UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PRISCILLA HIGASHI

**Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência
e emergência em hospitais na tríplice fronteira - dificuldades e estratégias
de superação**

Ribeirão Preto
2019

PRISCILLA HIGASHI

**Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência
e emergência em hospitais na tríplice fronteira - dificuldades e estratégias
de superação**

Versão Original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas
de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

FICHA CATALOGRÁFICA

Higashi, Priscilla

Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira - dificuldades e estratégias de superação. Ribeirão Preto, 2019.

210 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Mishima, Silvana Martins.

1. Direito à saúde. 2. Financiamento da assistência à saúde. 3. Saúde na fronteira.

HIGASHI, Priscilla

Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira - dificuldades e estratégias de superação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Aos moradores de região de fronteira, para que os dilemas do direito à saúde sejam vencidos e a cidadania plena seja conquistada por todos os indivíduos.

Para todos que buscam a concretização do direito à saúde como direito fundamental à vida.

AGRADECIMENTOS

Aos “Paulos” da minha vida. Ao companheiro, por me apoiar e estar ao meu lado. Ao meu filho, por mudar o sentido de tudo e ter me ensinado amar de forma incondicional. A convivência que transforma e ensina a cada dia. Agradeço o acolhimento, a troca e a compreensão das minhas ansiedades, fraquezas e ausências.

Aos meus pais, pelos ensinamentos da vida. Agradeço as concordâncias e discordâncias que me fizeram crescer, refletir, buscar e continuar buscando autonomia em todas as dimensões da vida.

À minha irmã Leticia, por ajudar com incentivos, apoio e dedicação. Me fez querer ser exemplo, desde o seu nascimento.

À Silvana, muito além da orientadora desse trabalho. Não encontro palavras para expressar meus agradecimentos. A convivência ao seu lado me fizeram aprender mais sobre a vida, sobre ser mãe, sobre ser filha e sobre ser professora/orientadora. Agradeço seu jeito acolhedor, respeitoso, humilde, carinhoso e principalmente como me incentivou a ultrapassar meus limites pessoais e profissionais. Um dia me disse: “O doutorado é para agregar e transformar a vida”. Posso dizer que sim!

Aos meus primos queridos Luiz, Jana e seus filhos: Luiz, Otávio e Mariana. Sem ajuda de vocês, nossa trajetória em Foz do Iguaçu teria sido muito diferente. O acolhimento, a recepção e o carinho que nos trata... Obrigada!

Às amigas do trabalho e da vida: Silviane, Mauricia, Manu e Isabel. Dividimos ideias, risadas, diferenças, companheirismos e viagens. Sou grata pela amizade, incentivo e apoio.

Aos profissionais e gestores da saúde de Foz do Iguaçu, em especial àqueles que atendem a população flutuante com comprometimento à vida.

À UNIOESTE por proporcionar doutorado interinstitucional (DINTER) e, dessa forma, oferecer oportunidade de qualificação para os profissionais da região.

À Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, ao Hospital Municipal Padre Germano e ao Hospital Ministro Costa Cavalcante, que autorizaram e colaboraram para a realização desta pesquisa.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Incrível o ambiente, professores e colaboradores. Em especial à Casa de Hóspede. Foram várias temporadas longe de casa com o cuidado que recebi confortando a saudade.

Aos meus queridos alunos de Enfermagem. É uma troca de saberes e vivências que divido com cada um de vocês. Aos que hoje já são formados e me fazem ter muito orgulho da profissão que escolhi.

Ao Centro Universitário UniAmérica. Ao apoio para concretização desse projeto, ao crescimento e às oportunidades de aprendizado.

À ITAIPU Binacional e a Fundação Parque Tecnológico de Itaipu (FPTI), pelo apoio financeiro e confiança ao projeto DINTER, sem os quais não seria possível a realização.

DEUS, pela vida, por iluminar os caminhos e por realizações diárias!

Muito obrigada!

EXTRANJERO

“En un periódico del barrio del Raval, en Barcelona, una mano anónima escribió: tu dios es judío, tu música es negra, tu coche es japonés, tu pizza es italiana, tu gas es argelino, tu café es brasileño, tu democracia es griega, tus números son árabes, tus letras son latinas. Yo soy tu vecino, ¿y tú me llamas extranjero?”

Eduardo Galeano

RESUMO

HIGASHI, Priscilla. **Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira - dificuldades e estratégias de superação.** 2019. 210 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudo teve como objetivo analisar o financiamento no atendimento à população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais da tríplice fronteira – Brasil-Paraguai-Argentina, em relação às dificuldades e às possibilidades segundo os gestores locais. Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa sustentado pelos constructos do direito à saúde enquanto premissa do direito à vida e pelas políticas de financiamento do SUS. O presente estudo foi desenvolvido em duas fases. A primeira, constituída de elementos quantitativos, por meio de dados secundários originários do DATASUS relativos à morbidade hospitalar e repasses financeiros do atendimento nos hospitais selecionados. Ainda nessa fase, foram analisados dados a partir das fichas Autorizações de Internação Hospitalar, coletadas diretamente dos registros hospitalares, utilizando-se para análise a estatística descritiva. Na segunda fase, relativa à análise qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 informantes-chave brasileiros – gestores municipais e das instituições de saúde do município de Foz do Iguaçu, que se voltam para o atendimento de urgência e emergência, selecionados pela técnica de *snowball*. A seleção intencional dos entrevistados foi considerada suficiente quando da reiteração dos dados. Utilizou-se a análise de conteúdo na vertente temática, com a identificação de três temas que emergiram do material empírico: Caracterização dos sujeitos, cenário e população flutuante; Universalidade da atenção – dilemas do direito à saúde; Mecanismos e estratégias para enfrentamento do atendimento da população flutuante em Foz do Iguaçu. Buscou-se o diálogo integrando os resultados das duas fases de forma a ampliar a compreensão do objeto da pesquisa. O cenário mostrou-se complexo uma vez que é influenciado pela região da tríplice fronteira, marcada por múltiplas dimensões histórico-culturais, econômicas, sociais e do turismo. A diferença entre os sistemas de saúde entre os três países foi apontada como principal motivo da procura por atendimento à saúde nos serviços do Brasil e os dados existentes nos atuais sistemas de informação indicam que o brasileiro não residente da 9ª Regional de Saúde parece ser o maior grupo da população flutuante atendida nos hospitais investigados. Segundo os entrevistados, no município configuram-se vários olhares sobre o direito à saúde, gerando contradições e dilemas éticos e políticos, justificados principalmente pela insuficiência de recursos, aparentemente ligada ao subfinanciamento do SUS. As estratégias para enfrentamento identificadas no estudo foram: formulação de políticas públicas que considerem a saúde internacional de fronteira, configuração de um sistema de informação para mapeamento dos atendimentos da população flutuante, organização de fluxos e protocolos para atendimento dessa população e processos de educação para a defesa dos direitos sociais. Embora ciente das limitações do estudo, espera-se oferecer elementos conceituais e operacionais para o financiamento na região da tríplice fronteira e proporcionar pistas para outros espaços no país onde problemática apontada se faz presente e, dessa forma, abrir caminhos para o direito à saúde universal a toda população residente dessa região.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde. Financiamento da assistência à saúde. Saúde na fronteira.

ABSTRACT

HIGASHI, Priscilla. **Floating population health funding in the urgency and emergency network in hospitals of the triple border - difficulties and coping strategies.** 2019. 210 f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.2019.

This study aims to analyse funding for health care services for floating population in the urgency and emergency network in hospitals of the triple border – Brazil-Paraguay-Argentina - related to difficulties and possibilities of local health managers. It consists in a qualitative approach sustained by the constructs of right to health as a premise of the value of life and SUS funding policies. The present study was developed in two phases. The first, constituted by quantitative elements, was developed using secondary data from DATASUS related to hospital morbidity, and financial transfer for health care services in selected hospitals. Still in this phase, data were analysed from the records of Authorizations for Hospital Admission, collected directly from hospital records, using for their analysis descriptive statistics. In the second phase, related to qualitative analysis, semi-structured interviews were performed with 15 Brazilian key informants – municipal managers and health institution managers in Foz do Iguaçu municipality that deal with urgency and emergency care, selected by the snowball technique. The intentional selection of the interviewees was considered enough when reiterating data. Content analysis technique in thematic strand was used, with the identification of three themes that emerged from the empiric material. Characterization of subjects, context and floating population; Universality of health care – dilemmas of right to health; Mechanisms and strategies for coping with floating population health care in Foz do Iguaçu. The results of the two phases were integrated in order to broaden the understanding of the research subject. It was shown that the context is complex since it is influenced by the triple border region characteristics, marked by multiple historical, cultural, economic, social, and touristic dimensions. The differences amid the health care systems in the three countries was pointed as the main reason of demand for health care services in Brazil, and existent data in the current information systems indicates that Brazilians that do not live in the 9th Health Regional Area seem to be the greater group in the floating population served in the hospitals investigated. According to the interviewees, several points of view are set in the municipality concerning right to health, which generate contradictions and ethical and political dilemmas, justified mainly by the insufficiency of resources, apparently connected with SUS deficient funding. Coping strategies identified in the study were: formulation of public policies that consider international health in the border, configuration of an information system for mapping floating population health attendance, organization of workflows and protocols for serving this population, and educational processes for social rights defence. Although aware of the limitations of the study, it is expected to offer conceptual and operational elements for health funding in the triple border region and provide clues for other areas in the country where similar problems occur and, thus, facilitate universal right to health to populations in the attended regions.

KEYWORDS: Right to health. Funding for health services. Health in border region.

RESUMEN

HIGASHI, Priscilla. **Financiación de la atención sanitaria a la población flotante de la red de urgencia y emergencia en hospitales de la triple frontera – dificultades y estrategias de superación.** 2019. 210 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la financiación de la atención sanitaria a la población flotante de la red de urgencia y emergencia en hospitales de la triple frontera – Brasil-Paraguay-Argentina, en relación a las dificultades y posibilidades, según los gestores locales. Se trata de un estudio de abordaje cuali-cuantitativo sustentado por los constructos del derecho a la salud como premisa del derecho a la vida y por las políticas de financiación del SUS. El presente estudio se desarrolló en dos fases. La primera, constituida de elementos cuantitativos, por medio de datos secundarios procedentes del DATASUS relativos a la morbilidad hospitalaria y a los trasposos financieros de la atención sanitaria en los hospitales seleccionados. Aún en esta fase, se analizaron datos a partir de las fichas Autorizaciones de Internación Hospitalaria, recogidas directamente de los registros hospitalarios, utilizando la estadística descriptiva como análisis. En la segunda fase, relativa al análisis cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas con 15 informadores clave brasileños - gestores municipales y de las instituciones de salud del municipio de Foz de Iguazú, que dirigen la atención de urgencia y emergencia, seleccionados por la técnica de *snowball*. La selección intencional de los entrevistados se consideró suficiente cuando se obtiene reiteración en los datos. Se utilizó el análisis del contenido para la vertiente temática, con la identificación de tres temas que emergieron del material empírico: Caracterización de los sujetos, escenario y población flotante; Universalidad de la atención sanitaria - dilemas del derecho a la salud; Mecanismos y estrategias para enfrentar la atención sanitaria de la población flotante en Foz de Iguazú. Se buscó el diálogo integrando los resultados de las dos fases para ampliar la comprensión del objeto de la investigación. El escenario se puso complejo ya que es influenciado por la región de la triple frontera, marcada por múltiples dimensiones histórico-culturales, económicas, sociales y del turismo. La diferencia entre los sistemas de salud de los tres países fue señalada como principal motivo para la demanda por la atención a la salud de los servicios de Brasil y los datos existentes en los actuales sistemas de información indican que el brasileño no residente de la 9ª Región de Salud parece ser el mayor grupo de población flotante atendida en los hospitales investigados. Según los entrevistados, en el municipio se configuran varias visiones sobre el derecho a la salud, generando contradicciones y dilemas éticos y políticos, justificados principalmente por la insuficiencia de recursos, aparentemente ligada a la subfinanciación del SUS. Las estrategias de enfrentamiento identificadas en el estudio fueron: formulación de políticas públicas que consideren la salud internacional de frontera, configuración de un sistema de información para mapeamiento de la atención sanitaria de la población flotante, organización de flujos y protocolos para atención sanitaria de esa población y procesos de educación para la defensa de los derechos sociales. A pesar de ser consciente de las limitaciones del estudio, se espera ofrecer elementos conceptuales y operacionales para la financiación en la región de la triple frontera y proporcionar pistas para otros espacios en el país donde la problemática apuntada se hace presente y, de esa forma, abrir caminos para el derecho a la salud universal a toda la población residente de esa región.

PALABRAS-CLAVE: Derecho a la salud. Financiación de la asistencia sanitaria. Salud en la frontera.

