existem famílias de *indocumentados*, cujos filhos não têm registro no Paraguai nem no Brasil. As estimativas é que 10% dos “brasiguaios” estejam nessa situação. Já entre as crianças, estima-se que 20% ou 30% não possuem certidão de nascimento ou outro documento que possibilite o acesso legal ao SUS. (NOGUEIRA, 2007, p. 231).

As principais atividades econômicas do município consistem no turismo, no setor industrial e prestação de serviços. Na agricultura, aparecem com plantações de soja, milho e banana. No setor de indústrias, destacam-se produtos alimentícios, madeira, produtos minerais não metálicos, vestuário, calçados e tecidos. O setor que mais contribui com o PIB municipal é o industrial com 65,43 %, seguido do setor de serviços, com 34,28 % e por último o setor

agropecuário participando com 0,29%. O PIB per *capita* do município em 2003 era de R\$ 12.191,00. Hoje o IDH-M de Foz do Iguaçu é de 0,788. (BRASIL, 2006, p. 15).

4 SAÚDE NA FRONTEIRA: AS REDES DE ASSISTÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU

O município de Foz do Iguaçu integra a 9ª Regional de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Por ser município-polo, atende aos municípios que fazem parte dessa regional. O Gestor do Sistema Local de Saúde é o Secretário de Saúde, e subordinado a ele está os departamentos de Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Supervisão e Controle, Gestão em Saúde, Assistência e Assistência Hospitalar.

O Sistema Local de Saúde é constituído de 27 unidades de atenção básica, ou seja: 15 unidades de Saúde da Família (USF), oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro Núcleos de Saúde (Centro de Referência de Saúde da Família).²² Nos Centros de Referência da Família são realizados os seguintes atendimentos: procedimentos ambulatoriais, consultas (médicas, de enfermagem, odontológicas) programas de prevenção, coletas de exames, aviamentos de receitas, vacinas, atendimentos de psicologia, fonoaudiologia e serviço social. Nas Unidades de Saúde da Família, são realizados os seguintes atendimentos: procedimentos ambulatoriais, consultas (médicas, de enfermagem, odontológicas) programas de prevenção, coletas de exames, aviamentos de receitas, vacinas e visitas domiciliares.

Nas Unidades Básicas de Saúde, são realizados os seguintes atendimentos: procedimentos ambulatoriais, consultas (médicas, de enfermagem, odontológicas) programas de prevenção, coletas de exames, aviamentos de receitas e vacinas. Já nas unidades de Pronto Atendimento, são ofertados os seguintes atendimentos: consultas, procedimentos ambulatoriais, emergências (clínica, trauma classe 1 e odontológicas) e internamento para observação. O Pronto-Atendimento Morumbi, além dos atendimentos citados, é referência para os pacientes com distúrbios mentais e drogas, porém com os casos de gripe AH1N1, foi transformado em centro de atendimento aos suspeitos de influenza.

Em 2005, após o fechamento da Santa Casa de Misericórdia, iniciou a construção - com recursos municipal, estadual e federal (representando apenas 2% do valor aplicado) - o Hospital Municipal (inacabada até o momento), com previsão para 300 leitos e cuja forma de gestão ainda está indefinida. O município está financiando 100% dos gastos e o Conselho Municipal de Saúde (COMUS) por meio de comissão interna, está estudando a melhor

²² Está prevista, para o segundo bimestre de 2010, a construção de quatro UPAS e mais 12 Equipes Saúde da Família.

maneira para gerenciá-lo, assim como, acompanha os gastos realizados. Existe a possibilidade de uma fundação pública,²³ porém esse assunto permanece esquecido pelo gestor municipal.

4.1 Financiamento da saúde em Foz do Iguaçu

O Piso de Atenção Básica é um montante de recursos financeiros federais destinados exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações destinadas à atenção básica de saúde. É composto por uma parte fixa destinada à assistência básica (PAB fixo) e uma parte variável, destinada a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica (PAB variável). (BRASIL, 2007 p. 31).

A parte fixa é calculada multiplicando-se um valor *per capita* pela população do município. Por sua vez, a parte variável destina-se aos incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental; Assistência Farmacêutica, Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Combate às Carências Nutricionais e outros dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, relativos às transferências do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007 p.31).

Tabela 5: Transferência federal do SUS ao município de Foz do Iguaçu, 2000-2006.

COMPETÊNCIA.	PAB-FIXO	PAB VARIÁVEL	ASSIST. HOSP.(MAC)	AÇÕES ESTRATÉGICAS
2000	2.594.256,00	1.276.400,55	7.033.657,93	---
2001	2.678.340,00	1.159.502,64	8.061.307,82	250.665,06
2002	2.667.720,00	1.677.001,57	6.836.523,66	1.592.256,50
2003	2.713.971,00	1.958.728,37	8.666.561,64	4.321.781,03
2004	3.053.549,36	2.340.827,91	10.681.629,94	6.079.850,72
2005	3.635.060,04	3.846.009,38	13.702.120,44	4.503.618,26*
2006	2.214.870,69	2.855.981,12	11.405.083,91	2.597.690,51

Fonte: SIOPS, set. 2006 (BRASIL, 2007, p. 32).

²³ As fundações encontram-se em tramitação no Congresso Nacional, sem previsão de aprovação.

A tabela abaixo representa o orçamento aprovado destinado à saúde nos anos de 2000 a 2006. Observa-se que, a partir de 2002, o município passa a cumprir a EC-29.

Tabela 6: Recursos aprovados pelo orçamento do município destinados à saúde de Foz do Iguaçu-PR, 2000-2006

ANO	Recursos totais do Orçamento municipal(R\$)	Recursos aprovados para o Setor Saúde	% do orçamento municipal aprovado para o Setor saúde
2000	209.150.000,00	19.618.000,00	9,37%
2001	207.473.452,00	17.130.000,00	8,3%
2002	216.743.841,00	40.144.694,00	18,5%
2003	213.000.000	41.088.000,00	19,3%
2004	267.761.300,00	50.180.600,00	18,74%
2005	315.845.000,00	70.144.000,00	22,30%
2006	337.160.000,00	76.990.000,00	22,80%

Fonte: SIOPS, set. 2006 (BRASIL, 2007, p. 33).

Tabela 7: Valores recebidos do FNS compensação de especificidade regional. Dez/07 a out/08 Foz do Iguaçu-PR, 2009

Competência	Valor Líquido
Dez./07	10.473,13
Abr – out/08	73.311,91
Total	83.784,97

Fonte: Brasil/FNS (2009).

Tabela 8: Valores recebidos do FNS compensação de especificidade regional. Jan/09 a set/09 – Foz do Iguaçu-PR, 2009

Competência	Valor Líquido
Jan/09 a set/09	12.102,71
Total	108.924,39

Fonte: Brasil/FNS (2009).

Assim como o está no Pacto de Gestão 2006, Foz do Iguaçu recebe um valor, a título de compensação, por aspectos de sua especificidade que se refletem nas ações e serviços do SUS (pactuado na CIB). Trata-se de um montante de recursos dividido em termos *per capita* aos municípios que possuem alguma característica que o justifique. Esse valor se destina a

atender às especificidades regionais e/ou municipais de cada sazonalidade, migração, dificuldades ou fixação de resultados, educação permanente e formação de ACS.²⁴ Por exemplo, o litoral do Paraná recebe pelo aumento da população em épocas de temporada de férias; a capital (Curitiba) recebe por ser capital do Estado e por receber vários pacientes do interior para tratamento e Foz recebe por ser fronteira e atender à população do Paraguai. A tabela abaixo mostra o volume recebido no ano de 2008.

Tabela 9: Valores acumulados dos recursos do SIS-Fronteiras -Foz do Iguaçu, 2005-2008.

	Competência	Valor Líquido	Valor total	Repasse
SIS-fronteira (fase I)	Nov/05	436.207,20	436.207,20	Municipal
SIS-fronteira (fase I)	Nov/06	204.655,40	204.655,40	Municipal
SIS-fronteira ²⁵	2007	365.435,40	365.435,40	Municipal
SIS-fronteira (fase I)	Mai/08	304.253,00	304.253,00	Municipal
SIS-fronteira (fase II)	Nov/08	10.000,00	10.000,00	Municipal
Total		1.320.551,00	1.320.551,00	Municipal

Fonte: Brasil/FNS (2009).

De acordo com o responsável pelo Fundo Municipal de Saúde, esses valores entram no bloco atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Na pactuação na CIB, o município solicitou o recurso para atender à população estrangeira que procura o município para assistência a saúde. Segundo a Secretaria de Saúde, esses recursos foram aplicados nos pronto atendimento.

Além desse recurso proveniente do Fundo Nacional de Saúde, o município recebeu cerca de 300 mil reais do SIS-Fronteiras. Esses recursos entram no bloco atenção básica.

Os recursos do SIS-Fronteiras foram aplicados (com base no relatório de prestação de contas), em 2008, na capacitação das equipes de saúde, reforma e construção das unidades de saúde Vila Yolanda e Jardim América.

²⁴ Portaria MS/GM nº 648, de 28/03/06.

²⁵ Relatório de gestão 2007/Pref. Municipal de Foz do Iguaçu/PR. Disponível em: <http://www2.fozdoiguacu.pr.gov.br/Portal/Pagina.aspx?Id=141>, Acesso em: 26 jun 2009.

Para alguns informantes-chave, esses recursos não tiveram aplicabilidade dentro do preconizado na lei de implantação do SIS-Fronteiras, e na verdade foram destinados erroneamente.

Tabela 10: Relatório de prestação de contas do recurso SIS-Fronteiras Fase II, Foz do Iguaçu, 2008

Recurso SISFRONTEIRAS Fase II - Foz do Iguaçu/PR- Ano de 2008								
Objetivo	Meta	Descrição	Ano	Recursos 2008			Modalidade de Aquisição	
				SISFRONTEIRAS	PROPRIO	OUTROS		
1	1.1	Manutenção das ações do Centro Materno-Infantil- CÚSTEIO	2007	R\$ 38.858,00	R\$ 58.972,80		Convênio	nº 027/2007
			2008	R\$ 72.800,00	R\$ 110.832,00		Convênio	nº 094/2008
	1.2	Reformar e ampliar a US Vila Yolanda de Foz do Iguaçu	2008	R\$ 78.148,78	R\$ 30.000,00	R\$ 9.008,78	Contrato	nº 07/2008
5	5.2	Capacitar, sensibilizar e atualizar 80% dos servidores da rede municipal de saúde, das áreas de Atenção Básica e Especializada, Vigilância em Saúde, Urgência e Emergência e Assistência Hospitalar de acordo com o Programa de Qualificação	Atualização para técnicos e Auxiliares de Enfermagem, ACS em Saúde Bucal. 2008	R\$ 13.878,10		R\$ 1.849,84		
6	6.1	Construir e Equipar 02 Unidades de Saúde em Foz do Iguaçu, com a localização estratégica para atendimento de brasileiros residentes no Paraguai. a) Unidade de Saúde Jardim América	2008 Obs: Transposição de Fase, este objetivo, conforme Plano Operacional, previsto na Fase III	R\$ 308.724,09			Contrato	nº 149/2008
Total				R\$ 511.404,97	R\$ 199.604,80	R\$ 10.656,60		
Total Geral							R\$ 721.666,37	
OBS: O valor de R\$ 2.498,57 refere-se a saldo financeiros da Fase I do SISFRONTEIRAS								

Fonte: SMSA, Foz do Iguaçu, 2008. Relatório prestação de contas 2008. Disponível em: <http://www2.fozdoiguacu.pr.gov.br/Portal/Pagina.aspx?Id=141>

Segundo informações, os recursos do SIS-Fronteiras foram aplicados numa unidade chamada Casa do Imigrante. Lá o imigrante paraguaio (somente) seria encaminhado para serviços. Entre os serviços oferecidos, estão a obtenção de certidões e documentos, assistência jurídica e encaminhamento a consultas médicas e odontológicas, com previsão de atendimento mensal de cinco mil usuários, em sua maioria brasileiros que residem nas cidades do lado paraguaio da fronteira.

A unidade de saúde do Jardim América, construída com esse recurso, funciona das 7 às 19 horas, mas o atendimento das consultas agendadas ocorre até as 14 horas. Após este horário, não há médico na unidade, apenas auxiliares de enfermagem e dentista, que fica até as 15h e atende também aos agendados e escolas de ensino fundamental da área de abrangência.

Já a unidade de saúde Vila Yolanda difere apenas por não possuir dentista no período da tarde, encerrando suas atividades às 17 horas.²⁶ As duas unidades não possuem cadastro do número de estrangeiros atendidos, nem não possuem agentes de saúde suficientes para mapear os estrangeiros residentes no Brasil. Como então saber se realmente se essa população de brasiguaios e estrangeiros está realmente sendo atendida nessas unidades, se não há um registro efetivo?

Tabela 11: Prestação de contas referente ao Fundo Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu, 2007.

Fonte de Recursos	Total Anual		
	Empenhada	Liquidada	Paga
ACS (Agente Comunitário de Saúde)	1.114.459,73	1.114.459,73	858.937,98
AFB-Medicamentos Grupos de Hiper.Diabete, Asma e Renite	848.358,96	848.358,96	844.125,60
CAPS (Centro de Atividades Psicossocial)	598.457,49	598.457,49	487.444,15
CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)	271.195,67	271.195,67	254.980,41
Contribuição de Iluminação Pública	500.898,51	500.898,51	500.898,51
DST/AIDS	221.982,36	221.982,36	202.262,72
FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação)	3.575.755,93	3.575.755,93	3.223.898,37
Farmácia Básica	371.771,25	371.771,25	371.388,41
Média e Alta Complexidade	28.466.844,32	28.466.844,32	21.066.353,84
Min. Saúde/FNS - Convênio 1037/04 (Aquisição Unidade Móvel)	7.914,52	7.914,52	7.914,52
Min. Saúde/FNS - Convênio 919/06 (Equipamentos Hosp. Municipal)	2.663.994,09	2.663.994,09	2.597.004,09
Min. Saúde/FNS - Convênio 982/05 (Aquis. Equip. e Mat. Permanente)	38.647,18	38.647,18	33.825,18
PAB (Piso de Atenção Básica)	4.921.839,60	4.921.839,60	4.669.471,81
PROESF	5.470,50	5.470,50	3.298,00
Programa Saúde Bucal	191.675,18	191.675,18	163.135,41
PSF (Programa Saúde da Família)	1.974.861,90	1.974.861,90	1.818.638,34
Recursos Livres	12.403.532,53	12.403.532,53	8.233.057,22
SAMU	987.974,19	982.613,57	897.146,33
SAMU Estadual	691.253,02	691.253,02	678.929,87
Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00- 15%)	33.260.274,83	33.260.274,83	25.027.773,67
SIS Fronteira	428.255,01	428.255,01	428.255,01
Taxa de Vigilância Sanitária	210.743,98	210.743,98	184.256,32
TFECD (Teto Financ. Errad. Contr. Doenças)	765.693,22	765.693,22	635.873,42
Vigi SUS II	27.565,00	27.565,00	24.340,00
VISA Alta Complexidade	86.712,83	86.712,83	82.152,61
VISA Básica	43.516,74	43.516,74	43.347,43
Total	94.679.648,54	94.674.287,92	73.338.709,22

Fonte: SMSA, Foz do Iguaçu, 2007. Disponível em <http://www2.fozdoiguacu.pr.gov.br/Portal/Pagina.aspx?Id=14>. Acesso em: 26 jun 2009.

A tabela acima apresenta a prestação de contas referente ao condensado anual 2007.²⁷ Podemos observar que o montante de recursos procedentes do SIS-Fronteiras chegou a R\$

²⁶ Esse é um dos motivos que levam à superlotação dos PAs.

²⁷ Devido ao tamanho da tabela, foi excluído o quarto trimestre da mesma.

428.255,01. No que consta no FNS, o valor de 2007 é de R\$ 365.435,40. Não consta nenhuma observação sobre tal diferença de valores.