LISTA DE MAPA

Mapa 1 – Foz do Iguaçu/PR: 2017.....	35
---	----

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Distribuição das principais causas de internações gerais e de urgência, segundo capítulo do CID 10 em Foz do Iguaçu/PR, durante o período de 2008 a 2018.....	136
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de internações no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, segundo procedência do paciente em Foz do Iguaçu/PR, em 2015.....	37
Tabela 2 - Demonstrativo da evolução de gastos com a saúde em Foz do Iguaçu/PR durante o período de 2012 a 2015.....	37
Tabela 3 - Distribuição da população flutuante que procurou atendimento nos hospitais H1 e H2 de Foz do Iguaçu/PR, segundo a nacionalidade, entre janeiro de 2013 a dezembro de 2017.....	89
Tabela 4 - Distribuição, por hospital, dos atendimentos da população flutuante que geraram AIH segundo a morbidade hospitalar em Foz do Iguaçu, de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.....	91
Tabela 5 - Distribuição das internações em Foz do Iguaçu/PR entre janeiro de 2008 a dezembro de 2018, de acordo com o CID 10.....	93
Tabela 6 - Distribuição dos nascidos vivos, segundo tipo de parto em Foz do Iguaçu/PR, para o período de 2008 a 2016.....	94
Tabela 7 - Distribuição das internações gerais e de urgência, segundo capítulo do CID 10 em Foz do Iguaçu/PR, entre 2008 a 2018.....	133
Tabela 8 - Distribuição do repasse para o Fundo Municipal da Saúde em Foz do Iguaçu/PR, segundo bloco de financiamento e ano durante o período de 2008 a 2017.....	152
Tabela 9 - Distribuição do repasse do Fundo Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu/PR, segundo bloco de financiamento em 2018.....	155
Tabela 10 - Distribuição da porcentagem dos recursos próprios em saúde em Foz do Iguaçu/PR, para o período de 2008 a 2017.....	156

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Acordos internacionais, segundo a área da saúde: Brasil – Argentina.....	41
Quadro 2 - Acordos internacionais, segundo área da saúde: Brasil – Paraguai.....	43
Quadro 3 - Exemplo da matriz utilizada para a análise do material empírico.....	80
Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo características demográficas, formação, formas de acesso ao cargo atual e experiência anterior com gestão em Foz do Iguaçu, 2019.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
AIH	Autorizações da Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
Cartão SUS	Cartão Nacional de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMI	Centro Materno Infantil
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIDIS	Divisão de Disseminação de Informações em Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional

FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNSAÚDE	Fundo Estadual de Saúde do Paraná
IAPI	Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GT Itaipu Saúde	Grupo de Trabalho de Integração das Ações de Saúde
GMC	Grupo do Mercado Comum
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IMEA	Instituto Mercosul de Estudos Avançados
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPS	Instituto de Previsión Social
ISM	Instituto Social do Mercosul
LC	Lei Complementar
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MPF	Ministério Público Federal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
Paba	Plano de Ação de Buenos Aires
PAB fixo	Piso da Atenção Básica fixo
PAB variável	Piso da Atenção Básica variável
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PF	Polícia Federal
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Planos Plurianuais de Gestão
PTI	Parque Tecnológico da Itaipu
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
RMS	Reunião de Ministros da Saúde dos Estados Partes e dos Associados
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIS Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SGT N°11 Saúde	Subgrupo de Trabalho em Saúde N°11
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UHC	Cobertura Universal de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino Americana
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

<i>1 Introdução</i>	25
1.1 A procura de atendimento de Saúde pela população flutuante	27
1.2 A Tríplice Fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina: o cenário de Foz do Iguaçu	34
1.3 A Cooperação em Saúde na Fronteira: Brasil, Paraguai e Argentina	38
1.3.1 Acordos bilaterais Brasil – Argentina e Brasil - Paraguai	40
1.4 Reflexões sobre as perguntas de pesquisas	45
<i>2 Objetivos</i>	49
2.1 Objetivo Geral	50
2.2 Objetivos Específicos	50
<i>3 Direito à Saúde</i>	51
3.1 O financiamento para garantia do Direito à Saúde	52
3.2 História do Direito à Saúde	58
3.3 O Direito à Saúde no SUS	62
3.3.1 Universalidade	62
3.3.1 Equidade	65
3.3.3 Integralidade	68
<i>4 Metodologia</i>	71
4.1 Delineamento do estudo	72
4.2 Cenário do estudo	72
4.3 Coleta de dados	74
4.3.1 Fases relativas à abordagem quantitativa	75
4.3.2 Fase relativa à abordagem qualitativa	76
4.4 Procedimentos Éticos	78
4.5 Análise de Dados	78
<i>5 Caracterização dos sujeitos, cenários e população flutuante</i>	82
5.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa: quem são os informantes-chave	83
5.2 O cenário, o perfil social e de morbidade da população flutuante no município de Foz do Iguaçu	85
<i>6 Universalidade da atenção - dilemas do Direito à Saúde</i>	97
6.1 Características e organização dos sistemas de saúde dos países que compõem a tríplice fronteira	98
6.2. O Direito à Saúde da população flutuante	105

6.2.1 Acesso e acessibilidade da população flutuante aos serviços de saúde	114
6.2.2 Contradições e crítica sobre a universalidade	124
6.2.3 Redes de Atenção à Saúde para a integralidade da assistência	129
6.3 Contendas sobre o financiamento do SUS	139
6.3.1 O subfinanciamento do SUS	139
6.3.2 O impacto do atendimento da população flutuante da rede de urgência e emergência	144
<i>7 Mecanismos e Estratégias para enfrentamento do atendimento da população flutuante em Foz do Iguaçu.....</i>	<i>149</i>
<i>8 Considerações finais.....</i>	<i>173</i>
<i>Referências.....</i>	<i>179</i>
<i>Apêndices.....</i>	<i>202</i>
<i>Anexo.....</i>	<i>207</i>

Apresentação

O interesse pelo presente tema de estudo, o atendimento da população flutuante no Sistema Único de Saúde (SUS) nas situações de urgência e emergência, vem do impacto que esta situação causou à pesquisadora, proponente da pesquisa, na ocasião da mudança de residência do estado de São Paulo para a cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, em 2013.

A vivência da observação de muitos estrangeiros assistidos, em serviços de saúde brasileiros, em casos que não poderia ser negado o atendimento, trouxe a necessidade de ampliar a compreensão teórico-prático-observacional e os dois últimos *in loco*.

A aproximação da pesquisadora com este tema apontou, ainda que pautada na análise empírica desse sujeito, a falta de políticas públicas efetivas voltadas para o financiamento do atendimento de saúde ao estrangeiro, morador da faixa de fronteira, como também da população flutuante desta região, ambos demandantes dessa assistência.

Outra ponderação, levantada a partir de entrevistas informais realizadas com profissionais da saúde, com vínculo empregatício em hospitais de fronteira, pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência, gestores e representantes dos conselhos municipais locais, é acerca da necessidade da garantia legal para os atendimentos nas situações de urgência e emergência. Este levantamento de dados informal levou a pesquisadora a refletir sobre a criticidade da situação instalada.

Identificar e analisar qual a melhor estratégia para o conflito do atendimento do estrangeiro no SUS não é uma missão fácil, dada a complexidade que circunda o assunto. Isto é um desafio tanto para os gestores nas esferas municipais, como na estadual, nacional e até internacional. Incluir neste contexto a população flutuante, considerada aqui como o conjunto de indivíduos presentes no território por um período de curta duração, de uma cidade turística, torna a tarefa mais árdua. Cabe assinalar que com o desenvolvimento e aprofundamento da pesquisa, o conceito de população flutuante incluiu o brasiguai, como personagem relevante no cenário estudado.

Diante desse contexto, emergiram os seguintes questionamentos que direcionaram a pesquisa: Quais as dificuldades de financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro?; Qual a origem do paciente não residente em Foz do Iguaçu e morbidade a partir da admissão na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro?; Para os gestores municipais, quais são as ações e as estratégias que poderiam ser implantadas que colaborariam para adequar os recursos e repasses financeiros do Ministério da Saúde para o atendimento de urgência à população flutuante?

Dessa forma, o corpo do trabalho foi construído em oito capítulos. O primeiro capítulo contextualiza a tríplice fronteira, em especial o município de Foz do Iguaçu, aponta os acordos bilaterais entre Brasil e Argentina; e Brasil e Paraguai, e finaliza com as reflexões sobre o objeto e as perguntas de pesquisa.

O objetivo geral e os específicos são tratados no segundo capítulo e consideram o financiamento no atendimento à população flutuante na rede de urgência e emergência, a caracterização desses atendimentos de saúde no SUS e as possíveis propostas dos gestores locais.

Na sequência, o terceiro capítulo discute o direito à saúde como aporte teórico da investigação. Detalha sobre o financiamento para garantia do direito à saúde com o foco do financiamento no SUS, sinalizando as principais legislações e uma breve contextualização política. O capítulo traz a história do direito à saúde e o direito à saúde no SUS, expondo os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

O quarto capítulo apresenta a metodologia, com o delineamento do estudo, o cenário da pesquisa com informações sobre os hospitais investigados, as fases relativas às abordagens quantitativa e qualitativa, procedimentos éticos e análise dos dados. Referente à abordagem quantitativa, as duas etapas foram explicitadas: da coleta dos dados públicos e dos dados primários voltados às fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Para a fase qualitativa, a técnica para coleta de dados, assim como a escolha da abordagem para a análise do material empírico apoiada nas discussões de Minayo (2014) foram retratadas.

O título do quinto capítulo é “Caracterização dos sujeitos, cenário e população flutuante” e apresenta quem são os informantes-chave, o cenário, o perfil social e de morbidade da população flutuante no município de Foz do Iguaçu.

O sexto capítulo, intitulado “Universalidade da atenção – dilemas do direito à saúde”, emergiu das falas dos entrevistados. Caracteriza os sistemas de saúde que compõem a tríplice fronteira, descreve o direito à saúde da população flutuante, incluindo como ocorre o acesso e acessibilidade da população flutuante aos serviços de saúde no local, as contradições e críticas sobre a universalidade na visão dos entrevistados e sobre as Redes de Atenção à Saúde para a integralidade da assistência da população flutuante. Trata também do subfinanciamento do SUS e sobre o impacto de atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência no município na visão dos informantes-chave.

“Mecanismos e estratégias para enfrentamento do atendimento da população flutuante em Foz do Iguaçu” é o título do sétimo capítulo, que foi um dos temas que emergiu das falas dos entrevistados. Nele, há a descrição sobre possibilidades na visão dos gestores

que poderiam ser refletidas e trabalhadas para organizar e financiar o atendimento da população flutuante nesta região de fronteira.

O oitavo capítulo aborda as considerações finais e traz reflexões sobre o cenário peculiar de Foz do Iguaçu, sugestões dos gestores locais para colaborar com o financiamento ao atendimento da população flutuante nos serviços públicos de saúde.

A pesquisa contribui com o aperfeiçoamento do mapeamento do atendimento à população flutuante, bem como dos elementos que possam direcionar as estratégias locais para aprimorar o financiamento do SUS. Assim, os resultados aqui expostos podem oportunizar a construção de projetos, cooperação e integração para assegurar o direito à saúde universal da população local e oferecer pistas para os demais espaços onde essa problemática se faz presente.

Faço o convite aos interessados no tema e no campo da saúde coletiva a ler e refletir sobre as questões aqui tratadas que envolvem o financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira, pontuando as dificuldades e estratégias de superação na visão dos gestores. O direito universal à saúde é uma condição de cidadania plena, que não deveria ser limitada à fronteira do Estado. Tenham uma boa leitura.

1 Introdução

No espaço territorial das fronteiras internacionais, existe o questionamento a respeito da cidadania e da garantia dos direitos sociais. No Brasil, tais dificuldades foram reconhecidas pelo Ministério da Saúde, com destaque para o programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) em 2005, com a meta de organizar os recursos para saúde destas regiões (BRASIL, 2005a).

Entre as dificuldades para garantir a proteção social e ampliar o direito à saúde na região de fronteira do Brasil com demais países que integram o Mercosul – considerando mais especificamente o Paraguai e a Argentina –, pesquisas apontam para o aspecto financeiro como maior obstáculo (GUIMARÃES, GIOVANELLA, 2005; AUGUSTINI, NOGUEIRA, 2010; NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015).

O Brasil é um país que faz fronteira com dez países, sendo que 588 municípios são localizados na faixa de fronteira. Na perspectiva tradicional, a fronteira está ligada ao conceito de demarcação de território (BRASIL, 2009). Porém, no campo das ciências humanas a fronteira é elucidada como espaço social de trocas. São centros relevantes de reflexão que devem ser compreendidos sobre as dimensões de identidade, diferenças e limites de soberania entre dois Estados. Dentre os municípios que se conformam nessas regiões fronteiriças, existe o enfoque para aquelas que confrontam com outras de outro país, chamadas de cidades-gêmeas (ALBUQUERQUE, 2012).

As cidades gêmeas são caracterizadas por cidades sem limites físicos marcantes, como articulação com outro país por via terrestre, fluvial ou ponte. Essas regiões são evidenciadas por profunda dinâmica entre as inter-relações sociais, culturais e necessidade de bens e serviços. Esse fluxo transfronteira tende a ocorrer dependendo das características de cada cidade (BRASIL, 2005b).

Segundo IBGE (2015), mais da metade da população no Brasil (55,9%) residia, em 2010, em municípios que formavam os arranjos populacionais, ou seja, agrupamentos de dois ou mais municípios com forte integração social. Dentro desses arranjos, 27 são fronteiriços, arranjos formados também por unidades político-administrativas em outros países, somando aproximadamente 2,1 milhões de habitantes e 44,2% deles vivendo em países vizinhos. Ainda segundo o mencionado estudo do IBGE, vários arranjos foram analisados; entre os de população fronteiriça houve destaque para região sul do Brasil. A maior quantidade de indivíduos desses arranjos populacionais de fronteira foi encontrada na cidade de Foz do Iguaçu/Brasil com Ciudad del Este/Paraguai com 674,7 mil habitantes, sendo que destes 59% são estrangeiros (IBGE, 2014).

O estudo do IBGE (2015) aponta que o fluxo de pessoas que entram, saem ou passam pelo município de Foz do Iguaçu para trabalhar, estudar, procurar por bens e serviços, incluindo a saúde, configura a chamada “população flutuante”.

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a definição de população flutuante¹: “É o conjunto de indivíduos presentes no Território na data de referência, por um período de curta duração, por motivos recreativos, de turismo, visita a familiares ou de negócios” (BIREME, 2016)².

A cidade de Foz do Iguaçu está localizada na divisa do Brasil com o Paraguai e a Argentina. A cidade é um dos mais importantes destinos turísticos brasileiros. Apresentava, segundo dados do IBGE estimativa para 2018 quase 264 mil habitantes (BRASIL, 2016). A composição étnica é muito variada e abriga cerca de 70 nacionalidades das 192 nacionalidades existentes no mundo. Considerada a terceira cidade mais visitada no Brasil no segmento do lazer, com fluxo de visitantes no Parque Nacional do Iguaçu de 1.518.876 pessoas em 2013 e também com presença diária de paraguaios e argentinos transitando pelo município (FOZ DO IGUAÇU, 2015a).

A relação do município de Foz do Iguaçu no Brasil com Ciudad del Este no Paraguai e Puerto Iguazu na Argentina caracteriza a tríplice fronteira nacional; espaço onde ocorre fluxo populacional pelas oportunidades econômico-financeiras que o Estado mais desenvolvido oferece em relação ao outro. Além das econômico-financeiras, como é o caso das oportunidades de trabalho, também ocorre o consumo de serviços tais como, educação, saneamento e, principalmente, com destaque para os de saúde (CONTE, 2013a) – interesse da presente pesquisa.

1.1 A procura de atendimento de Saúde pela população flutuante

A razão para a procura por atendimentos de saúde no Brasil pela população residente nos países do Paraguai e Argentina é a gratuidade do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, seu caráter universal. Isso se deve ao fato de que estes países, embora tenham passado por transformações em seus sistemas de saúde, não apresentam em suas diretrizes a questão da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, como é o caso brasileiro. Ademais, outros

¹ Descritor disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso: 21 mar 2019.

² BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em 30 set. 2016.

elementos são apontados, como: proximidade fronteiriça, qualidade dos serviços de saúde, existência de amigos ou parentes no lado brasileiro, precariedade dos serviços de saúde nos países de origem, facilidade de entrada no sistema e a possibilidade de encaminhamento para outros serviços sociais utilizando como porta de entrada o sistema de saúde (CONTE, 2013a).

Especificamente com relação ao Paraguai, a procura ocorre em virtude das diferenças do sistema de saúde em relação ao sistema brasileiro, pois na organização do sistema de assistência de saúde paraguaio, o setor público atende apenas as pessoas com registro em carteira de trabalho. Dessa forma, 58% da população é coberta pelo setor público, mas 27% não possui nenhuma cobertura. Nesse cenário, ressaltam-se também as questões de atendimento caracterizadas como de alto custo, acessibilidade e resolutividade dos serviços (CAZOLA et al., 2011).

No Brasil, não há um marco regulatório único para abordar o direito do estrangeiro ao sistema de saúde brasileiro. Entretanto, considerando as transformações desencadeadas mais recentemente através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em seu artigo que menciona a universalidade do sistema (BRASIL, 2017a)³ e da Lei nº 13.445, que instituiu a Lei de Migração⁴, concede-se proteção aos migrantes no território nacional em condição de igualdade aos nacionais, incluindo o acesso aos serviços de saúde. A referida lei determina ainda que nos casos dos imigrantes e de residentes fronteiriços⁵ é necessário visto temporário para tratamento de saúde (BRASIL, 2017b). Para Branco e Torronteguy (2014), os deslocamentos por procura de serviços eram vistos como ilegais e ilegítimos pelos agentes dos governos, uma vez que os estrangeiros ou mesmo brasileiros que moram em outros países não contribuem com tributos que serão aplicados nas áreas sociais.

A exceção, no entanto, limita-se ao caso dos “brasiguaios”, isto é, do emigrante brasileiro ou do descendente que vive no Paraguai. Nos autos nº. 2006.70.02.007108-9/PR da Ação Civil Pública da 1ª Vara Federal Civil de Foz do Iguaçu, postulou-se que os três entes

³ Portaria n. 2.436 de 21 de Setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso: 21 mar 2019.

⁴ Lei n. 13.445 de 24 de maio de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso: 25 mar 2019

⁵ Terminologia adotada na Lei de Migração - imigrante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil; emigrante: brasileiro que se estabelece temporária ou definitivamente no exterior; residente fronteiriço: pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserva a sua residência habitual em município fronteiriço de país vizinho; visitante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que vem ao Brasil para estadas de curta duração, sem pretensão de se estabelecer temporária ou definitivamente no território nacional. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso: 25 mar 2019

políticos (União, Estado do Paraná e Município de Foz do Iguaçu) têm a obrigatoriedade de fornecer gratuitamente atendimento pelo SUS aos “brasiguaios”, bem como a qualquer estrangeiro em Foz do Iguaçu, ainda que não residente, mesmo quando não em casos de emergência e urgência (BRASIL, 2006a). No entanto, em 2008 houve a Resolução de Mérito que definiu o atendimento aos brasiguaios e estrangeiros nos casos de urgência e emergência (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013).

O atendimento à população estrangeira já passou por várias exigências e restrições. Uma delas foi a implantação do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), fato que limita ao estrangeiro o acesso aos serviços públicos de saúde do Brasil. Tal estratégia causou táticas ilegais para a fraude de documentos a partir da omissão da nacionalidade, preenchimento de endereços falsos, com fornecimento de endereços de familiares ou de amigos que residem no Brasil. Outro mecanismo identificado foi o fato de que os políticos dessas regiões fronteiriças se elegeram com o auxílio do fornecimento do cartão SUS (ALBUQUERQUE, 2012).

O Departamento de Imigração da Polícia Federal (PF) e auditores da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu investigam 800 mil cartões SUS emitidos no município. A estimativa da Secretaria Municipal da Saúde é que o gasto por mês seja de R\$ 3,5 milhões com o atendimento de estrangeiros que não têm direito ao benefício⁶.

Em consequência, em Foz do Iguaçu, a emissão do cartão SUS possui regras mais rígidas, desde 2015. Foi publicada no Diário Oficial do município a Instrução Normativa 003/2015 com informações sobre quem tem direito ao atendimento gratuito e quais os documentos necessários para solicitar o Cartão SUS. Para o cadastro, o usuário precisa ir a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com originais e cópias da Carteira de Identidade, Cadastro de Pessoa Física (CPF) e comprovante de endereço. Os brasileiros que vivem na Argentina ou no Paraguai e os estrangeiros que residem no município têm direito de solicitar o Cartão SUS, assim como os estudantes da Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA), que podem utilizar o serviço do SUS enquanto estiverem estudando e residindo em Foz do Iguaçu (FOZ DO IGUAÇU, 2015b).

O atendimento na urgência e emergência ao paciente estrangeiro tem sido consenso. Esse fato motivou as gestantes da região fronteiriça de Foz do Iguaçu a utilizarem de artifícios para terem filhos em hospitais brasileiros e registrarem a criança como brasileira. Desse modo, a criança terá direito à assistência médica e a benefícios sociais, facilitando por

⁶ Policiais e autores fiscais estão visitando endereços com intuito de confirmar documentação das pessoas residentes no local. O pedido de fiscalização foi feito pelo poder executivo. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2015/08/estrangeiros-que-tem-cartao-sus-em-foz-do-iguacu-saofiscalizados.html>>. Acesso em: 01 maio 2017.

consequente a regulação dos próprios pais, com consequente permissão para assistência social no Brasil. As gestantes estrangeiras dessa região sabem que a entrada no hospital brasileiro em trabalho de parto é caracterizada como emergência, o que garante que essas mulheres sejam atendidas. Tal fato gera conflitos no atendimento e na avaliação imprecisa das situações de risco, posto que nem sempre as informações do pré-natal e histórico de saúde da gestante estão à disposição do profissional de saúde (ALBUQUERQUE, 2012).

A preocupação dos gestores dos municípios fronteiriços circunda a capacidade financeira de não atender a demanda, pois os recursos públicos são destinados com base no número de habitantes no município, o que exclui da contagem o estrangeiro fronteiriço, assim como o brasileiro que mora do outro lado da fronteira. Como apontado, o atendimento dos estrangeiros no SUS nos casos de urgência e emergência foi regulamentado por meio do artigo 95 da Lei nº 6.815, de (data), de maneira que o atendimento aos não residentes cria um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde, onera o orçamento de saúde desses municípios e sobrecarrega os serviços de saúde, afetando a qualidade da atenção (CAZOLA et al., 2011).

Cabe destacar que, em 2017, foi publicada a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS e que aponta em seu artigo 2º nos parágrafos 1º, 2º e 3º que:

Art. 2º A Atenção Básica [...]

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras [grifo nosso]. (BRASIL, 2017a).

A revisão da PNAB (BRASIL, 2017a) traz para o cenário das políticas de saúde uma contradição ao componente até então tido como consensual – o atendimento ao estrangeiro nas situações de urgências e emergências – e que se coloca como desafiador nas políticas públicas de saúde: o atendimento independente da nacionalidade, como um componente da universalidade e da equidade do sistema. Nesse contexto, o termo “nacionalidade” utilizado

na referida portaria (BRASIL, 2017a) ganha peso maior ao se pensar na população flutuante das cidades fronteiriças, como Foz do Iguaçu.

Paralelamente, a Lei de Migração traz elementos jurídicos que ensejam a discussão sobre a garantia dos direitos dos migrantes à saúde no território nacional em condição de igualdade com os brasileiros, exigindo, para tanto, o visto temporário para o tratamento de saúde e, para o residente fronteiriço, a autorização municipal para a realização de atos da vida civil (BRASIL, 2017b).

Embora a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), não trate das questões de atendimento à população flutuante em territórios específicos, o documento apresenta elementos que indicam o aprofundamento do processo de descentralização e que considera como diretrizes, por exemplo a “regionalização e hierarquização” e a “territorialização e adscrição”.

[...] de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017a).

O SUS iniciou o processo de descentralização político-administrativa com direção única, com ênfase na descentralização dos serviços. Dessa forma, os municípios podem organizar de forma regionalizada e hierarquizada a rede de serviços de saúde, aspecto enfatizado na PNAB (BRASIL, 2017a). Nos municípios de fronteira, há uma série de demandas não supridas em relação às necessidades devido a esse tipo de organização hierárquica, intensificada pela presença dos estrangeiros e reduzida cooperação do outro lado da fronteira (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

O Ministério da Saúde (MS), ao reconhecer essas necessidades e com a intenção de promover integração de ações e de serviços de saúde nos municípios fronteiriços brasileiros, criou, no ano de 2005, o programa SIS fronteiras. Esse programa teria a finalidade de melhorar o acesso à saúde de brasileiros e estrangeiros, pois considera as relações existentes entre as populações e tem como objetivo fortalecer e organizar diretrizes específicas para esse

público (BRASIL, 2005a). Outro dispositivo foi o Pacto pela Saúde que possibilitou a inclusão de financiamento diferenciado para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários nos municípios de fronteiras (BRASIL, 2006b).

O SIS fronteira previu três fases: Diagnóstico e Plano Operacional, Implantação de Serviços para Áreas de Fronteiras e Qualificação de Gestão em Áreas Estratégicas. O Ministério da Saúde, ao promulgar a Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014, estabeleceu as condições sobre o repasse de incentivo financeiro e até 31 de julho de 2014 o prazo para a conclusão da implementação das ações previstas no programa (BRASIL, 2014a).

Nos estudos de Azevedo e Souza (2012) e de Nogueira e Fagundes (2015) sobre a avaliação da implantação SIS Fronteiras, evidenciou-se relativo consenso sobre os resultados até então obtidos. Foi verificada, por meio das análises realizadas, a necessidade de expansão do programa, pois os recursos provenientes não resolviam a demanda de atendimento ao público estrangeiro, o que possibilitava omissão ou fraudes de informação. Ademais, caracterizou-se também a carência de qualificação dos gestores municipais de saúde, uma vez que esses aspectos não foram devidamente aprimorados pelas autoridades ministeriais.

Em Foz do Iguaçu, por meio da Portaria nº 160, de 22 de janeiro de 2007, o Ministério da Saúde homologou a Fase I⁷ do SIS Fronteira, com recurso de R\$ 436.207,20 (quatrocentos e trinta e seis mil, duzentos e sete reais e vinte centavos) e autorizou o repasse dos recursos correspondentes à Fase II⁸ de R\$ 508.908,40 (quinhentos e oito mil, novecentos e oito reais e quarenta centavos) (BRASIL, 2007a).

Cabe destacar que por meio do programa foram realizadas diversas atividades, como a instalação, em 2006, de um serviço de saúde destinado ao atendimento de gestantes brasileiras que moram no exterior, na região de fronteira entre Argentina/Brasil/Paraguai, chamado Centro Materno Infantil (CMI). Entretanto, esse serviço não previa e ainda não prevê o atendimento dos estrangeiros moradores dessa região (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Na tríplice fronteira, pode-se ainda considerar a iniciativa de lideranças não integrantes do sistema local de saúde, oriundas da Empresa Pública Itaipu Binacional para empreender discussões sobre essa problemática. Em 2003, o Grupo de Trabalho de Integração

⁷ A Fase I corresponde à realização do diagnóstico local de saúde, qualitativo e quantitativo, e à elaboração do Plano Operacional prevendo as estratégias e ações para atendimento da clientela, incluindo sua programação físico-financeira e a execução do Programa de Qualificação da Gestão, por uma Comissão Local de Saúde (BRASIL, 2005b).

⁸ A Fase II corresponde à qualificação da gestão, de serviços e de ações, e à implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços (BRASIL, 2005b).

das Ações de Saúde instituiu o GT Itaipu Saúde. O objetivo do GT Itaipu Saúde foi melhorar a qualidade das ações de saúde na fronteira, com apoio da empresa, por meio do planejamento e da execução das atividades conjuntas prioritárias das políticas nacionais de saúde, com foco de articulação entre os gestores. No entanto, nesse grupo não se verificou uma continuidade e harmonização das ações de forma consistente e sistemática (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

A busca dos estrangeiros por serviços de saúde nessa região não é novidade. O estudo produzido por Conte (2013a) aponta informações sobre a sua existência, oriundos principalmente de Ciudad del Este e Puerto Iguazu nos dados dos hospitais. Sabe-se, como já destacado, que a forma de atendimento hospitalar via SUS para os estrangeiros legalmente ocorre por meio das urgências e emergências (BRASIL, 2009) e, provavelmente, considerando a PNAB (2017), por meio da regulação dos serviços de Atenção Básica para o nível hierarquicamente mais complexo. Contudo, não é uma possibilidade que se coloca com a devida clareza e consenso de entendimento (BRASIL, 2017a), uma vez que a Lei de Migração indica a necessidade de documentos de autorização limitada ao espaço territorial concedida ao residente fronteiriço (BRASIL, 2017b). Com relação ao turista brasileiro, a inexistência de políticas para essa população pressupõe que esses sejam atendidos sem distinção, seguindo princípios fundamentais do SUS como a universalidade, integralidade e descentralização (CARNEIRO; DE OLIVEIRA, 2014).

No campo do financiamento, os esforços para adequação dos repasses financeiros com a descentralização, Pacto pela Saúde e SIS Fronteira são apontados como insuficientes, tendo em vista que a busca por serviços de saúde brasileiros, seja por qualidade ou gratuidade, faz aumentar os gastos no campo da saúde, especialmente nos níveis de média e alta complexidade (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

Mochizuke (2015, p. 13) afirmou que “devem ser quebradas barreiras burocráticas que restringem os atendimentos em saúde dos estrangeiros e desenvolvidos novos dispositivos legais que assegurem o financiamento destes”. Em seu estudo, verificou que municípios de Porto Murtinho (Brasil) e Carmelo Peralta (Paraguai) firmaram um acordo de atendimento em saúde, por meio de seus prefeitos, que garante o atendimento de cidadãos paraguaios, custeados pelo município brasileiro. Ressalta que os Planos Plurianuais de Gestão (PPA) são importantes instrumentos para obtenção de recursos federais. Para o autor, essa experiência é uma inovação, pois além do amparo legal possibilita contribuições econômicas de órgãos governamentais ou não governamentais.