Tabela 12: Consulta de despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa e estado (série história 2002 a 2006) Foz do Iguaçu-PR

Nome	2002	2003	2004	2005	2006
Subfunções Administrativas	25.447.625,93	3.467.113,48	5.335.400,00	18.241.883,00	23.591.316,78
Administração Geral	25.447.625,93	3.467.113,48	5.335.400,00	18.241.883,00	23.591.316,78
Subfunções Vinculadas	16.998.380,00	49.407.786,52	58.125.280,00	62.194.048,06	70.254.175,12
Atenção Básica	3.149.952,80	19.158.863,00	29.358.782,00	20.383.707,69	29.110.112,77
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	10.637.980,20	28.189.923,52	26.813.298,00	39.573.521,69	38.898.644,08
Suporte Profilático e Terapêutico	1.870.791,00	173.000,00	0	0	0
Vigilância Sanitária	804.315,00	195.000,00	1.074.800,00	560.774,24	1.861.231,30
Vigilância Epidemiológica	535.341,00	1.691.000,00	878.400,00	1.676.044,44	384.186,97
Informações Complementares	0	0	20.000,00	0	0
Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico	0	0	20.000,00	0	0
Total:	42.446.005,93	52.874.900,00	63.480.680,00	80.435.931,06	93.845.491,90
População contada:	272.941	279.620	286.285	301.408	309.113

Fonte: Brasil/FNS (2009).

4.2 Problemas de saúde de Foz do Iguaçu na perspectiva dos gestores

Segundo Mousinho (Chefe da Divisão de Programação e Controle da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu):

[...] as maiores dificuldades encontradas são a ausência de legislação específica de formas de financiamento para essa faixa de fronteira e ainda a omissão do Estado em não promover concurso público melhorando o sistema de informações e a auditoria na Secretaria de Saúde do Estado. (MOUSINHO, 2008).

A população paraguaia que procura o atendimento no Brasil consegue subterfúgios²⁸ para a assistência e muitas vezes passam anos sendo atendida nas Unidades de Saúde; quando há necessidade de um exame e esse deve ser auditado, o mesmo é barrado pelo fato de o paciente não possuir documento brasileiro ou carteira da imigração.

Observa-se, no contexto da fronteira de Foz do Iguaçu, que o incentivo do SIS-Fronteiras (R\$8.500,00 no segundo trimestre de 2008) favoreceu a reforma e construção de algumas unidades de saúde que atendem à população brasiguiaia e não recebeu, ou irá receber, repasse para o custeio das ações de saúde. Um exemplo é o Centro de Atendimento à Gestante Brasiguiaia, que foi construído com recursos do SIS-Fronteiras, mas os funcionários são pagos com recursos próprios do município.

Ainda sobre a característica da população e seu custo, Mousinho diz que a população local foi estimada pelo IBGE em 326 mil habitantes; a população que faz parte da regional (9 municípios) soma 110 mil habitantes; já sobre a população flutuante (turistas em geral), não existem dados sobre seu volume, apenas estimativas baseadas em taxa de ocupação dos hotéis e dos passeios; por último, a população brasileira residente no Paraguai soma 150 mil habitantes.²⁹

De acordo com a ex-secretária de Saúde de Foz do Iguaçu, Lisete Palma:

Não existe obviamente desconhecimento, por parte do governo, das demandas diferenciadas que os municípios vivenciam em áreas de fronteira. Porém, não existem políticas específicas que contemplem dentro dos princípios do SUS a atenção aos usuários que utilizam os serviços ofertados por estas cidades, quer seja para o atendimento da população brasileira que mora no país vizinho e utiliza os serviços do lado brasileiro, quer seja, pelos próprios estrangeiros que utilizam estes mesmos serviços. Alguns ensaios de propostas têm sido trabalhados sem efetivamente dar conta de repasses de recursos de forma regular e efetiva às cidades de fronteira.

O orçamento do município é feito baseado na arrecadação junto ao MS para custeio das ações da atenção básica, alta complexidade, assistência farmacêutica, etc. Possuem também recursos próprios (preconizados pela EC29, e mais 5%, podendo chegar a 20%) – esse montante inclui a população de não residentes no município.

Em duas situações, o COMUS (Conselho Municipal de Saúde) interveio sobre a situação de atendimento aos brasiguaios e paraguaios. A primeira resolução, nº 22/06,

²⁸ Algumas vezes, mulheres paraguaias eram largadas na porta do hospital para darem à luz, porém como apenas a certidão de nascimento era exigida, elas eram internadas com as certidões de brasileiras. Com isso, o filho já saía da maternidade registrado como cidadão brasileiro e era adotado pela dona do documento, prática comum em gestações indesejadas.

²⁹ As informações sobre o número de brasileiros residentes no Paraguai é uma estimativa do consulado brasileiro no Paraguai.

deliberava sobre a restrição do atendimento aos brasiguaios, que ficou vedado nas urgências e emergências, visto que o município estava atendendo no limite de sua capacidade. A segunda resolução, nº 32/06, deliberava sobre a implantação de um cartão SUS fronteiriço:

- a) Implantação do Cartão “**SUS Fronteiriço**” (ou outra denominação que venha a ser definida) e que garantirá ao portador, cidadão brasileiro residente no Paraguai e Argentina, o atendimento médico-hospitalar pelo **SUS**.
- b) A expedição do **Cartão** será normatizada a princípio pelo **Ministério da Saúde**, com a participação do Consulado Brasileiro em Ciudad Del Este e em Puerto Iguazu.
- c) Sob cada **Cartão**, o Município perceberá os mesmos valores repassados “**per capita**” para os residentes em **Foz do Iguaçu**, no o atendimento básico da saúde (R\$ 13,00 por ano) e média complexidade (4,74 por mês)
- d) Os procedimentos de alta complexidade prestados no âmbito do Município serão ressarcidos ao **Gestor do SUS** local, com base nas tabelas vigentes do **SUS**.
- e) Que tanto o **Ministério da Saúde** quanto a **Secretaria Estadual da Saúde**, apórem recursos financeiros ao **Município** para ampliação da capacidade assistencial ambulatorial e hospitalar da **Rede do SUS** local, para atender a absorção da demanda adicional de usuários não residentes, dentro dos parâmetros recomendados pela Portaria Ministerial 1.101/02. (COMUS, 2006, anexo 2).³⁰

Para algumas pessoas-chave, dentro do sistema de saúde local, na época em que a Santa Casa estava funcionando em meados de 1991 até 2005, o acesso da população paraguaia era de livre demanda. Os atendimentos a usuários paraguaios na Santa Casa eram realizados de forma rotineira (via de regra, com entrada pelo pronto-socorro SUS, único da cidade). Alguns paraguaios residentes em Foz do Iguaçu ou residentes Santa Terezinha de Itaipu³¹, outros com residência no Paraguai mesmo.

Eram atendidos, internados, operados, tinham filhos como os brasileiros, dentro do SUS municipal, sem serem cobertos pelo SUS – ou seja, uma vez que não possuíam documentos de identidade brasileira, quem custeava estas despesas, a exemplo de hoje, sempre foi o município de Foz do Iguaçu, em especial na Santa Casa. Contando também com algumas doações de entidades da cidade, esses paraguaios chegavam na fase aguda do processo da sua doença, o que quase sempre encarecia o tratamento. Mesmo em casos de parto, mães vinham já em trabalho de parto, sem realização de pré-natal, hipertensas, com hepatites ou outras complicações. E ainda em outros casos, o parto transcorria de forma

³⁰ O problema é que apenas a Resolução nº 22/06 foi acatada; em 2007 o PAB subiu para 15 reais, e a segunda resolução foi encaminhada aos órgãos competentes, mas não foi implantada e não houve resposta sobre o assunto.

³¹ Município vizinho de Foz do Iguaçu, distante 20 km.

normal com internação muitas vezes de 48 horas. A fatura era paga pelo próprio município³² e assim ficou até 1997, quando o município passou para Gestão Plena, na qual o controle era maior.

A Itaipu Binacional possui um grupo de trabalho na saúde da fronteira de caráter permanente e consultivo (participa das reuniões da CIB estadual). Tem por objetivo propor as estratégias para inserção das fundações de saúde instituídas pela Itaipu Binacional na organização e apoio às ações de saúde na sua área de influência, região da fronteira entre Brasil e Paraguai, abrangendo 27 municípios brasileiros e 30 municípios paraguaios, em consonância com as respectivas políticas públicas nacionais do setor de saúde. O que o GT faz pelo município e pela região banhada pelo lago, incluindo o Paraguai, é discutir metas sobre algumas situações de caráter epidêmico (dengue, H1N1), auxiliar em algumas ações de saúde, capacitar os trabalhadores em saúde dessa área, estimular fóruns de discussões sobre a fronteira, sem injetar recursos financeiros no município.

Segundo a Secretária Lisete:

No caso de Foz do Iguaçu, o apoio da Itaipu Binacional que agrega o Grupo de Trabalho de Saúde da Fronteira vem contribuindo para o entendimento das diferenças entre as políticas de saúde do Brasil, do Paraguai e da Argentina, contribuindo, portanto, para o processo de crescimento através da troca de experiências ou promoção de educação em saúde de forma conjunta. Esta ação da Itaipu é louvável, e ainda que nossa população de certa forma seja privilegiada pela binacional.

Os recursos procedentes dos *royalties* que são repassados aos países servem para o desenvolvimento da região, incluindo a Saúde.³³ Podemos observar que a população residente no Paraguai sendo brasileira ou não, superlota as estatísticas do município, e essa porta de entrada fácil dificulta a previsão de aplicação do recurso pelo gestor municipal. Apesar disso, o município aplica 20% do orçamento na Saúde. Algumas ações, como o SIS-Fronteiras, conseguiram dar o pontapé inicial para suprir a necessidade de recursos para esse atendimento, mas nunca houve uma auditoria do programa (como existe no PSF) que constataste se os recursos foram realmente aplicados.

A pesquisa do SIS-Fronteiras veio ao encontro de uma necessidade existente, mas a população que serviu como base do projeto não corresponde efetivamente à população de estrangeiros que é atendida no Brasil.³⁴ Para fazer uma análise da situação de saúde, o

³² Vale observar que a Santa Casa, mesmo sendo filantrópica, sempre atendeu a 80% SUS.

³³ Os recursos dos *royalties* encerram-se em 2015.

³⁴ A estimativa é que a população de paraguaios residentes em Foz chegue a 150 mil habitantes. A amostra utilizada no SIS-Fronteiras foi de 42 mil pessoas (entre brasileiros e estrangeiros).

município deveria possuir registros de atendimentos realizados à população estrangeira³⁵. Com a série histórica, pode-se ter uma estatística real dos atendimentos ano a ano.

Ainda segundo Lisete, que participou efetivamente como informante-chave da pesquisa do SIS-Fronteiras:

A proposta do SIS-Fronteiras vem de forma estática, uma vez que oferece recursos de investimento e não de custeio. Obviamente, o município de fronteira precisa de mais recursos para investimento em estruturas, aquisição de equipamentos permanentes, porém, passada a fase da construção existem custos para a manutenção das ações e estes custos com custeio continuado não são contemplados pelo SIS-Fronteiras. Como se para a atenção em saúde os espaços físicos fossem suficientes para dar conta do processo de assistência por si só. Ou ainda como se repassando aos municípios recursos de investimento ou demais recursos de custeio ficassem mais leves o que não é verdade na prática da gestão em saúde.

E conclui:

O espaço geográfico de fronteira traz toda uma complexidade de situações. Para a saúde de um país como o Brasil onde a saúde é um direito de todos e dever do Estado, faltam respostas para o financiamento das ações. Em situações extremas de epidemias, por exemplo, a necessidade de proteção da saúde das populações torna-se uma ponte para a realização de ações conjuntas, porém, passado a fase crítica, voltam à rotina os mesmo problemas de assistência, no caso brasileiro sem repasses do governo Federal ou Estadual e o município arcando com mais esta despesa na saúde.

A situação de fronteira deve ser tratada com canais mais abertos de comunicação entre os países, com escuta mais sensível do dia a dia das unidades de atendimento e dos gestores de cidades de fronteira. Nada disso é fácil de acontecer, uma vez que esbarramos no processo político de cada país. Entendemos, no entanto, que não são conversas de gabinete que mudam realidades e sim, talvez, a abertura de fóruns permanentes com envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores de todas as instâncias para o exercício da busca de soluções através de propostas vindas de quem vivencia o processo.

³⁵ Não existe registro de atendimento eletrônico implantado no município de Foz do Iguaçu, assim como nenhum mecanismo para identificar a população estrangeira. Os únicos dados existentes são os levantados pelas pesquisadoras da FIOCRUZ.

5 RESULTADOS DA PESQUISA

Na análise de Foz do Iguaçu, realizamos pesquisa documental e utilizamos as bases de dados que registram as despesas próprias do município com Saúde, bem como as receitas próprias e os recursos procedentes do Fundo Nacional de Saúde.

Os documentos analisados são de estudos realizados pelo Ministério da Saúde e por pesquisadores associados³⁶, sobre financiamento e gestão de saúde nas fronteiras e a situação de fronteira, além de documentos da OPAS e do Conselho Municipal de Saúde . As informações locais foram testadas com informante-chave da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

O trabalho visou estimar o impacto financeiro do atendimento à população estrangeira no município de Foz do Iguaçu Para tanto, apresentam-se inicialmente dados sobre a população que busca atendimento nas unidades de saúde do município de Foz do Iguaçu.³⁷

Tabela 13: Nacionalidade das pessoas que procuram os serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu, 2007

Nacionalidade	Freq	Percent	Cum.
Brasileira	41268	97.7%	97.7%
Paraguaia	651	1.5%	99.2%
Argentina	82	0.2%	99.4%
Outra	257	0.6%	100.0%
Total	42258	100.0%	

Fonte: Brasil, Diagnóstico Local de Foz do Iguaçu (2007).

Observa-se que existem algumas unidades de saúde (tabela 14) que realizam o atendimento à população brasileira e paraguaia. Essa população não está computada no censo demográfico do município de Foz do Iguaçu, muito menos do Paraguai, por não serem considerados cidadãos paraguaios; além do mais, não residem ou não contribuem para a economia local. Infelizmente, essa população só é lembrada nos anos de eleição.

³⁶ Existe uma divergência nas tabelas elaboradas pelo sis – fronteira de quase 250 habitantes na sua pesquisa, tanto no total da amostra quanto na população estrangeira. Essa diferença não foi justificada na pesquisa original.

³⁷ O ponto de partida foi utilizar os dados já existentes do SIS-Fronteiras, visto que as informações sobre a população estrangeira e local de atendimento apenas o projeto possuía. No censo 2010, espera-se que as informações sobre a população fronteiriça sejam mais próximas do real.

Tabela 14: Nacionalidade de pacientes e relação residência, Foz do Iguaçu, 2007

Nacionalidade	Local de Residência				Total
	1	2	3	4	
Brasil	40749	366	3	40	41158
Paraguai	555	92	0	0	647
Argentina	72	2	7	0	81
Outra	237	15	0	5	257
Total	41613	475	10	45	42143

Local de Residência

1. No Município.
2. Paraguai.
3. Argentina.
4. Outro.

Fonte: Brasil, Diagnóstico Local de Foz do Iguaçu (2007).

A tabela acima mostra a nacionalidade das pessoas que procuram a atendimento no município de Foz do Iguaçu. Podemos observar que além dos brasileiros residentes no Brasil, grande parte dos demais pacientes são brasileiros que residem no Paraguai. Os locais de maior procura por atendimento são os prontos-atendimentos municipais e, eventualmente, o Hospital Costa Cavalcanti (tabela 15), por ser mais próximo da fronteira com o Paraguai. Na década de 90, era muito comum o brasiguai procurar atendimento em hospitais de propriedade de médicos brasileiros. Quando se esgotava todo o dinheiro, esses hospitais os encaminhavam para o Brasil, já com uma guia SUS (fornecida pelo próprio dono do hospital).³⁸

³⁸ Existia uma facilitação de acesso às guias SUS por esses donos de hospitais no Paraguai.

Tabela 15: Local de atendimento segundo nacionalidade, Foz do Iguaçu, 2007

Código Unidade	Nacionalidade				Total
	1	2	3	4	
AKLP	3196	40	3	8	3247
COS	2712	78	7	17	2814
JA	1484	51	8	30	1573
PAMO	14008	157	10	94	14269
PAPR	8858	149	23	71	9101
PRO	5715	55	18	16	5804
SJ	3173	35	1	5	3214
VY	2038	84	11	16	2149
Total	41184	649	81	257	42171

Código da unidade de atendimento: AKLP: Unidade de Saúde AKLP COS: Hospital Costa Cavalcanti JA: Unidade de Saúde Jardim América PAMO: Pronto Atendimento Marumbi PAPR: Pronto Atendimento Avenida Paraná PRO: Unidade de Saúde Profilurb II SJ: Unidade de Saúde São João VY: Unidade de Saúde Vila Yolanda.	Nacionalidade: 1- Brasil 2- Paraguai 3- Argentina 4- Outra
--	---

Fonte: Brasil, Diagnóstico Local de Foz do Iguaçu (2007).