O cenário descrito mostra as dificuldades de planejamento e provisão de políticas específicas nas cidades de fronteira, em virtude da população flutuante que faz uso do sistema público de saúde e que, por sua vez, não é contabilizada para os repasses de recursos do SUS. O grande número de usuários não residentes que procura atendimento na cidade de Foz do Iguaçu parece resultar em grave problema para o gestor local. O fluxo de pacientes excedentes (estrangeiros, brasileiros residentes nos países vizinhos e turistas nacionais) não contabilizados nos repasses do Ministério da Saúde torna os recursos insuficientes, onerando o município de Foz do Iguaçu, que acaba por assumir essa conta (CARNEIRO; DE OLIVEIRA, 2014).

1.2 A Tríplice Fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina: o cenário de Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu está localizada na divisa do Brasil com o Paraguai e a Argentina (Mapa 1) e é uma região diferenciada das demais tríplices fronteiras brasileiras, pelo alto índice de turismo (com mais de um milhão de turistas anualmente) decorrentes de atrativos turísticos como a Usina Hidrelétrica de Itaipu e o Parque Nacional do Iguaçu e da comercialização de produtos nas zonas francas de Cidade do Leste/Paraguai e Puerto Iguazu/Argentina (CARDIN, 2010).

Por essa razão, Foz do Iguaçu já foi cenário de vários estudos, incluindo aqueles relacionados à saúde (CAZOLA, 2011; AZEVEDO; SOUZA, 2012; ALBUQUERQUE, 2012; CONTE, 2013a; SILVA-SOBRINHO, 2013; ALBUQUERQUE, 2015; MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015; MORAES et al, 2017; AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Mapa 1 – Foz do Iguaçu/PR: 2017.

Fonte: GOOGLE MAPS (2017)

O setor de prestação dos serviços de saúde de Foz do Iguaçu compreende a 9ª Regional de Saúde, que engloba os municípios de: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. O município de Foz do Iguaçu, como polo de importância na área da saúde, é referência para outros municípios da 9ª Região e de outros países, em especial para residentes do Paraguai e da Argentina (CONTE, 2013a).

A expansão migratória para Foz do Iguaçu ocorreu com a construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu, em 1974, que causou forte impacto positivo no município. No ápice da sua construção, atingiu cerca de 40.000 trabalhadores. Foz do Iguaçu, em 1970, possuía 33.966 habitantes e passou a ter 136.321 em 1980. Essa atração de contingente populacional modificou fortemente as atividades urbanas, que até então eram caracterizadas por uma economia apoiada nas atividades agropecuárias. Houve expansão do comércio, turismo e serviços, contribuídos pelas transações entre Brasil e Paraguai (FOZ DO IGUAÇU, 2015a).

Segundo Albuquerque, (2012) nessa tríplice fronteira, a população vive entre países com padrões de desenvolvimento social, econômico e sanitário desiguais. Em meio às medidas governamentais de cada município, a população cria táticas para a garantia de direitos para si e suas famílias, além de estratégias de inclusão social. Como a busca de direitos sociais por estrangeiros no Brasil é questionado pelos serviços de saúde, esses indivíduos criam formas como uso de documentos de parentes, endereços falsos, contratação de brasileiros para intermediar consultas, entre outros.

Em 2016, Prefeitura e a Câmara Municipal de Foz do Iguaçu passou por investigação do Ministério Público Federal (MPF), chamada “Operação Pecúlio”, por meio da qual provou-se a existência de uma Organização Criminosa chefiada pelo ex-prefeito, com o objetivo de obter, direta e/ou indiretamente, vantagens de natureza econômica e pessoal, mediante a prática de graves infrações penais, tais como corrupção ativa, passiva, peculato, fraude à licitação, dentre outras correlatas ligadas principalmente na área da saúde. Dos 15 vereadores da cidade, 12 foram presos, seis deles reeleitos e que tomaram posse por determinação judicial⁹. No início de 2017, com a eleição extemporânea para a Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, novo gestor do município tomou posse e foram reconstituídas as esferas de gestão, com a indicação e posse do novo Secretário Municipal de Saúde, em 3 de maio do mesmo ano. Entretanto, a atual gestão da Secretaria de Saúde foi iniciada em 9 de março de 2018¹⁰.

A situação problemática da saúde pública no município ainda contemplou a reprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) no ano de 2015 pelo Conselho Municipal de Saúde. Na Resolução nº 11/2016 da Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, foram consideradas entre as questões: rejeição da Parceria Público Privada para a reestruturação de gestão na Saúde do Município, identificação do descontrole da emissão do cartão SUS, ausência de pagamentos de dívidas, ausência de instrumentos legais (contratos, convênios e aditivos) para prestação de serviços, ausência de balancetes periódicos sobre os recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde (FMS), entre outras (FOZ DO IGUAÇU, 2016a).

Entretanto, considerando algumas informações desse RAG, são apresentados os atendimentos de população flutuante no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (único exclusivo para atendimento SUS no município), conforme mostrado na Tabela 2.

⁹ Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2017/01/operacao-peculio-mpf-denuncia-98-investigados-em-foz-do-iguacu.html>>. Acesso em: 03 maio 2016.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=41983>>. Acesso em: 02 mar 2019.

Verifica-se na Tabela 1 que, no ano de 2015, foram internados no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) 59 pacientes provenientes do Paraguai e 24 que não são residentes da 9ª Regional de Saúde. É importante mencionar que em estudo anterior de Azevedo e Sousa (2012) foi averiguado que muitos pacientes não residentes no Brasil informaram comprovantes de endereço de amigos ou parentes brasileiros.

Tabela 1 - Número de internações no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, segundo procedência do paciente em Foz do Iguaçu/PR, em 2015.

INTERNAÇÕES	1º QUAD.	2º QUAD.	3º QUAD.	TOTAL
Foz do Iguaçu	2.947	2.952	2.391	8.290
Matelândia	7	7	4	18
Medianeira	12	11	15	38
Missal	10	8	14	32
Paraguai	42	13	4	59
São Miguel do Iguaçu	54	27	18	99
Santa Terezinha de Itaipu	146	139	115	400
Itaipulândia	9	10	5	24
Outros	15	7	2	24
TOTAL	3.242	3.174	2.568	8.984

Fonte: Foz do Iguaçu, 2015a.

Na Tabela 2, são apresentados os valores gastos com saúde pelo Fundo Municipal de Saúde do município entre os anos de 2012 e 2015.

Tabela 2 - Demonstrativo da evolução de gastos com a saúde em Foz do Iguaçu/PR durante o período de 2012 a 2015.

Ano	Valor	Percentual
2012	185.657.588,55	30,73
2013	195.761.246,12	28,85
2014	218.298.080,67	30,72
2015	222.277.572,34	34,87

Fonte: Foz do Iguaçu, 2015b.

De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 2012 que determina o quantitativo mínimo das esferas de governo para investimento em saúde, a União deve destinar o que foi empregado no ano anterior, corrigido com a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os Estados com 12% no mínimo; e os municípios com 15%

no mínimo (BRASIL, 2012). O estudo de Simão e Orellano (2015) revela que a média da receita municipal com a saúde tem sido de 30,60% na região sul. Foz do Iguaçu, em 2015, investiu 34,87% com saúde, como demonstrado na Tabela 2.

1.3 A Cooperação em Saúde na Fronteira: Brasil, Paraguai e Argentina

O processo de globalização é marcado pela difusão entre os países de aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais, científico-tecnológicos e populacional-migratórios. Diante dessa conjuntura, surgiram novas organizações, redes, normas, processos e acordos com a finalidade de implementar cooperação entre os países (ANDRADE; CARVALHO, 2015).

A cooperação internacional entre os países no âmbito da saúde é recente: surgiu no século XIX como resposta aos avanços decorrentes do conhecimento acerca das doenças infecciosas e pelas tecnologias de transporte. Com isso, a partir de 1851, foram realizadas conferências internacionais, assinados tratados e criadas organizações internacionais, com a finalidade de ampliar e fortalecer as alianças internacionais em saúde. Em 1948, esse processo resultou na criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), conjuntamente com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), o qual consiste em um importantíssimo conjunto de regras para o controle de doenças infecciosas. Além disso, foram elaborados os primeiros processos, regras e instituições para a governança global em saúde (ALMEIDA et al., 2010).

Na década de 1970, houve vários debates sobre cooperação internacional e alguns deles com foco na cooperação técnica nos países em via de desenvolvimento. Em 1978, por meio de uma conferência foi formulado o Plano de Ação de Buenos Aires (Paba), estabeleceu-se o termo “cooperação Sul-Sul”, que incentivava então a cooperação técnica em países em desenvolvimento (FERREIRA et al., 2016).

Esse cenário intensificou a interdependência e determinou formas de relacionamentos entre os países (TRINDADE, 2015). Em março de 1991, foi criado o Mercado Comum do Sul (Mercosul), com a assinatura do Tratado de Assunção por Brasil, Paraguai, Argentina e Uruguai e, em 2012, a Venezuela se junta ao bloco como Estado Parte. Bolívia, Chile, Peru, Colômbia, Equador, Suriname e Guiana são Estados Associados, englobando todos os países sul-americanos (PITTAS, 2016).

O Mercosul foi criado com a finalidade de integração, política, econômica e social e as primeiras menções à saúde permeavam a dimensão sanitária. Em 1996, foi criado o Subgrupo de Trabalho em Saúde nº11 (SGT nº11 Saúde), pela Reunião de Ministros da Saúde dos Estados Membros e dos Estados Associados pela resolução do Grupo do Mercado

Comum (GMC) n° 151/96. O SGT n° 11 Saúde tem como objetivo desvincular a saúde de questões comerciais para a defesa da proteção à saúde e conta com as seguintes comissões de trabalho: Produtos para a Saúde; Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário (de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira); e Serviços de Atenção à Saúde. O referido subgrupo conta ainda com as seguintes subcomissões: Serviços de Saúde; Desenvolvimento e Exercício Profissional; e Avaliação e Uso de Tecnologia em Saúde (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

Em 1995, foi promovida a Reunião de Ministros da Saúde dos Estados Partes e dos Associados (RMS) que institucionalmente caracterizou-se por ações voltadas para a reestruturação dos sistemas de saúde dos países envolvidos para formulação, apoio e acompanhamento de ações conjuntas para promoção, prevenção, proteção e atenção à saúde (TRINDADE, 2015).

Em síntese, a RMS aponta a necessidade de articular a área da saúde com as demais questões que envolvem a exigência de recursos para garantia da vida digna e investimentos para a ampliação da mutualidade entre os países. Entretanto, não integram o “direito ao Mercosul”, pois a RMS não possui recursos próprios que possibilitem favorecer a efetividade dessa premissa. Assim, as ações são realizadas em cada país utilizando os recursos de cada um de seus sistemas de saúde ou através de financiamento externo, com força de acordos interministeriais (SATO, 2014).

A cooperação transfronteiriça apresenta conceito abrangente, porém pode ser entendida como abertura entre os países na linha de fronteira para colaboração e intercâmbio dos sistemas locais de saúde. Inclui troca de serviços, mobilidade de paciente, recursos mais adequados, diagnóstico por imagem, entre outros (NOGUEIRA et al., 2016).

A pactuação dos temas ligados à cooperação da saúde no Mercosul não se encontra completamente concretizada em consequência da fragilidade dos serviços de saúde pública e, principalmente, devido à assimetria da organização dos sistemas de saúde de cada país (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010). A falta de cumprimento dos acordos de cooperação bilaterais acentua essa problemática e culmina com que os municípios brasileiros fronteiriços adotem, por conseguinte, barreiras de acesso ao atendimento à saúde (NOGUEIRA; DAL; FERMIANO, 2007; SILVA-SOBRINHO et al., 2013).

1.3.1 Acordos bilaterais Brasil – Argentina e Brasil - Paraguai

Os acordos entre os países que compõem a tríplice fronteira, Argentina – Brasil – Paraguai, não são recentes e se conformam de forma específica, ou seja, em acordos bilaterais voltados para diferentes áreas produtivas, comerciais e/ou sociais.

As primeiras tentativas de acordos com a Argentina ocorreram nos governos ditatoriais. É incontestável que, em consequência dos processos de globalização, os fenômenos de acordos internacionais apresentaram novos aspectos e vêm se consolidando nas últimas décadas (FRANÇA; PADILLA, 2015). Esse fato inclui a Argentina que, na tentativa de transformar os efeitos das crises econômicas dos anos 2000, apresentou como característica desses acordos maior atenção para a inovação científica e produtiva baseada no investimento para o equilíbrio entre políticas de emprego e aquelas voltadas para as vulnerabilidades sociais (TRINDADE, 2015).

A primeira relação diplomática com o Paraguai ocorreu em 1844, com a assinatura do Tratado de Aliança, Comércio e Limites entre os países e o reconhecimento da independência paraguaia (embora esse tratado não tenha sido ratificado pelo Brasil). Após a sua assinatura, ocorreram várias outras iniciativas, no entanto sempre de caráter comerciais. Ao longo da história das relações com Paraguai, houve fatos importantes como: a Guerra do Paraguai, em 1864 (com término em 1870); Tratado Definitivo de Paz e Amizade Perpétua, em 1872; inauguração da Ponte da Amizade, em 1965; e, em 1984, a inauguração da Hidrelétrica de Itaipu¹¹.

¹¹ Informações retiradas no *site* oficial do Ministério das Relações Exteriores – República do Paraguai. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/ficha-pais/5635-republica-do-paraguai>>. Acesso: 17 maio 2017.