Podemos observar que, nos dois prontos-atendimentos, a população estrangeira é a que mais procura por assistência. Por ser um serviço de urgência e emergência, a demanda é livre, e comunidades de brasileiros fretavam uma van, quase sempre com vários membros da mesma família e chegam por volta das seis horas da manhã, chegando a passar o dia no PA até que todos saiam atendidos. Mas quando o problema é internamento, eles procuram meios de “naturalizar-se” brasileiros, para conseguir a prestação do serviço, viabilizada pelo cartão SUS. Assim, conseguem internação e tratamento, chegam até a hemodiálise.

Na tabela a seguir, observamos os motivos que levaram a população estrangeira a procurar o serviço de saúde local, sendo os mais procurados: consulta clínica, pediatra, medicamentos e exames complementares.

Tabela 16: Tipo de demanda e nacionalidade, Foz do Iguaçu, 2007

Tipo de Demanda	Nacionalidade				Total
	1	2	3	4	
Assistente social	154	2	0	1	157
Cons. clinica	8250	126	21	60	8457
Cons. emergência	159	2	1	0	162
Cons. enfermagem	880	21	0	6	907
Cons. especializada	2861	26	7	23	2917
Cons. ginecológica	1403	11	2	3	1419
Cons. obstétrica	257	5	0	2	264
Cons. odontologia	1664	39	6	7	1716
Cons. pediátrica	4088	68	10	19	4185
Cons. psicologia	1	0	0	1	2
Curativo	698	10	1	8	717
Diálise	1	0	0	1	2
Doação de sangue	1	0	0	0	1
Ex. complementar	3462	44	6	24	3536
Fisioterapia	5	1	0	0	6
Inalação	667	7	0	0	674
Informação	91	4	1	0	96
Intern. Cirúrgico	215	0	0	0	215
Intern. Clínico	581	6	1	3	591
Intern. Obstétrico	220	2	0	2	224
Medicamentos	9703	119	10	56	9888
Nutricionista	1	0	0	0	1
Programa	1909	34	4	4	1951
Quest.Administrativa	38	1	0	0	39
Raio x	942	16	1	9	968
Resultado exames	412	7	1	2	422
Tto oncológico	720	52	1	5	778
Vacinação	1814	48	7	19	1888
Total	41197	651	80	255	42183

1 – Brasileira 2 – Paraguaia 3 – Argentina 4 - Outra nacionalidade

Fonte: Brasil, Diagnóstico local de Foz do Iguaçu (2007).

Os motivos de procura de atendimento derivam da inexistência da oferta pública de serviços nos países de origem dessa população. O atendimento no Brasil é realizado com a utilização de documentação falsa. Em meados de 2001, a prefeitura descentralizou a confecção e o cadastro do cartão SUS³⁹ para outras secretarias, inclusive para movimentos populares e políticos. Essa distribuição acabou gerando um problema enorme, propiciando a emissão de cartões sem o preenchimento do formulário com os dados e com os documentos

³⁹ Por causa desse descontrole, nenhum cartão definitivo foi emitido aos donos dos cartões provisórios, fazendo com que ocorresse um descontrole sobre os mesmos.

necessários. Assim, vários paraguaios e brasiguaios conseguiram indevidamente o documento brasileiro. Hoje, o Consulado Brasileiro no Paraguai realiza o preenchimento do formulário (com carimbo no verso de Consulado Brasileiro), para todo brasiguai. De posse desse documento, ele se dirige à divisão de auditoria, supervisão e controle da prefeitura de Foz do Iguaçu recebendo, se aprovada à documentação, ou seja, o cartão SUS.

Segundo o Deputado Federal Dr. Rosinha:

A Câmara de Deputados de uma maneira geral, não debate como antigamente, as políticas de saúde. A Comissão de Seguridade Social e Família vêm funcionando nos últimos dois anos como um fórum de debates da família. Até aí nada mal, porém, debate-se uma maneira limitada, retrógrada, pode dizer até com um fundamentalismo religioso perigoso, do tipo caça as bruxas. Na Câmara também tem a Frente Parlamentar da Saúde, que sobre o falso discurso de defesa de mais financiamento para o SUS faz indiretamente um *lobby* para o setor privado. Qualquer tema de saúde hoje quando debatido, com raras exceções, são temas limitados ou menores.

Tabela 17: Tipo de demanda x local de residência, Foz do Iguaçu, 2006

Tipo de Demanda	1	2	3	4	Total
Assistente Social	157	0	0	0	157
Cons. Clínica	8311	96	4	14	8425
Cons. Emergência	161	3	0	0	164
Cons. Enfermagem	898	4	0	1	903
Cons. Especializada	2859	42	1	5	2907
Cons. Ginecológica	1383	35	0	0	1418
Cons. Obstétrica	259	5	0	0	264
Cons. Odontologia	1705	8	0	0	1713
Cons. Pediátrica	4130	39	1	3	4173
Cons. Psicologia	2	0	0	0	2
Curativo	711	3	0	0	714
Diálise	2	0	0	0	2
Doação De Sangue	1	0	0	0	1
Ex.complementar	3499	31	0	2	3532
Fisioterapia	5	1	0	0	6
Inalação	671	1	0	0	672
Informação	95	1	0	0	96
Intern. Cirúrgico	213	2	0	0	215
Intern. Clínico	574	16	0	1	591
Intern. Obstétrico	223	2	0	0	225
Medicamentos	9808	50	1	14	9873
Nutricionista	1	0	0	0	1
Programa	1935	7	0	1	1943
Quest. Admin.	38	1	0	0	39
Raio X	956	6	0	1	963
Resultado Exame	422	0	0	0	422
Tto Oncológico	741	37	0	0	778
Vacinação	1795	85	3	3	1886
Total	41555	475	10	45	42085

Legenda:

1 - Brasileira

2 - Paraguaia

3 - Argentina

4 - Outra nacionalidade

Fonte: Brasil, Diagnóstico local de Foz do Iguaçu (2007).

Podemos observar que a população estrangeira que procura por atendimento na rede de saúde reside fora do município, ou seja, procura a assistência que não encontra em seu país de origem. Essa facilidade de acesso aos serviços não encontra barreiras, e as estatísticas com os recursos se tornam aquém do estimado⁴⁰. Além disso, alguns atendimentos, como de reabilitação, nutrição e psicologia, são realizados em IES do município de Foz do Iguaçu, por não haver necessidade de documentação brasileira.

⁴⁰ Ou seja, a demanda acaba sendo maior do que a oferta. Existe uma recomendação do MS sobre os procedimentos, consultas e exames (Anexo) e o município está acima do recomendado.

O município de Foz do Iguaçu recebeu de Itaipu (tabela 4) mais de 245 milhões de reais entre 2000 e 2006, que, somados ao orçamento no mesmo período, chegaram a R\$ 1.805.129.804,61.

Utilizando os dados do SIS-Fronteiras,⁴¹ observamos que a população estrangeira corresponde a 2,3% do total da amostra, utilizando-se a tabela 13. Já segundo a tabela 14, 530 pessoas são estrangeiras que residem fora do Brasil (42.143 do total da amostra), representando a nacionalidade dos pacientes que utilizam o sistema público de saúde.

A tabela 14 (42.171 do total da amostra) mostra as unidades de saúde mais procuradas pelos estrangeiros que chegam a Foz do Iguaçu. Dessas pessoas, 530 são estrangeiros que residem fora do Brasil e 864 são estrangeiros que residem em Foz do Iguaçu. Com relação aos procedimentos mais procurados, na tabela 16, de uma amostra de 42.183 pessoas, 986 correspondem a estrangeiros que procuram realizar exames no Brasil.

A tabela 17 representa o tipo de demanda, ou seja, qual especialidade ou serviço público de saúde essa população de estrangeiros procura. Numa população de 42.085 pessoas, dentre os 530 estrangeiros que residem fora de Foz do Iguaçu, 114 procuraram o serviço para consulta clínica, 48 para consulta com especialistas em geral, 35 mulheres (paraguaias) procuraram consulta com ginecologista, 43 buscaram consultas com pediatra, 33 buscaram exames complementares, 17 necessitavam internamento clínico,⁴² 65 precisavam da dispensação de medicamentos, 37 buscavam tratamento oncológico e 91 procuravam serviços de imunização. Esta lista correspondeu aos serviços mais procurados.

Quanto aos recursos para o município, observamos o seguinte: a tabela 4 apresenta a série histórica de 2000 a 2006 dos recursos procedentes dos *royalties* da energia produzida por Itaipu, chegando a R\$ 245.529.663,61. A série histórica de 2000 a 2006 do PAB apresenta uma média de R\$ 2.412.863,87, com um *per capita* de R\$ 8,04 habitante/ano (R\$ 0,67mês). Na tabela 5, os recursos destinados à saúde chegaram a 22,80% do orçamento do município, mais do que o estipulado na EC-29. Com a Portaria nº 648/2006, o município começou a receber, a partir de então, o montante referente à especificidade regional. Nas tabelas 6 e 7, temos os recursos referentes aos anos base 2008 e 2009, respectivamente, R\$ 87.784,97 e R\$108.924,29.

⁴¹ A pesquisa da equipe do SIS-Fronteiras foi realizada com uma amostra de 42.258 pessoas.

⁴² Esses internamentos clínicos ocorreram com anuência direta da Secretaria de Saúde.

Os recursos procedentes do SIS-Fronteiras (tabela 8), tendo como referência a 1ª fase, somam R\$ 945.115,60; e na segunda fase (novembro de 2008), 10.000,00.⁴³ Segundo o relatório da prestação de contas, foi repassado um total de R\$ 365.435,00 no ano de 2007, mas não há associação à fase específica do projeto.

Em 2007, o município recebeu R\$ 36.858,00, e em 2008, R\$ 72.800,00, como parte do custeio e manutenção do Centro Materno-Infantil (para atendimento de gestantes brasiguaias). Em 2008, recursos para reforma e ampliação da unidade de saúde Vila Yolanda somou R\$ 78.146,78, e R\$ 13.578,00 (também em 2008) foram destinadas à capacitação e atualização das equipes de saúde bucal; em 2008, para transposição de fase, para construir e equipar duas unidades de saúde em área próxima à ponte de acesso ao Paraguai (Jardim América) os recursos chegaram a R\$ 309.724,00; e na série história das despesas com atenção básica (2000 a 2006 - tabela 9), R\$ 101.161.418,26. Por último, na tabela 10, observamos o relatório da prestação de contas referente ao ano de 2007, segundo a qual o recurso é de R\$ 428.255,00.

O relatório final apresenta 42.569 pessoas entrevistadas, porém na tabela 11, a amostra é de 42.258 pessoas; na tabela 11, 42.143; na tabela 12, 42.171 pessoas; na tabela 13, 42.183 pessoas; na tabela 14, 42.085 pessoas. Pela divergência de amostras, a opção foi excluir da análise as tabelas que mais apresentam inconsistências, ou seja, será analisada apenas a tabela 13, que é o foco principal do SIS-Fronteiras. As unidades de saúde mais procuradas pela população de estrangeiros são o Pronto-Atendimento Morumbi I e as unidades de saúde de Vila Yolanda e Jardim América. No pronto-atendimento, a procura é maior pela facilidade de acesso, já as unidades de saúde da Vila Yolanda e Jardim América são umas das poucas unidades de atenção básica ainda no município.

Os recursos procedentes do SIS-Fronteiras repassados ao município desde sua implantação, entre 2005 e 2008, chegaram a R\$1.320.551,00 e correspondem à primeira fase do SIS-Fronteiras. Porém, ao cruzar os dados no Fundo Nacional de Saúde, esse recurso não é confirmado (tabela 8) o que coloca em dúvida a fidedignidade do relatório emitido pelo gestor municipal (tabela 10). Ou seja, nessa etapa, o município recebeu R\$ 10.000,00 em novembro de 2008, para qualificação das equipes que atendem à população brasiguaiá (BRASIL/FNS, 2009), mas de acordo com o relatório de gestão do mesmo ano, o recurso para qualificação foi de R\$ 13.876,00; e o destinado a reformas e ampliação foi de R\$150.946,78. No entanto, a segunda fase é específica para qualificação, e não para reforma e ampliação, o que leva a crer

⁴³ Esse valor não consta do condensado do Relatório de Prestação de Contas 2008.

na inconsistência de relatório. Isso difere do ocorrido na terceira fase, na qual, segundo o mesmo relatório de 2008, foi justificado o recurso de R\$ 304.253,00 para a construção de duas unidades na região adjacente à Ponte da Amizade para atendimento aos brasiguaios.

Sobre o PAB fixo a média dos recursos referente à série histórica de 2000 a 2006 é de 8,08 habitante/ano, para uma população de 300 mil habitantes. Este recurso, já pequeno, torna-se mínimo quando se soma a população estrangeira.⁴⁴ Os recursos aplicados no ano de 2006 são 22,08% mais elevados do que o estipulado na EC-29. Porém nos anos de 2005 e 2006, o aumento serviu para contratualizar serviços e diminuir a demanda reprimida de consultas na atenção especializada e cirurgias.

Podemos observar que os dados apresentados pela Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu não correspondem ao apresentado pelo Fundo Nacional de Saúde, o que aponta para a inconsistência das informações repassadas pelo gestor.

⁴⁴ Um dos maiores problemas são os cartões SUS, que foram entregues de forma indevida, sem que os formulários fossem preenchidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A região de fronteira é marcada pela precariedade financeira das populações, pela extensão territorial e pela facilidade de acesso ao tráfico e contrabando. O governo paraguaio pouco faz pela população estrangeira e pela própria população paraguaia, diferentemente do Brasil, que atende a sua população nas unidades de saúde e, desde 1º de agosto, concedeu anistia aos paraguaios residentes ilegalmente no país. Em 25 de julho, reunidos em Assunção, os presidentes Fernando Lugo e Luiz Inácio Lula da Silva⁴⁵ emitiram uma declaração conjunta de 31 pontos, que aborda temas comuns aos países.

A maior preocupação do presidente do Paraguai foi aumentar o repasse de *royalties* ao país, procedentes da energia elétrica de Itaipu (promessa de campanha). Outro ponto foi a anistia aos moradores estrangeiros que estão ilegalmente residindo nesses países. A esperança é que, com essa anistia, os recursos do PAB possam aumentar. Fato muito semelhante aconteceu no Uruguai, onde cerca de 720 mil pessoas da fronteira entre Santana do Livramento (Rio Grande do Sul) e Rivera (Uruguai) têm direito à identidade binacional por meio de uma carteira de identidade de cidadão fronteiriço. Os residentes da faixa de 20 quilômetros de cada lado receberam direitos trabalhistas, de educação e propriedade de terras a partir de 2002, mas nada sobre a saúde⁴⁶.

A anistia aos paraguaios e brasiguaios é um compromisso bilateral que aparentemente está funcionando bem, pois não requer muitos recursos. Diferentemente de um acordo bilateral de assistência à saúde, segundo o qual o que tolhe, são sobretudo as desigualdades econômicas. O SIS-Fronteiras veio com a idéia de integrar as ações existentes na rede de saúde de fronteira brasileira – assim sendo, é uma ação unilateral. Um assunto que poderia contemplar a agenda do Paraguai é realizar um estudo com os mesmos moldes do SIS-Fronteiras e unir as duas experiências, com isso as ações bilaterais seriam construídas integralmente; ou ainda, montar uma estrutura com os respectivos Ministérios de Relações Internacionais, para intervir nos custeios com forma de explicar APAC ou AIH, de acordo com a tabela de cada país, assim como a moeda vigente.

⁴⁵ Lula é apenas um conciliador entre os demais países.

⁴⁶ Nem o tratado que constitui o MERCOSUL, trata sobre a Saúde da população.

Segundo o presidente do COMUS, Ricardo Soley Foster,

Um acordo entre ambos os países, utilizando recursos do SIS-FRONTIERAS para fortalecer as unidades de saúde existentes no Paraguai e implantar o PSF, seria o mais adequado. Com isso, não somente a população brasileira, como a paraguaia poderia utilizar o serviço, sem superlotar a rede existente no Brasil.

E por último, deveria haver um censo internacional na faixa de fronteira, de modo a se obter os números reais da população, implementar o cartão de cidadão fronteiriço e instalar uma mesa de negociações com representantes do Ministério da Saúde dos países de fronteira e de Ministérios de Relações Internacionais. Mais ainda, deveriam ser viabilizados recursos para (sobretudo no Paraguai), serem realizadas melhorias nas redes de serviços de saúde.