Quadro 1 - Acordos internacionais, segundo a área da saúde: Brasil - Argentina

ANO	SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO	FINALIDADE
1996	Vigente	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Argentina para Implementação do Projeto “Fortalecimento do Programa de Controle da Dengue”	Fortalecer o programa argentino de controle e combate à doença, por meio da transferência de conhecimentos técnicos e capacitação de profissionais.
1999	vigente	Acordo para a Criação da Comissão de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço	Identificar projetos comuns na zona da fronteira para impulsionar e coordenar seu estudo e execução, particularmente aqueles de impacto social, como os referentes à saúde, à habitação, ao desenvolvimento econômico e à educação.
1999	vigente	Acordo de Cooperação Técnica	Promover a cooperação técnica nas áreas consideradas prioritárias pelas partes, as quais serão oportunamente determinadas, incluindo saúde.
2005	Em tramitação	Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas	Sejam titulares da carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço acesso ao atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade
2005	vigente	Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde e Ambiente da República Argentina sobre Cooperação da Área da Saúde sobre Medicamentos	Incluindo os do Programa de HIV-AIDS, bem como aqueles para as doenças emergentes, re-emergentes e as doenças de baixa incidência e de alto custo.
2005	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina para a Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Produção de Insumos, de Medicamentos e de Recursos para Diagnóstico	Desenvolver tecnologia e a produção de insumos e medicamentos e recursos para diagnóstico, de maneira conjunta, por meio de política de investimentos específica de natureza pública-pública ou pública-privada.
2013	vigente	Memorando de Entendimentos entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde da República da Argentina sobre a cooperação para inclusão social, o acesso à saúde e a formação de Recursos Humanos em saúde	Reconhecimento mútuo dos diplomas do curso de Medicina.
2015	vigente	Memorando de Entendimento entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde da República Argentina em Matéria de Saúde, Transplante Multivisceral	Promover a cooperação técnica dos médicos argentinos para treinamento no Brasil para transplante de estômago, duodeno, intestino, pâncreas e fígado, retirados em conjunto, de um único doador.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde – acordos internacionais. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/279-aisa-raiz/aisa/24941-acordos-internacionais>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

Os Quadros 1 e 2 apresentam os acordos bilaterais relacionados à saúde entre Brasil e Argentina e Brasil e Paraguai, respectivamente, cabendo destacar que não foram incluídos os acordos concluídos entre os países.

De acordo com o Quadro 1, dos oito acordos com a Argentina, sete são sobre cooperação técnica:

- controle da dengue, de 1996;
- melhor aproveitamento das capacidades científicas, técnicas e tecnológicas, bem como de seus recursos para cooperação da área da saúde sobre medicamentos, incluindo os do Programa de HIV-AIDS e ainda aqueles voltados às doenças emergentes, re-emergentes e às doenças de baixa incidência e de alto custo de 2005;
- o desenvolvimento tecnológico e produção de insumos, de medicamentos e de recursos para diagnóstico, no ano de 2005;
- criação da Comissão de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço voltados para impacto social, incluindo a saúde (1999);
- cooperação técnica dos médicos argentinos para treinamento no Brasil para transplante multivisceral, em 2015;
- acordo para reconhecimento mútuo dos diplomas do curso de Medicina assinado em 2013 que visa a fortalecer a cooperação na formação de médicos nos níveis de graduação e pós-graduação dos dois países.

Constata-se que o único acordo ainda em tramitação, desde 2005, poderia garantir acesso ao atendimento nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade. Nesse contexto, importante destacar que não foram encontrados documentos que justifiquem a dificuldade da implantação desse acordo.

Quadro 2 - Acordos internacionais, segundo área da saúde: Brasil – Paraguai

ANO	SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO	FINALIDADE
1971	vigente	Acordo Sanitário	<p>1. eliminar ou diminuir os danos que gravitam sobre as comunidades da referida região geográfica, bem como promover medidas capazes de melhorar os respectivos índices de saúde;</p> <p>2. enfatiza que, para obter a oportuna solução de tais problemas, é necessário aperfeiçoar e coordenar os atuais serviços de saúde e criar os que sejam aconselháveis;</p> <p>3. determina que, entre os problemas de saúde, ambos os países consideram prioritários:</p> <p>a) a erradicação da malária;</p> <p>b) a erradicação da varíola;</p> <p>c) o controle da febre amarela silvestre e a vigilância contra a reinfestação pelo <i>Aedes aegypti</i>;</p> <p>d) a hanseníase, a tuberculose, as enfermidades venéreas e outras doenças transmissíveis que necessitem de ação coordenada dos Governos de ambos os países;</p> <p>e) o controle do uso de estupefacientes, narcóticos e alucinógenos.</p>
1992	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo Sanitário de 16 de julho de 1971, sobre Cooperação e Intercâmbio de Tecnologia de Saúde	Estimular a cooperação, o intercâmbio de tecnologia e a promoção de ações coordenadas, com vistas à prevenção dos problemas na área de saúde pública, como malária, febre amarela, cólera, dengue, aids, raiva e outros.
2002	Não vigente	Memorando de Entendimento no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil	<p>Garantir e aumentar o acesso a medicamentos para a aids, por intermédio dos seguintes instrumentos:</p> <p>a) Resolução E/CN.4/RES/2001/33, de 20 de abril de 2001, da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU);</p> <p>b) Resolução WHA 54.11, de 21 de maio de 2001 da Organização Mundial da Saúde (OMS); e</p> <p>c) Declaração sobre o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) e Saúde Pública, de 14 de novembro de 2001, da Organização Mundial do Comércio (OMC).</p>

- continua -

- conclusão -

ANO	SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO	FINALIDADE
2003	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Paraguai	Transferir tecnologia e capacitar recursos humanos em assistência e manejo clínico em HIV/aids e realizar a doação de medicamentos antirretrovirais produzidos no país por laboratórios públicos para o tratamento de portadores de HIV/aids no Paraguai, assim como avaliar a capacidade instalada e a possibilidade de transferência de tecnologia do Brasil ao Paraguai para a produção de medicamentos antirretrovirais genéricos.
2006	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai”	Possibilitar uma maior integração entre as Assessorias Internacionais de Saúde dos dois países e estabelecer um fluxo de informações eficiente.
2006	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Apoio à Implantação e Implementação de Banco de Leite Humano no Paraguai”	Estabelecer e implementar um banco de leite humano no Hospital San Pablo, em Assunção, desenvolvendo um processo contínuo de assistência técnica para a sua organização e desenvolvimento.
2007	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Vigilância em Saúde, com Ênfase no Combate à Dengue e na Implementação do Regulamento Sanitário Internacional”	Colaborar com o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai para o fortalecimento da vigilância epidemiológica no país, tendo o combate à dengue e o Regulamento Sanitário Internacional (2005) como eixos principais para a priorização as atividades.
2008	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para a Implementação do Projeto “Capacitação em Análise Sócio-Demográfica, Distribuição Espacial da População e Meio Ambiente e Saúde Reprodutiva no Paraguai”,	Reforçar a capacidade de análise dos funcionários do Governo e o papel das instituições paraguaias comprometidas com a política de população. Do mesmo modo, busca-se aprimorar o uso de informações sociodemográficas na formulação e execução de políticas públicas.
2012	vigente	Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social da República do Paraguai”	Promover a ampliação do diálogo regulatório entre as autoridades sanitárias de Brasil e Paraguai, contribuindo para o fortalecimento do Governo paraguaio na área de saúde.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde – acordos internacionais. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/279-aisa-raiz/aisa/24941-acordos-internacionais>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

No Quadro 2, são apresentados os acordos com o Paraguai, e verifica-se que os acordos existentes identificados com o Paraguai não diferem dos acordos com a Argentina, embora caracterizem-se por maior enfoque para os acordos de cooperação técnica para:

- estimular a cooperação, o intercâmbio de tecnologia e a promoção de ações coordenadas, com vistas à prevenção dos problemas na área de saúde pública, como malária, febre amarela, cólera, dengue, aids, raiva e outros, desde 1992;
- implementação do projeto assistência e tratamento a pessoas vivendo com HIV/aids no Paraguai, a partir de 2003;
- maior integração entre as Assessorias Internacionais de Saúde e estabelecer um fluxo de informações (2006);
- colaborar com o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai para o fortalecimento da vigilância epidemiológica no país, tendo o combate à dengue como eixos principais para a priorização as atividades desde o ano de 2007;
- aprimorar o uso de informações sociodemográficas na formulação e execução de políticas públicas a partir do ano de 2008;
- o Projeto “Fortalecimento Institucional da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social da República do Paraguai” implementado no ano de 2012.

O acordo sanitário de 1971 foi aprovado a partir do diagnóstico que eram comuns alguns problemas de saúde nos estados brasileiros do Mato Grosso e Paraná, com os respectivos limítrofes com o Paraguai. Esse acordo, ainda vigente, visa a eliminar ou diminuir danos que circulam sobre essas regiões e promover melhora dos indicadores de saúde da malária, varíola, febre amarela, doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, hanseníase, tuberculose, enfermidades venéreas e outras doenças transmissíveis e controle do uso de estupefacientes, narcóticos e alucinógenos (BRASIL, 1971).

Do conjunto dos acordos firmados, é possível verificar que não há qualquer medida que se volte ao atendimento das populações fronteiriças e que envolvam a cooperação assistencial ou financeira para assistir essas populações.

1.4 Reflexões sobre as perguntas de pesquisas

A interação da fronteira brasileira com movimentos pendulares para trabalho, estudo ou serviços tem se destacado, vista a necessidade para elaboração de políticas públicas. Com a globalização, a mobilidade do homem é cada vez mais frequente, de modo que esse fluxo

transfronteira tende a ocorrer dependendo das características de cada cidade (BRASIL, 2005b).

Em cidades fronteiriças no Brasil, a obrigatoriedade do atendimento em situações de urgência e emergência se mantém. Por outro lado, não são contabilizados para a base de cálculos dos repasses do Ministério da Saúde, a população estrangeira, os brasileiros residentes nos países vizinhos ou os turistas usuários dos sistemas de saúde brasileiros. O direito reconhecido a esse atendimento não oferece legitimidade atual dos repasses dos recursos oriundos do SUS, mesmo considerando a revisão em 2017 da PNAB e da Lei de Migração nº 13.445.

Além desse quadro apontado, soma-se o fato que falta revisão e atualização dos valores na tabela de procedimentos pagos pelo SUS a tornam defasada. Dessa forma, os demais gastos no campo da saúde são financiados pela esfera municipal. Tal problemática tem acarretado alguns paradoxos e dilemas ao município Foz do Iguaçu, com destaque para o fechamento do Hospital Santa Casa, conveniado ao SUS no ano de 2006 (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

Nos países do Mercosul, ocorreram inúmeras mudanças políticas, econômicas e sociais. Entretanto, no que se refere à saúde, são transformações de pequena relevância, na maior parte limitadas ao plano abstrato e com restritos impactos da efetivação nas políticas nacionais (NOGUEIRA et al., 2015).

Nesse contexto, algumas questões emergiram para direcionar o estudo:

- a) Quais as dificuldades de financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro?
- b) Qual a origem do paciente não residente em Foz do Iguaçu e morbidade a partir da admissão na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro?
- c) Para os gestores municipais, quais são as ações e as estratégias que poderiam ser implantadas que colaborariam para adequar os recursos e repasses financeiros do Ministério da Saúde para o atendimento de urgência a essa população flutuante?

Percebe-se que estudar o atendimento do estrangeiro atendido pelo SUS não é algo novo, embora evidências científicas que analisem esse fenômeno sejam escassas. O foco dos estudos na temática tem se voltado à atenção básica, visto que legalmente o estrangeiro tem direito ao atendimento na urgência e emergência. Agregar os turistas que possuem acesso ao SUS, porém, não tem sido contabilizado para os repasses locais, o que pode contribuir para informações essenciais para a organização financeira do município. Importante registrar que

na revisão dos marcos teóricos para a elaboração da presente pesquisa, essa situação não foi ainda pontuada no aspecto financeiro na cidade de Foz do Iguaçu.

Acredita-se que a partir do movimento de análise proposto no presente estudo, reconhecendo-se a existência da demanda de atendimento de urgência e emergência por uma população flutuante, será possível colaborar para fortalecer os programas em curso, refletir e buscar formas para o aperfeiçoamento da base de cálculo dos repasses financeiros do Fundo Nacional da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde direcionado aos municípios de fronteira, assim como refletir sobre estratégias de enfrentamento da situação.

Apenas o dado sobre o cadastro da população flutuante na rede de urgência e emergência poderia mensurar demanda, pontuando o fluxo migratório e, assim, favorecer o cumprimento do § 2º do artigo 35 da Lei nº 8.080/90, que indica que os critérios para estabelecer transferências de recursos podem ser consequentes de outros indicadores que não o número populacional em municípios de fluxo migratório (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2014). Aliar o interesse em conhecer morbidade, com os principais procedimentos realizados e desfecho clínico a partir da admissão na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro poderá subsidiar ações para planejamento, organização e avaliação desses serviços para sustentabilidade financeira.

Adicionalmente, pesquisar sobre os mecanismos de cooperação entre os países para atender essa demanda pode despertar o interesse em manejar recursos governamentais disponíveis. Bontempo, Nogueira e Gimenez (2014) verificaram que as cooperações entre os sistemas de saúde interfronteiras ocorrem por iniciativa de atores e gestores políticos locais e recursos do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, do Ministério da Integração Nacional com recursos do Plano de Aceleração do Crescimento não são utilizados.

Dessa forma, para melhor operacionalização do estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Os resultados aferidos indicarão que o Paraguai como principal origem da população flutuante atendida na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira, no âmbito brasileiro;

Hipótese 2: Os gestores municipais possuem propostas significantes para atuar nas políticas públicas no atendimento à população flutuante em situação de urgência e emergência.

Este estudo, apesar do cuidado em definir de forma adequada a problemática e as abordagens adotadas, apresenta limitações que incluem a: dificuldade de acesso efetivo aos dados, devido à possibilidade dos residentes fronteiriços de utilizarem estratégias para comprovação de residência por meio de utilização de documentos de parentes e amigos; a

omissão da nacionalidade nos casos de urgência e emergência; situações de difícil manejo no âmbito dos serviços de saúde e da presente pesquisa; ausência de dados confiáveis nos serviços que atendem a população flutuante; labilidade do cenário da investigação que apresentou questões políticas de grande magnitude durante o período de planejamento e desenvolvimento inicial da investigação; fragilidade dos dados secundários e dos dados primários coletados nos hospitais que se constituíram cenários da pesquisa, por não revelarem a realidade (pela possibilidade da população flutuante estar registrada como moradora da 9ª Regional de Saúde).

Adicionalmente, a abordagem qualitativa com entrevistas apenas com gestores se constitui em outra limitação, uma vez que se caracterizam por um olhar muito direcionado para questões formais da organização do sistema local. Essa característica inviabiliza a ampliação dos informantes-chave acerca de usuários dos serviços de saúde, de maneira a proporcionalmente ampliar o dimensionamento da problemática e das possibilidades de intervenção, trazidas por outros atores.

Embora ciente das limitações presentes neste estudo, espera-se que a investigação possa oferecer elementos conceituais e operacionais para o financiamento na região da tríplice fronteira e para outros espaços no país onde essa problemática é observada, assim como aprimorar o sistema de saúde local para o direito à saúde como um eixo importante para a formulação de políticas de saúde, compreendendo a saúde como uma questão de cidadania.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar o financiamento no atendimento à população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais da tríplice fronteira em relação às dificuldades e às possibilidades segundo os gestores locais.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a origem do paciente não residente em Foz do Iguaçu e a morbidade a partir da admissão na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro;
- Identificar gasto estimado no atendimento à população flutuante;
- Analisar as ações e estratégias que, segundo os gestores, poderiam colaborar para a adequação dos recursos e repasses financeiros do Ministério da Saúde ao município para atendimento à população flutuante.