Os recursos para a saúde são mal aplicados, inúmeros procedimentos que possuem recursos próprios foram interrompidos por falta de verba (ex. cirurgia bariátrica) e irregularidades financeiras foram levantadas pela comissão de contratos e convênios do Conselho Municipal de Saúde e encaminhadas à Promotoria Pública da Saúde, para que sejam tomadas providências, assim como à Procuradoria da Saúde e ao Ministério Público Federal. A prestação de contas terceiro trimestre do Hospital Municipal, do ano de 2007, foi reprovada pelo Conselho, por haver pontos de divergência; e ainda, todas as resoluções do Conselho que tratavam de contratos e convênios foram entregues aos órgãos de acompanhamento e fiscalização de recursos públicos para a saúde.

Sobre Itaipu, é possível afirmar que em nenhuma gestão houve interação da direção da hidrelétrica com a comunidade, como tem sido feito durante a gestão do iguaçuense Jorge Samek. Muita coisa tem sido feita, sobretudo no que tange à parceria para viabilização do IFET e Unila, e ainda nos aportes financeiros na promoção do Destino Iguassu⁴⁷, o que tem compensado, em parte, a falta de compromisso do prefeito com o importante setor do turismo. Apesar disso, e de tudo mais que veio de positivo de Itaipu para o município nessas mais de três décadas (inclusive ICMS e *royalties*...).

Por fim, a população padece por conta das características negativas do gestor. O Conselho de Saúde está desgastado pela quantidade de documentos encaminhados aos órgãos competentes (Tribunal de Contas, Ministério Público Federal e Estadual) e, segundo afirmou o Procurador de Justiça do Ministério Público Estadual do Paraná, Dr. Marco Aurélio Teixeira na mesa redonda da 10ª Conferência Municipal de Saúde (23/10/09): “O MP não possui um

⁴⁷ Iniciativa do Conselho Municipal de Turismo em fazer pacotes turísticos com preços módicos, incluindo o Parque Tecnológico de Itaipu, Vertedouro, Parque Nacional e Parque das Aves.

prazo limite para responder aos encaminhamentos dos Conselhos de Saúde a respeito das irregularidades”.

A busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam. Por outro lado, os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, e os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e garantir o acesso à atenção em saúde.

Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países-membros do Mercosul, seja nos aspectos físicos, financeiros e humanos, seja nas abordagens organizacionais da assistência, aliados às estratégias individuais para garantia de acesso, intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nesses territórios, tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços, e levam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde.

Pode-se observar que, na falta de legislação específica para atendimentos a estrangeiros, paradoxalmente, uma melhor organização do sistema de saúde municipal, como por exemplo, a implantação do PSF ou a implementação do cartão SUS, pode dificultar o atendimento aos estrangeiros, ao organizar a demanda e restringir o atendimento aos usuários cadastrados. No entanto, a inexistência de regras para a atenção, do lado brasileiro, favorece decisões pessoais dos gestores e profissionais de saúde, fazendo com que usuários não brasileiros permaneçam em incerteza constante quanto ao tipo de atendimento que receberão.

As iniciativas de ações conjuntas e os temas de acordos de cooperação apontados pelos Secretários Municipais de Saúde indicam serem as fronteiras laboratórios do enfrentamento de dilemas da integração, antecipando repercussões da criação de mercados comuns sobre os sistemas de saúde. Há necessidade de uma legislação específica para municípios da linha de fronteira, de modo que a população neles residente tenha direitos diferenciados para garantia de acesso integral aos serviços de saúde.

A diversidade dos sistemas de saúde nos países da fronteira, aqui estudada, aponta para acordos binacionais que considerem a experiência e tradição local de cooperação na fronteira e as especificidades dos sistemas de saúde dos países. A realização e implementação de acordos específicos, como o acordo bilateral Brasil-Uruguai, além do fortalecimento de

instituições supranacionais voltadas para a integração fronteiriça, são fundamentais para a promoção da cidadania da população de fronteira.

Nos processos de integração, é necessário criar novas institucionalidades e métodos de regulação supranacional, com participação de atores sociais capazes de gerar consensos e dar legitimidade a instrumentos de decisão em nível regional na construção da cidadania social, reduzindo desigualdades sociais e assimetrias entre países.

REFERÊNCIAS

ASTORGA, J. I.et.al. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai 2001-2002**. Brasília: OPAS, 2004.

BAPTISTA, Tatiana W.de Farias. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde), v.03 p. Rio de Janeiro, 2007 IMS/UERJ.

BASSO, M. Integração econômica e institucionalização: as experiências do MERCOSUL e da União Europeia. **Revista CEJ**, v. 2, n. 4, 1-25., jan-abr 1998. Disponível em <http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/cej/article/viewArticle/135>, acesso em 28 jul.2009.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Diagnóstico Local de Foz do Iguaçu/ Sis Fronteira. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Diagnostico_Local_Foz_do_Iguacu-PR.pdf acesso em: 24 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no MERCOSUL**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf. Acesso em 05 jul.09

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Manual para Organização da Atenção Básica. Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf Acesso em: 01 jul. 2009.

BRASIL – Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002- NOAS 2002 - 2002**. <http://www.esp.rs.gov.br/humanizasaude/img2/NOAS%2001-2002%20Portaria%20N%C2%BA%20373,%20DE%2027%20DE%20FEVEREIRO%20DE%202002.htm>. Acesso em 05 jul.09

BRASIL - **Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - Relatório de Acompanhamento do Projeto** – Fevereiro 2008. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio_SIS_05-07-07.pdf. (acesso em 01/nov.2009)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.188, de 5 de junho de 2006. Dá nova redação à Portaria 1.120, que institui o SIS-Fronteiras. Disponível em www.funasa.gov.br/.../Legis/pdfs/portarias.../Pm_1188_2006.pdf 10 out.2009

BRASIL. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01** e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>. Acesso em 05 jul.09

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos. **SPI Relatório de Avaliação Plano Plurianual 2008-2011: avaliação da dimensão estratégica: exercício 2009 - ano base 2008**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. 4 v.

BRASIL. **Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras – Nota Técnica 03/2006 2-20 p.2**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2011-05.pdf>. Acesso em: 05 jul.09.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais. Programa de **Desenvolvimento da Faixa de Fronteira** – Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

DAIN, Sulamis. Subsídios para a formulação de um sistema de integração dos modelos de prestação de serviços de saúde no MERCOSUL e nas regiões de fronteira: harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde. In: OPAS. **Sistema Integrado de Saúde do Mercosul: SIS-Mercosul: uma agenda para integração**. V. 9. Brasília: Opas, 2004 (Série Técnica – Edição Especial Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

DAL PRA, K. R. et al. O desafio da integração social no MERCOSUL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, sup. 2, p. S164-S173, 2007.

FUNDAÇÃO CULTURAL DE FOZ DO IGUAÇU. **Arquivo Publico** – Disponível em: <http://www2.fozdoiguacu.pr.gov.br/portal2/home/historia.asp>. Acesso em: 11 set.08.

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

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L. União Europeia e MERCOSUL: mercados ampliados, soberanias desafinadas. Entrevista com Sônia Camargo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, sup. 2, p. s303-s314, 2007. (1)

GIOVANELLA, Lúgia et al **Mercados comuns e o acesso aos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 Disponível em: [www.4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsahud/spanishversion/pdf/abrasco20.pps](http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsahud/spanishversion/pdf/abrasco20.pps) Acesso em: 11 jun. 2009. (2)

GIOVANELLA, Lúgia et al Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Sup 2, p. S251-S266, 2007. (3)

GIOVANELLA, Lígia et al. **Pesquisa Saúde nas Fronteiras**: Estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/saudefronteiras/pdf/saude_estudo.pdf. Acesso em 07 abril 2008. (4)

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1.795-1.807, set. 2006.(5)

MAGALHÃES, C. A. T. Formação do estado, cidadania e identidade nacional: comentários sobre a formação do estado moderno e a construção da Europa. **Enfoques – Revista Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 10-117, 2002.

MERCOSUL. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos Serviços de Diálise** (Revogação da Res. GMC Nº 28/00). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.mercosul.gov.br Acesso em: 06 jun. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. A diversidade ética e política na garantia do direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Sup 2, p. S227-S236, 2007.

PAHO - Pan Americas Health Organization – **Health In Americas**, Washington DC, 2007

QUEIROZ, L. G. **Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde: União Européia e MERCOSUL** - Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2007.