3.1 O financiamento para garantia do Direito à Saúde

A OMS preconiza que os principais objetivos dos sistemas de saúde, além de melhorar a saúde da população, deve ser responder às expectativas e às necessidades das pessoas e fornecer proteção financeira em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). A disponibilidade do recurso financeiro tem papel fundamental na organização dos sistemas de saúde, na cobertura e no acesso aos serviços e, conseqüentemente, interfere no direito à saúde da população (CARRILLO ROA, 2016). Contudo, apenas uma pequena parte da população possui acesso oportuno a um sistema de saúde com financiamento que proporcione a combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O direito à saúde, assim como aos demais direitos sociais, requerem recursos financeiros para sua efetivação. Dessa forma, o Estado tem por obrigação avaliar o orçamento, planejar e garantir a sustentabilidade financeira por meio de impostos ou por outros meios. Com a globalização e as crises financeiras, surge o questionamento sobre como planejar os gastos com a saúde e ao mesmo tempo defender o direito à saúde (RUMBOLD et al., 2017).

A globalização propicia inconstância da regulação econômica financeira, aumento das privatizações e outros fatores que contribuem para o aumento do risco para restrição dos direitos sociais. Os impactos sociais, culturais e econômicos comuns do mundo globalizado podem ameaçar o direito à saúde, mesmo com seu potencial em refletir na política, na soberania e em outras questões que envolvem o crescimento econômico (FORTES; RIBEIRO, 2014). A globalização neoliberal e hegemônica impactam na restrição dos direitos e das políticas sociais, sendo, portanto, apresentadas como a única alternativa para a crise fiscal das décadas de 70 e 80 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Tal cenário impulsionou um olhar para saúde compartilhada para além das fronteiras nacionais, com o surgimento do termo Saúde Global, pois percebeu-se a importância da saúde para o desenvolvimento econômico com a ascendente interferência do Banco Mundial na área de investimentos em saúde (FORTES; RIBEIRO, 2014).

Para a garantia do direito à saúde, considerando a lacuna do financiamento, a Saúde Global poderia colaborar na reforma da governança global para a saúde a partir da cooperação internacional baseada nos direitos humanos. As dificuldades para a governança global estão relacionadas às desigualdades persistentes, à necessidade de esforço multissetorial e cooperativo e, principalmente, ao financiamento insuficiente (GOSTIN et al., 2016). Mesmo diante do desafio, a OMS posiciona-se para a defesa do direito à saúde de forma a não interferir nas

questões sobre o mercado e em suas relações com os diferentes setores produtivos e sociais que enfraquecem a saúde pública (LIMA et al., 2015).

As iniciativas do Banco Mundial na década de 70 com ações para o financiamento de infraestrutura no campo da saúde e da educação, mesmo que de forma pontual e residual, fomentou a construção de uma política de saúde hegemônica internacionalmente a partir do conceito de eficácia na saúde. Já na década de 80, a articulação com o Fundo Monetário Internacional (FMI) foi mais acentuada a fim de estimular projeto social na ótica capitalista com incentivo das privatizações. Com a crise mundial, na década de 90, houve a discussão sobre a governabilidade dos países e o combate à pobreza na perspectiva do progresso dos países capitalistas. Em 2000, a OMS publica o relatório com sinais para ampliação da iniciativa privada com financiamento baseado no princípio de equivalência, aumento da mercantilização da saúde e a defesa da garantia dos benefícios do indivíduo mediante a capacidade de pagamento, constituindo em ameaça da garantia do direito à saúde (LIMA et al., 2015), ensejando, no conjunto dos países, a discussão da cobertura universal em saúde.

Para os neoliberais, a saúde é um bem de mercado e a gestão da política pública para a garantia do direito à saúde representa, nessa perspectiva, potencial para acúmulo de capital. Nessa visão, a saúde deveria ser oferecida pelo mercado e o Estado deveria gerenciar a oferta com “promoção” da equidade social por meio de políticas públicas (PAIM, 2017). Rizzotto e Campos (2016) ainda descrevem que quando o Brasil garantiu o direito à saúde na Constituição Federal de 1988, o Banco Mundial fez intensas críticas e defendeu maior participação do setor privado na área da saúde. Ao longo dos anos, por meio de financiamento de projetos com exigência de contrapartidas de instituições prestatárias, houve consequente transferência de responsabilidade do Estado para o mercado e enfraquecimento do SUS. Principalmente no âmbito hospitalar, os dados sobre a iniciativa privada são favoráveis, uma vez que apresentam o aumento dos planos e seguros privados, o predomínio de oferta de serviços ambulatoriais e o aumento do número de leitos disponíveis (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Nos países da América do Sul, uma característica é a diversidade dos gastos com a saúde evidenciada, na maioria desses países, pelo financiamento compartilhado entre o público e privado. O reduzido investimento público com saúde, assim como o desembolso direto com a saúde desfavorecem a cobertura e o acesso aos serviços de saúde. Cabe pontuar que maior investimento de recursos com saúde não significa serviços de melhor qualidade. Em 2013, o Uruguai gastou U\$S 1.431 per capita, o Brasil U\$S 1.085, Argentina U\$S 1.074 e a Venezuela U\$S 520. O gasto em saúde pode refletir a prioridade do setor da saúde no país, que pode ser influenciada pelo nível de riqueza, caráter social e político, garantia da universalidade e pelo

acesso aos serviços de saúde. No Brasil, historicamente, a saúde não é uma prioridade no orçamento público, verificando-se, de forma contraditória, relevante participação do gasto privado, chegando a 40% em 2013 (CARRILLO ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016).

No panorama internacional, houve um forte movimento para a reestruturação no setor saúde que incluiu: diminuição orçamentária com restrição nos serviços, comprometimento da universalidade, aumento do gasto direto com a saúde, privatizações com consequente diminuição da responsabilidade do Estado orientada pelas políticas fiscais neoliberais (PAIM, 2018). Os principais patrocinadores financeiros no mundo para projetos relacionados à saúde são o Banco Mundial e o FMI, com atuação prioritária em países em desenvolvimento. As políticas organizacionais que envolvem o sistema de saúde, além da privatização, versam sobre a liberação do comércio e a contratação pelo setor público. Para os defensores dessa perspectiva, a privatização aumenta a competição política e econômica e promove a eficiência. Por outro lado, inibe o investimento na saúde pública, o que acaba por impactar negativamente, uma vez que possibilita o aumento da desigualdade no acesso aos serviços de saúde (SOBHANI, 2019).

Para André, Batifoulie, Jansen-Ferreira (2016), o processo de privatização possui dois aspectos: o objetivo do financiamento relacionado ao cuidado à saúde e a forma de governança da saúde. Com relação ao financiamento do cuidado com a saúde, na Europa há aumento do seguro privado, com impacto negativo nos investimentos com a saúde pública. Na França, embora o custo direto com a saúde seja de 9%, há um aumento crescente desde 2004 e a escala de privatização no país é elevada, com impacto principalmente nos cuidados básicos de saúde e na atenção primária. A forma de governança determina a velocidade do processo de privatização e é elucidada pelos choques políticos e pelas crises econômicas com instalação de uma política de austeridade, com a contenção de gastos públicos e busca de financiamento privado.

No Brasil, após a Constituição Federal de 1988, as contradições que envolvem o recurso financeiro para o alcance de uma política universal de direito à saúde podem ser observadas desde a criação do SUS: por um lado está o direito à saúde e do outro a contenção de gastos públicos com ela. O Fundo Público proveniente de impostos e de taxas tem seu papel relevante para o financiamento da saúde e de outras políticas sociais, porém tem sido aplicado para proteger instituições financeiras falidas. Assim, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) enfrenta crescentes dificuldades para a garantia do direito à saúde, com processo de privatização progressiva (MACIEL et al., 2017).

Com a criação do SUS, os recursos destinados ao financiamento por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que engloba saúde, previdência e seguridade social, deveriam ser provenientes do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (em 1992, foi alterada para Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS). Pela determinação da Constituição Federal, pelo menos 30% do OSS deveria ser destinado à saúde, o que, na prática, nunca ocorreu. Em 1997, devido à competição por recursos entre previdência e saúde, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para contribuir para os recursos destinados à área da saúde e que foi extinta em 2007. A CPMF representou cerca de 30% dos recursos para a saúde, porém teve seu impacto reduzido devido ao recurso ter sido utilizado de forma substitutiva de outras fontes (MENDES; FUNCIA, 2016).

No ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/2000), que determinou percentuais para os três entes federativos e estabeleceu regras para provisão de recursos para o financiamento da saúde. No caso da União, para o ano de 2000, haveria um acréscimo de 5% do valor empregado em 1999 e, a partir de 2001 até 2004, o valor seria apurado a partir do ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Para os estados e Distrito Federal, foi fixado mínimo de 12% e para os municípios 15% (CAMPELLI; CALVO, 2007; BARROS; PIOLA, 2016). Embora aprovada em 2000, sua regulamentação percorreu cerca de 12 anos e, ao ser aprovada em 2012, vários aspectos nela aportados, já haviam perdido o valor, dado o tempo para sua análise e regulamentação.

A EC nº 29/2000, importante mecanismo para o ingresso de recursos pelas três esferas de governo, previa incremento no montante de recursos para o SUS e revisão de participação dos entes federativos, como diminuição da participação da União (65% do total em 1996 para 45,1% em 2010), com maior comprometimento dos estados e municípios. Os montantes previstos em sua regulamentação previam que os estados passariam a ser obrigados a investir 12% da arrecadação com impostos e, os municípios, 15%. Para o Distrito Federal, o percentual teria uma variação de 12% a 15%. Também estava previsto que em caso de variação negativa do PIB, o valor de investimento não poderia ser reduzido no ano seguinte (BRASIL, 2000).

Entretanto, ainda havia a necessidade de aumentar os recursos para o SUS e apresentar regras claras para o repasse desses recursos. Como mencionado anteriormente, a regulamentação da EC nº 29 aconteceu somente em 2012, com a publicação da Lei Complementar nº 141, em 2012 (LC nº 141/2012), estando presente a perspectiva de aprimorar a participação da União com critérios da distribuição dos recursos federais para os municípios,

principalmente no intuito de diminuir as diferenças regionais (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016).

Em 2007, por meio da Portaria nº 204, houve a regulamentação da transferência dos recursos federais na forma de seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (este acrescentado pela Portaria nº 837, em 2009) (BRASIL, 2007b).

Para Barbosa (2013), os repasses por blocos de financiamento não considera as diversas necessidades socioeconômicas e sanitárias e utiliza de critérios de produção de serviços de saúde sob a ótica da eficiência e não da equidade. Segundo Albuquerque e Martins (2017), existe a necessidade de criar instrumentos para monitoramento do desempenho do SUS com o olhar do cuidado efetivo, seguro e equânime ao lado da efetividade do uso do recurso, pois os indicadores indiretos de gestão não têm cumprido esse papel.

No cenário nacional, outro importante marco foi a publicação da Emenda Constitucional nº 86, em 2015 (EC nº 86/2015), que modificou a proposta de financiamento da EC nº 29/2000 com desvinculação de receita da União com percentuais mínimos para aplicação financeira para o setor da saúde (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016; VIEIRA, 2016).

Diante dessa perspectiva, cabe destacar que tais mecanismos legais foram instituídos em momento de crise política, social, econômica e ideológica no país e que culmina, de modo formal, no final de 2015, com o início do processo de *impeachment* da então presidenta do Brasil, Dilma Rousseff. Esse processo foi desencadeado a partir da aceitação, pelo presidente da Câmara dos Deputados (que atualmente cumpre pena por atos crimes de corrupção passiva, lavagem de dinheiro e evasão de divisas), de uma denúncia por crime de responsabilidade e foi encerrado, em agosto de 2016, resultando na cassação do mandato da então presidenta. As acusações versaram sobre desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa por parte da representante do Poder Executivo da União. O processo, apesar do desfecho, foi contestado por juristas, dado não considerarem que as chamadas “pedaladas fiscais”¹²,

¹² Pedalada fiscal “é um termo que se refere a operações orçamentárias realizadas pelo Tesouro Nacional, não previstas na legislação, que consistem em atrasar o repasse de verba a bancos públicos e privados com a intenção de aliviar a situação fiscal do governo em um determinado mês ou ano, apresentando melhores indicadores econômicos ao mercado financeiro e aos especialistas em contas públicas. Isso ocorre porque, apesar de o gasto social ter efetivamente ocorrido, ele ainda não saiu das contas do Governo Federal, quando divulgado seu balanço anual. Assim, esse artifício pode ser usado para aumentar o superávit primário (economia feita para pagar os juros da dívida pública) ou impedir um déficit primário maior (quando as despesas são maiores que as receitas). Ou seja, ao deixar de transferir o dinheiro para os bancos estatais, o governo apresentava despesas contabilmente menores do que as que ocorreram na prática, numa tentativa de ludibriar os agentes econômicos”. Disponível em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/Pedalada_fiscal >. Acesso em: 28 mar. 2019.

justificadas como desrespeito à lei de improbidade administrativa, não caracterizariam dita improbidade que pudesse justificar o *impeachment* (JINKINGS, 2016).

Ainda outro marco significativo foi a Emenda Constitucional nº 95, em 2016 (EC nº 95/2016) que limitou a expansão dos gastos públicos por 20 anos e alterou a EC nº 86/2015, com importante ajuste fiscal e diminuição do recurso para o orçamento do Ministério da Saúde, comprometendo, dessa forma, o direito à saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2018). Certamente, a implementação da EC nº 95/2016 reduzirá o gasto per capita com a saúde, diante do aumento da população idosa, do quadro epidemiológico das doenças crônicas e o risco para epidemia das doenças infecciosas relacionadas também às condições de saneamento básico e ambiente urbano. Verifica-se, portanto, o afastamento anunciado em relação aos compromissos sociais com o objetivo de reorganização do papel do Estado e possível suprimimento de suas funções com o discurso político da defesa da liberdade individual, da propriedade privada de produção e de consumo (NOCE; CLARK, 2017).

O quadro decorrente desse processo e das denúncias de corrupção no país envolvendo uma grande diversidade de agentes públicos, levou ainda a ampliação da deterioração do quadro econômico e político, agravando o cenário e as altas taxas de desemprego no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019)¹³. A redução da proteção social devido à diminuição das transferências públicas somada ao desemprego afetam de maneira significativa os hábitos e a atitude das populações mais pobres, como tabagismo, uso de álcool, estresse, alteração perniciososa dos hábitos alimentares e mudança da busca por serviços de saúde (adiamento ou supressão) que acabam por influenciar o estado de saúde dos indivíduos (SCHRAMM et al., 2018).

Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 3.992 que reformulou a forma de transferência do FNS para o Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS), substituindo os seis blocos de financiamento para custeio e investimento (BRASIL, 2017c). Para Mendes, Carnut e Guerra (2018), a modificação para o repasse global não foi orientada pelas necessidades de saúde e sim, na maior parte, pela produção de serviços e série histórica de gastos e implantações de ações e serviços, com o

¹³ A taxa de desemprego no Brasil subiu para 12,4% no último trimestre de 2018 em relação a fevereiro de 2019, atingindo 13,1 milhões de pessoas. O aumento representou a entrada de 892 mil pessoas na população desocupada, totalizando 13,1 milhões de trabalhadores nessa condição. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24110-desemprego-sobe-para-12-4-e-populacao-subutilizada-e-a-maior-desde-2012>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

exemplo do Piso da Atenção Básica variável (PAB variável), cuja base de cálculo permaneceu a mesma.

Ao longo da trajetória pelo direito à saúde no Brasil, as características do modelo neoliberal, marcadamente caracterizado pelo processo de privatização, mostrou-se presente desde a ditadura militar, na lógica da saúde como bem de mercado, da doença como uma fonte de lucros, na vertente capitalista e consequente redução do papel do Estado. Como já apontado, existe forte conexão com o capital internacional por meio do investimento no complexo médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos. A partir da década de 90, ainda houve crescente incentivo para a compra direta de consultas médicas e de outros profissionais, procedimentos e exames complementares/radio-imagem, planos de saúde e parceria público-privada, estimulando a política pública compensatória e focalizada para grupos vulneráveis (LARA; GUARESCHI; BERNARDES, 2016; BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Os valores da sociedade, da consciência da cidadania e questões políticas e ideológicas apresentam forte determinação sobre o financiamento dos cuidados de saúde. Na perspectiva da equidade e justiça social, não é aceitável o custo direto, ao mesmo tempo que os custos com cuidados de saúde têm um crescente avanço mundial decorrente do processo de envelhecimento da sociedade, de avanços tecnológicos e da própria globalização (LIAROPOULOS; GORANITIS, 2015).

No Brasil, na trajetória do SUS, com reconhecimento na América Latina como um exemplo de sucesso de conquista do direito à saúde após a Reforma Sanitária, ainda persistem problemas para a garantia do direito à saúde, por meio do acesso universal. As sucessivas crises econômicas e políticas e as recentes medidas de austeridade ameaçam a sustentabilidade do SUS e testam sua resiliência. A crise financeira na saúde pública pode ocasionar retrocesso das conquistas decorrentes das propostas mais progressistas e participativas, bem como do esforço da sociedade em determinados momentos históricos, desde a Constituição Federal de 1988 e levar ao encaminhamento para uma política focalizada na população mais vulnerável, em planos privados para a classe média e em custos diretos com alta qualidade para os mais ricos, fato que poderá acarretar a ampliação das desigualdades sociais e a incerteza sobre o direito à saúde (MASSUDA et al., 2018).

3.2 História do Direito à Saúde

Em 1948, foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), em Paris, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), à época composta por 58

Estados-membros, entre eles o Brasil. Foi um marco para a história dos Direitos Humanos e traz, no artigo 25, o direito à saúde como direito humano fundamental à vida (BRASIL, 1998).

No mesmo ano de 1948, a OMS definiu a saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, com o reconhecimento da saúde como resultado do equilíbrio interno do homem com o ambiente (DALLARI, 1988). No entanto, houve críticas pelo conceito proposto pela OMS, como Segre e Ferraz (1997) que pontuam a necessidade do resgate do subjetivismo do indivíduo para o conceito de saúde individual e Scliar (2007) que afirma que a saúde apresenta várias representações a partir dos distintos cenários social, econômico, político e cultural. É importante salientar que o conceito cunhado pela OMS foi o fruto da negociação possível entre seus Estados-membros que, certamente, à época desfrutavam de momentos socioeconômicos, políticos e ideológicos diferentes entre si.

Foucault (1989) aponta que a conformação dos Estados nacionais no final do século XVIII foi sustentada por uma perspectiva de proteção de sua população, com o foco de manter numericamente uma população saudável que pudesse garantir a sobrevivência desses Estados. Assim, o acompanhamento do nível de saúde da população, estabelecimento de estatísticas de nascimento e mortalidade, normalização da prática e do saber médicos e organização da prática médica, com o médico responsável por uma região de saúde foram algumas das ações que conformaram a Medicina de Estado (FOUCAULT, 1989), por meio da qual a questão do direito à saúde aparece implicitamente colocada com o foco de fortalecer essa perspectiva.

A questão do Estado em sua relação com o campo da saúde e a demarcação de ações direcionadas ao controle da situação de saúde individual ou coletiva aparecem de formas diferenciadas no decorrer da história. Foucault (1989), ao falar da Medicina Urbana na França do século XIX ou da Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra, ou ainda quando menciona o controle dos fenômenos de saúde em nível estatal na Alemanha, parece sinalizar esse movimento de proteção do individual numa ação coletivamente construída. O controle do espaço e da força de trabalho – elementos essenciais na discussão de Foucault (1989) – oferecem pistas para a conformação do direito à saúde, dada a preocupação com o corpo social mais do que com o corpo individual (FOUCAULT, 1989).

Já na década de 40, década da DUDH, iniciou-se a visão de proporcionar à sociedade pessoas com força de trabalho e de produção. Na década de 70, a saúde podia ser vista como objeto de desejo para uns e oportunidade de riqueza para outros (FOUCAULT, 2010)¹⁴.

O direito à saúde pode ter uma análise individual ou coletiva e, por outro lado, de privilégio à igualdade ou à liberdade. Quando na perspectiva individual há o privilégio à liberdade, com direitos de escolhas quanto ao tipo de vida, tratamentos, profissionais, entre outros, a depender do grau de desenvolvimento do Estado, pois apenas o Estado desenvolvido socialmente, economicamente e culturalmente proporcional liberdade individual para tais escolhas. Na ótica da coletividade, favorece a igualdade para todos gozarem igualmente da vida em sociedade (DALLARI, 1988).

Portanto, o direito à saúde, como objeto de investigação, deve ser uma expressão contextualizada com a história, cultura e política de uma determinada sociedade, com significado multidimensional relacionado aos aspectos legislativos, sociopolíticos, bioéticos e com o reconhecimento da exigibilidade (demandas específicas) (D'ANDREA et al., 2017).

Assim, verifica-se que em diversos países do mundo, o direito à saúde foi derivado de construções históricas, do desenvolvimento do capitalismo e de fatores próprios de cada sociedade em suas escolhas ético-políticas. Como constatado anteriormente com a ajuda de Foucault (1989), observou-se que na Alemanha dos anos 80 do século XIX, o Estado passou a ter responsabilidade na organização e na proteção social. Em diversos países, a participação do Estado em proteção social ocorreu em épocas diferentes devido ao desenvolvimento desigual das indústrias, assim como em virtude da organização de seus trabalhadores, com influência das legislações relativas à higiene e à segurança do trabalho. Com o final da II Guerra Mundial e a necessidade de reinvenção do capitalismo, a ampliação de sistemas de proteção social constituiu um importante aporte para a produção e consumo de massa por meio do reconhecimento dos direitos sociais e segurança econômica (MARQUES; PIOLA; CARRILLO ROA, 2016).

Se antes da II Guerra Mundial imperava o modelo bismackiano, no qual somente trabalhadores e suas respectivas famílias possuíam benefícios da seguridade social, a partir dos anos que a sucederam, o sistema beveridgiano propôs uma revisão dos direitos sociais com o objetivo de combate à pobreza com importante transformação do olhar de cidadania, por meio do qual os direitos sociais deveriam ser para todas as pessoas, independentemente de

¹⁴ O artigo é a transcrição de uma conferência dada por Michel Foucault, no Rio de Janeiro, em 1974. Tradução do espanhol por Heliana Cond. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 04 mar 2019.

suas posições no mercado de trabalho. No período do *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar, a defesa dos cidadãos na saúde, educação e alimentação fortaleceram-se como elementos para o funcionamento do mercado. Foi a partir desse modelo, fundamentalmente na Europa, que a saúde foi vista pelo Estado não apenas na forma coletiva (oferta de saneamento e controle de epidemias), porém como na forma individual de modo que o direito à saúde passou a ser para todos os indivíduos e financiados por impostos (RAMOS; DINIZ, 2017).

No mundo existem várias referências para proteção social, com consenso sobre a existência de três modelos: residual, de seguro social e de seguridade social. O modelo residual, conhecido como liberal, concebe que a ação do Estado acontece somente quando a população não consegue solucionar suas necessidades sociais (restrito e destinado aos pobres); no modelo de seguro social ou modelo bismackiano, a prestação de serviços é destinada aos que trabalham ou realizam contribuições prévias; e o modelo de seguridade social ou modelo beveridgiano, prevê direitos iguais a todos os indivíduos (GIOVANELLA et al., 2012).

Na sociedade moderna, mesmo com o poder econômico estabelecendo suas regras, o princípio de dignidade da humana é obrigação do Estado, incluindo direitos básicos como a saúde. No entanto, ainda existem questionamentos para a construção do Estado Democrático de Direito com efetivação da cidadania, no qual o direito à saúde representa o direito à vida (MARTINI; STURZA, 2017).

No Brasil, em contraposição aos movimentos contrários ao autoritarismo das práticas de saúde pela ditadura militar, surgiu o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tendo como principal foco a democratização da saúde e luta contra-hegemônica pelo modelo de seguridade social. O projeto da RSB, aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e legitimada pela Constituição Federal de 1988, garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. Contudo, mesmo com a importância desse direito adquirido, considerações são pontuadas sobre as influências das forças político-ideológicas na condição que assume a saúde como mercadoria e espaço de acumulação e expansão do capital (PAIM, 2017).

Em 1990, por meio da Lei nº 8.080, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com os principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990). Entretanto, houve apoio do Estado para a iniciativa privada, concebendo um sistema de componentes públicos e privados, com disponibilidade de recursos insuficientes para garantir um sistema universal (PAIM et al., 2012).

Antes do SUS, as ações de saúde eram divididas entre Ministério da Saúde, responsável por ações preventivas, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, cujo foco limitava-se ao âmbito individual, uma vez que destinava-se somente aos trabalhadores que tinham carteira assinada, ou seja, àqueles com vínculo formal de trabalho e que contribuíam para a Previdência Social. Na ditadura militar, a proteção social se dava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, devido à necessidade de incorporação de contratos da iniciativa privada e respectiva fiscalização dessa estrutura burocrática, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (RAMOS; DINIZ, 2017).

Com o reconhecimento legal do direito à saúde, em 1988, o conceito de cidadania foi ampliado em âmbito nacional e projetou o Brasil internacionalmente por ser um país capitalista da América Latina com Sistema de Saúde Universal. Ao longo da sua existência, configurou avanços políticos, ampliação dos serviços públicos, progresso no modelo de atenção à saúde e alteração do cenário de morbidade e mortalidade. Contudo, a permissividade da atuação dos setores privados e filantrópico-privados impôs uma competição política com enfraquecimento do SUS e olhares de ineficiência do sistema público (BAHIA, 2018).

3.3 O Direito à Saúde no SUS

Para a concretização do direito à saúde por meio do SUS, a Lei Orgânica da Saúde prevê: diretrizes com princípios de universalização, equidade e integralidade; e princípios organizativos, como regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990).

Configurando o direito à saúde, os princípios diretivos da universalização, equidade e integralidade parecem se relacionar mais diretamente para a operacionalização desse direito, motivo pelo qual serão no próximo subitem tratados.

3.3.1 Universalidade

Desde sua implantação, o aspecto da universalidade possibilitou que o SUS ampliasse para a população brasileira o acesso aos serviços de saúde, com consequente melhoria dos indicadores de condições da saúde como também da economia do país. Mesmo ainda com muito para melhorar para poder atingir a qualidade e a extensão da assistência à

saúde a toda a população, o SUS foi a maior formulação de política no Brasil para a concretização da concepção de cidadania, reafirmando o direito à saúde como direito humano (GIOVANELLA et al., 2018).

Cabe ressaltar que o sistema universal de saúde no Brasil, ao considerar a garantia dos direitos sociais e, dessa forma, abrangendo o direito à saúde, foi construído de forma mais lenta que nos países capitalistas e foi marcado pelos movimentos contra o regime militar e pela efetivação da democracia. Ou seja, o direito à saúde universal, assim como a ampliação do acesso à educação, à cultura e da melhora no padrão de vida representavam o desenvolvimento econômico e da força produtiva para a expansão do capitalismo industrial (ANDREAZZI, 2017).

Em contraponto à universalidade do SUS, após o apoio da OMS e do Banco Mundial para Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, há um movimento para o impulso da cobertura universal de saúde (UHC) como uma das políticas de saúde globais mais proeminentes (GIOVANELLA et al., 2018).

Diferentemente do Sistema Universal de Saúde, a UHC sugere uma cesta mínima de serviços e visa a “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”¹⁵ com a principal justificativa de proteção financeira (GIOVANELLA et al., 2018, p. 1765).

Diante do vocabulário próximo da cobertura universal de saúde e sistema universal de saúde, parece haver uma carência de clareza quanto à interpretação dos dois conceitos, por muitos considerados como sinônimos, no entanto efetivamente tidos como diferentes, como proposto por Giovanella et al. (2018). A literatura internacional, citando autores como Atun et al. (2015), Doniec, Dall'alba e King (2016) e Andrade et al. (2018) trataram em seus estudos sobre a cobertura universal de saúde como dominante no Brasil e com analogia ao termo sistema universal de saúde. Outros estudos como o de Cassiani (2014), Laurell (2016) e Marziale (2016) não diferenciaram claramente os termos e utilizaram a cobertura universal de saúde como a almejada para fornecer os melhores resultados de saúde.

Laurell (2016), contudo, assinala que são termos distintos e os relaciona com o direito à saúde apontando que:

¹⁵ ONU. Organización Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. **Resolución 70/1**. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. New York: ONU; 2015.