Resolução 22/06 - COMUS-Foz de 15 jul. 2006 - Foz do Iguaçu/PR

Resolução 32/06 – COMUS-Foz de 25 ago.2006 – Foz do Iguaçu/PR

SIQUEIRA, A. H.de O - **MERCOSUL: Projeto de Constituição, Supranacionalidade e Singularidades da Formação do Estado brasileiro** – 138p. Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

UFPR – Universidade Federal do Paraná - **Diagnóstico local da situação de Foz do Iguaçu**, 2007. INCOMPLETO

UNIÃO EUROPEIA. Disponível em <http://www.dwworld.de/dw/article/0,,2396646,00.html> de 20/03/2007. Acesso em 06 jun.2009.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, set-out 2007.

VILLA, T. C. S. et al. Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 101-105, maio 2001.

WOLTERS, C **União Europeia nasceu do sonho dos pioneiros da Pan-Europa.** disponível em http://www.dw-world.de/popups/popup_printcontent/0,,2396646,00.html. Aceso em 07 abr.2009

ANEXOS

RESOLUÇÃO Nº 022/06

Atenção de saúde aos Brasiguaios na Rede do SUS do Município de Foz do Iguaçu.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU no uso das atribuições e prerrogativas legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu **Regimento Interno**, aprovado pelo Decreto Municipal nº **16.586 de 27/06/05**,

CONSIDERANDO:

1 - Que a Secretaria municipal de Saúde, no decorrer do mês de junho de 2006 passou a restringir o atendimento aos não residentes no Município de Foz do Iguaçu, inclusive aos cidadãos brasileiros residentes no Paraguai, denominados brasiguaios, exclusivamente nos níveis de urgência e emergência.

2 - Que conforme explanação efetuada pessoalmente pelo Secretario Municipal de Saúde na Reunião Ordinária nº 348 deste Conselho, realizada em 29/06/06, o motivo da referida restrição deve-se ao fato de que a Rede Assistencial do SUS do Município, já encontra-se no limite de sua capacidade financeira e estrutural em razão do atendimento da demanda adicional de usuários advindas de outras localidades, cujo fluxo vem comprometendo a qualidade, a oferta e a resolutividade da assistência de saúde prestada a população munícipe.

3- Que o Município de Foz do Iguaçu não recebe qualquer tipo de recurso financeiro adicional para atender a população de brasiguaios, não obstante todas as reiteradas solicitações efetuadas nesse sentido pelo Gestor da Saúde Municipal junto as esferas Estadual e Federal.

RESOLVE:

Deliberar pela maioria dos conselheiros presentes na **Reunião Ordinária do Conselho Municipal nº 349** realizada em 13/07/2006, os seguintes referendos:

1 – Que o Estado Brasileiro, dentro das suas 3 (três) esferas de Governo (Municipal Estadual e Federal), garanta o direito de acesso universal e igualitário à Saúde a todo cidadão brasileiro, nos termos definidos nos artigos 196 e 197 da Constituição Federal.

2 - Que a iniciativa do **Gestor Municipal de Saúde** em restringir o atendimento aos brasiguaios, exclusivamente nas situações de urgência e emergência, justifica-se e é cabível temporariamente.

3- Que o **Conselho Municipal de Saúde** apóia e prestará incondicional colaboração com todas as ações e iniciativas do Poder Municipal visando a obtenção de recursos financeiros adicionais para elevação do teto financeiro do **SUS** de Foz do Iguaçu, que encontra-se significativamente defasado com relação a outros Municípios de mesmo porte no Estado.

4- Que com a finalidade de debater com todos os seguimentos envolvidos direta e indiretamente com os aspectos que envolvem o atendimento Assistencial aos brasiguaios, suas consequências e impactos, o **Conselho Municipal** realize com a maior brevidade possível uma **Audiência Pública** abordando esse relevante tema e as possíveis linhas a serem adotadas nos diversos níveis para solucionar o impasse.

Art. 1º - Esta **Resolução** entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 2º - Revogam-se as disposições em contrário.

Foz do Iguaçu, 15 de julho de 2006.

Tangará Jorge Mutran
1º Secretário

Ricardo Soley Foster
Conselheiro Presidente

RESOLUÇÃO Nº 32/06

“Proposta do COMUS/FOZ com relação ao atendimento aos Brasiguaios pelo SUS”.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, aprovado pelo Decreto Municipal nº 16.586 de 27/06/05,

CONSIDERANDO:

1- Que conforme deliberado pela Resolução n.º 022/06 de 15/06/2006, o Conselho Municipal de Saúde de Foz do **Iguaçu** fará realizar **Audiência Pública** no dia **28/08/2006** na **Câmara Municipal de Vereadores de Foz do Iguaçu** para debater com todos os seguimentos envolvidos direta e indiretamente com os aspectos relacionados com o **Atendimento Assistencial à Saúde dos Brasiguaios**, suas consequências e impactos, visando à formulação de propostas e estratégias alternativas para resolver ou amenizar esse histórico impasse social fronteiriço.

2- A necessidade do **Conselho Municipal de Saúde** apresentar na referida **Audiência Pública** a sua proposta deliberada em **Plenária**.

RESOLVE:

Aprovar na **Reunião Ordinária** de nº **353** do dia **24/08/06**, seguinte Proposta para ser apresentada na **Audiência Pública** em apreço e posterior encaminhamento a instâncias correspondentes.

“Cartão SUS Fronteiriço”

a) Implantação do Cartão “**SUS Fronteiriço**” (ou outra denominação que venha a ser definida) e que garantirá ao portador, cidadão brasileiro residente no Paraguai e Argentina, o atendimento médico-hospitalar pelo **SUS**.

b) A expedição do **Cartão** será normatizada a principio pelo **Ministério da Saúde**, com a participação do Consulado Brasileiro em Ciudad Del Este e em Puerto Iguazu.

c) Sob cada **Cartão**, o Município perceberá os mesmos valores repassados “**per capita**” para os residentes em **Foz do Iguaçu**, no o atendimento básico da saúde (R\$ 13,00 por ano) e média complexidade (4,74 por mês)

d) Os procedimentos de alta complexidade prestados no âmbito do Município serão ressarcidos ao **Gestor do SUS** local, com base nas tabelas vigentes do **SUS**.

e) Que tanto o **Ministério da Saúde** quanto a **Secretaria Estadual da Saúde**, aporquem recursos financeiros ao **Município** para ampliação da capacidade

assistencial ambulatorial e hospitalar da **Rede do SUS** local, para atender a absorção da demanda adicional de usuários não residentes, dentro dos parâmetros recomendados pela Portaria Ministerial 1.101/02.

Art. 1º - Esta **Resolução** entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 2º - **Revogam-se** as disposições em contrário.

Foz do Iguaçu, 25 de agosto de 2006.

Luciana Winter
1ª Secretária

Ricardo Soley Foster
Conselheiro Presidente



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.188, DE 5 DE JUNHO DE 2006.

Dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso I, da Constituição Federal, e

Considerando a necessidade de consolidar e expandir a atuação do Ministério da Saúde no âmbito da região de fronteira;

Considerando a necessidade de avaliar as ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras;

Considerando a necessidade de mobilizar os gestores da região de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede;

Considerando a necessidade de promover a convergência das políticas de saúde tendo como foco espaços específicos no território de fronteira; e

Considerando a reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 25 de maio de 2006, resolve:

Art. 1º Dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005, publicada no dia 6 de julho de 2005, no Diário Oficial da União nº 129, Seção 1, página 47, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras SIS FRONTEIRAS com os objetivos de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde.

Art. 2º Estabelecer que a execução dos SIS FRONTEIRAS compreende as seguintes fases, a ser realizada em cada município:

I - Fase I - Realização do Diagnóstico Local de Saúde, quali-quantitativo; e elaboração do Plano Operacional;

II - Fase II - Qualificação da gestão, serviços e ações, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e

III - Fase III - Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços.

Parágrafo único. Na execução de cada Fase deverão ser observadas as especificidades loco-regionais.

Art 3º Aprovar a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS, de caráter consultivo.

Art 4º Aprovar a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Câmara Técnica de Assessoramento ao Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento.

Art 5º Cabe à Secretaria Executiva (SE), do Ministério da Saúde, adotar as providências necessárias à plena estruturação do SIS FRONTEIRAS".(NR)

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Este texto não substitui o publicado no DOU 06/06/006 Seção I.