El derecho a la salud se ha convertido en un tema de debate y lucha político-ideológico. Ocurre así porque actualmente hay dos concepciones distintas sobre qué entender por derecho universal a la salud. Está, por un lado, la concepción de la Cobertura Universal de Salud (CUS) basada en el aseguramiento que cubre un paquete restringido de servicios. Por el otro, está la concepción de alcanzarlo a través de un sistema único, público y gratuito de salud para garantizar igual acceso a todos ante la misma necesidad conocido como el Sistema Único de Salud SUS (LAURELL, 2016, p. 2)¹⁶.

Ao diferenciar os termos e avançar na discussão, Laurell (2016) assinala a diferença da lógica presente na organização de sistemas de saúde que se encaminham ao tomar como central a cobertura universal com um forte acento neoliberal ou a concepção de sistemas universais com a busca da garantia do direito à saúde, por meio de sistemas públicos e solidários, que contudo “enfrentan varios desafíos relacionados con crecientes exigencias de la población y la persistencia de un agresivo sector privado”¹⁷ (LAURELL, 2016, p. 7).

Segundo Lima (2015), a cobertura universal de saúde vem sendo discutida como uma das alternativas para a crise da saúde pública e deve ser analisada na vertente do capitalismo. Surgiu da necessidade da contenção de gastos e da organização do mix público-privado com transferência de responsabilidade do Estado e, ainda, prevendo a participação do usuário para o custeio da atenção à saúde. Ou seja, a universalidade direcionada pelo mercado e não pela proteção social de direito à saúde.

A proposta da cobertura universal está intimamente ligada à forma como o Estado fornece suporte para o direito à saúde. Como essa proposta é voltada para uma população vulnerável e marginalizada a partir da oferta de serviços públicos essenciais, devido aos riscos financeiros representados pela busca por outras formas de mecanismos de financiamento, os sistemas universais são postos em risco e, conseqüentemente, o direito à saúde. A cobertura universal está associada à lógica neoliberal, que privilegia os direitos de consumo em detrimento aos direitos de cidadania, entre eles o de saúde, sucumbindo à lógica do mercado (BARROS; DELDUQUE; SANTOS, 2016).

¹⁶ Tradução da autora – “O direito à saúde tornou-se um tema de debate e luta político-ideológica. Acontece assim porque atualmente existem duas concepções diferentes sobre o entendimento por direito universal à saúde. Existe, por um lado, a concepção da Cobertura Universal de Saúde (CUS) baseada no seguro que cobre um pacote restrito de serviços. Por outro lado, existe o conceito de alcançá-lo por meio de um sistema único, público e gratuito de saúde, para garantir acesso igual a todos diante da mesma necessidade conhecida como Sistema Único de Saúde (SUS)”.

¹⁷ Tradução da autora – “enfrentar vários desafios relacionados às crescentes demandas da população e à persistência de um setor privado agressivo”.

Já os sistemas universais, centrados na compreensão do direito à saúde, parecem responder melhor às necessidades da população. No Brasil, a organização das três esferas do governo aumentou a complexidade da organização do sistema, visto que o Brasil é um país de dimensões continental, com a maioria dos municípios caracterizados como de pequeno porte e que dependem dos repasses financeiros do governo federal para sustentabilidade do SUS. Oportuno destacar, nesse contexto, que somente o Brasil possui essa forma de organização entre os países de sistema universal de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Na análise dos 30 anos do SUS, Bahia (2018) pontua que, ao longo do tempo, o SUS trouxe imensos avanços com significativas mudanças nos indicadores de saúde e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Entretanto, para a autora, o SUS ainda não é universal e, no transcorrer de sua existência, a formulação de políticas de saúde não foi gerada pela pasta específica da saúde e sim sob influência de políticas favoráveis e contrárias ao SUS, envolvendo esferas formais e informais de debates. Dessa forma, as mudanças no cenário internacional, com adesão ao neoliberalismo aliada às políticas internas restritivas e focalizadas com o percurso do sistema privado, dificultaram a consolidação do sistema universal no Brasil.

3.3.1 Equidade

A expressão equidade tem seu conceito construído com a contribuição inicial de Aristóteles, o qual relacionava a proporção entre o bem comum do individual entre os envolvidos com a possibilidade de reparar possíveis enganos e aproximar a igualdade política (TEIXEIRA, 2012). O conceito da equidade em saúde é multidirecional e perpassa o espaço da cidadania, com o foco do ideal de justiça plena e a possibilidade de atenção à saúde resguardando o cuidado para eliminar as discriminações. Está relacionado com a cidadania, pois surgiu concatenado ao direito das minorias e no preceito de equiparar a igualdade (BARROS; SOUSA, 2016).

A equidade em saúde é embasada no alcance da igualdade originada das desigualdades sociais e da oportunidade para atingir o potencial pleno de saúde, sem que qualquer pessoa esteja em desvantagem para alcançar esse potencial. Sua vertente econômica surgiu da visão da saúde como estoque do capital e da origem na identificação que a taxa de mortalidade tinha relação direta com a diferença de grupos sociais. Assim, atuar para equidade em saúde traz benefícios para a sociedade que vão além do campo específico da

saúde e exige investigação das causas para a formulação de políticas públicas que operem em seus fatores de risco (GIACOMELLI; MARIN; FEISTEL, 2017).

As desigualdades econômicas, causadoras das desigualdades na saúde, são focos das políticas globais com necessidade de pesquisas para direcionamento das mesmas e se constituem em uma das prioridades na agenda do desenvolvimento sustentável (RASANATHAN; DIAZ, 2016).

Com a multiplicidade de desigualdade do direito à saúde, cada país determina em como abordar a equidade nesse contexto e a intervenção face às iniquidades. Na Europa, as desigualdades em saúde são identificadas como injustiça social e relacionadas à posição social e econômica consideradas evitáveis, enquanto que nos Estados Unidos não são associadas à ideia de justiça. Entretanto, tanto a Europa ocidental quanto a América do Norte, onde prevalecem as práticas neoliberais, possuem dificuldade para redistribuição de renda para diminuir as desigualdades sociais (LYNCH; PERERA, 2017).

Ao considerar a política social decorrente da condição de cidadania, o direito à saúde manifesta-se como direito humano e ligado ao direito inclusivo dependente dos determinantes de saúde, como educação, saneamento, nutrição, moradia, entre outros. No Brasil, com a implantação do SUS, o direito à saúde tornou-se universal e não excludente, como era antes da Constituição Federal de 1988, ou seja, o SUS enquanto política pública foi concebido para atuar no sentido de superar as desigualdades em saúde e, nessa perspectiva, um dos seus princípios é a equidade ao lado da universalidade e da integralidade (BARROS; SOUSA, 2016).

Diferentemente da universalidade e da integralidade, a equidade não é explícita enquanto termo na Lei Orgânica, que regulamenta o SUS. A palavra equidade surge no que concerne à justiça tributária como equidade na participação do custeio (CAMPOS, 2006). Para Paim (2006), a ambiguidade do termo, com diferentes formas de apresentação, torna a política pública do SUS parcialmente com promoção dessa equidade, pois atende necessidades de saúde de populações que eram excluídas do sistema, porém ainda com longo caminho a percorrer para atingir a igualdade.

A Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.436 de 2017, que revisa a PNAB, tem seus princípios e diretrizes em consonância com o SUS e a equidade é citada no Capítulo I das disposições gerais:

Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade [...] (BRASIL, 2017a).

Os sentidos da equidade no SUS mostram-se na linha vertical, ou seja, na distribuição desigual entre os desiguais (com situações distintas); e na linha horizontal com distribuição igualitária para os indivíduos em igualdade de condições. Tem sido operacionalizado na dimensão das condições de saúde, no acesso e no uso de serviços de saúde, na oferta de recursos de saúde, no financiamento e na qualidade de atenção para o esforço da garantia do direito à saúde (BARROS; SOUSA, 2016).

A atuação nas condições de saúde relacionadas aos determinantes sociais de saúde mostra-se importante para o alcance da equidade. Assim, deve-se superar o entendimento de causalidade que predomina na epidemiologia convencional e, assim, ampliar a visão das iniquidades de saúde em diferentes grupos da sociedade (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

No estudo de Stopa et al. (2017) sobre o acesso e uso dos serviços de saúde pela população brasileira em 2013, foi verificado que houve diferença no acesso aos serviços de saúde entre grupos de idade, níveis de instrução e regiões do país, especialmente porém com acesso universal na primeira procura. Cabe enfatizar que o acesso aos serviços de saúde está relacionado com a capacidade do serviço em responder às necessidades da população e, nesse contexto, a coordenação pela Atenção Básica pode ampliar a equidade no acesso, pois pressupõe a regulação para outros níveis de complexidade a depender da necessidade do indivíduo, que pode estar em maior ou menor risco de vulnerabilidade (BARROS et al., 2016; BRASIL, 2017a).

No decorrer da história do SUS, houve significativa ampliação da oferta de recursos de saúde. Todavia, deve assinalar a relação público-privada, as desigualdades regionais e o financiamento insuficiente, como elementos que se caracterizam como entraves para se atingir a equidade na oferta de recursos de saúde. A expansão dos serviços privados certamente interfere na estruturação do SUS e configura-se em interdependência entre os serviços. As desigualdades regionais no território brasileiro também são percebidas na distribuição de serviços e recursos de saúde que, por sua vez, são dependentes do financiamento (VIACAVA et al., 2018).

A equidade na distribuição dos recursos federais apresenta-se com limitações. Os critérios atuais, no geral, favorecem regiões com melhores condições socioeconômicas enquanto que municípios de maiores vulnerabilidades recebem menor volume de recursos na proporção de suas necessidades. Além disso, historicamente, constata-se maior aporte nos recursos para a MAC em relação à Atenção Básica (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com objetivo de incentivar a ampliação do acesso e melhorar a qualidade de serviços da Atenção Básica e, dessa forma, melhorar a equidade da qualidade da Atenção Básica em todo o país por meio de incremento financeiro (SANTOS et al., 2016).

Nesse cenário brasileiro, a efetivação da equidade ainda é um importante desafio no SUS (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016; PONTES et al., 2018). O princípio da equidade para tornar o sistema mais justo deve ser uma defesa inequívoca das políticas públicas do SUS, uma vez que não exclui o princípio da universalidade e cria possibilidades efetivas de oportunizar o direito à saúde para todos os cidadãos (PAIM; SILVA, 2010).

3.3.3 Integralidade

A integralidade como diretriz do SUS foi definida em sua legislação como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). É vista como uma imagem-objetivo a ser alcançada, representando um conjunto de significados para um modelo de sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2004; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

No SUS, são diversos os sentidos da integralidade. Para Mattos (2004), o termo integralidade percorre três grupos de sentidos: características de organização política como respostas às questões de saúde, organização dos serviços de saúde para a garantia da continuidade de atenção e atributo das práticas de saúde.

Com relação à prática de saúde, o indivíduo ou a coletividade devem ser compreendidos em sua totalidade, fundamentado na perspectiva biológica, psicológica, incluindo as dimensões subjetivas e socioculturais para ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (PAIM; SILVA, 2010). Existem várias formas para atuar nesse sentido, embora note-se a ênfase em ações tidas como curativas em ambientes como ambulatório e hospitais, em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde (MATTOS, 2004; SANTOS; BARROS; SILVA, 2018). Assim como ações concentradas nas manifestações agudas das patologias crônicas em relação à promoção da qualidade de vida de seus portadores e a doença em si em relação ao indivíduo (MAFFISSONI; VENDRUSCOLO; METELSKI, 2017).

Na prática de saúde, principalmente diante das doenças crônicas, há esforços para a mudança dos sistemas fragmentados para os sistemas integrados de saúde. A organização dos sistemas de saúde fragmentados possui uma visão de estrutura de saúde hierárquica e vertical. A compreensão distorcida em níveis de atenção à saúde verticalizada banaliza a atenção primária, caracterizada por situações de alta complexidade assistencial, daquelas que exigem maior densidade tecnológica, tipicamente executadas pelos níveis secundário e terciário de atenção (MENDES, 2011).

A configuração fragmentada e hegemônica coíbe o princípio de integralidade do SUS implicando em uma reorganização do sistema de saúde. Em 1994, surgiram iniciativas tímidas para reflexão e planejamento com a lógica sistêmica da integralidade prevista desde a Constituição Federal com a formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Para Mendes (2010), o conceito da RAS:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

Assim, os atributos que devem estar presentes nas RAS são as relações horizontais entre os serviços de saúde, relacionadas entre si com comunicação permanente (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Seu maior propósito é a garantia da integralidade da atenção à saúde por meio de ações e serviços integrados e, embora recomendada desde o início do SUS, somente em dezembro de 2010 teve a aprovação da Portaria nº 4.279, que estabeleceu as diretrizes para organização das RAS no SUS (MAFFISSONI; VENDRUSCOLO; METELSKI, 2017).

As RAS devem se constituir com a atenção fundamentada em uma dada população e seu vínculo inicial que deve ser feito pela Atenção Básica. A definição para essa população não é a mesma definida pelos setores censitários do IBGE, porém de uma população que vive em território sanitário distinto, que abrange o processo de territorialização e de vinculação às Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo ser totalmente conhecida por meio de cadastros familiares e classificada de acordo com os riscos sanitários. Associado a esse modelo, o Ministério da Saúde optou em operar com as redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (MENDES, 2014).

O Decreto nº 7.508, de junho de 2011, regulamentou sobre a organização do SUS e o processo de construção de Regiões de Saúde ou da regionalização das RAS, indicando que a regionalização possibilita o planejamento e a organização dos serviços de saúde de acordo com as necessidades regionais, articulação conforme oferta e demanda e otimiza recursos de saúde, muito embora implique na participação política e na responsabilidade entre os gestores. As dificuldades relacionadas à regionalização circundam a complexidade do processo e as desigualdades territoriais com fortes disputas políticas (VIANA et al., 2015; VIANA et al., 2018).

As disputas políticas partidárias interferem diretamente na organização e operação das RAS, uma vez que as forças de governabilidade impactam os municípios que dependem de transferência de recursos federais. Para sua implantação, existe a necessidade de investimentos, mesmo que possa proporcionar redução de custos a longo prazo. Outros desafios apontados pelas autoras Freitas e Araujo (2018) nos 30 anos do SUS foram: falta de informação da população sobre o funcionamento, principalmente dos profissionais; problemas no sistema de referência e contra referência; falta de comunicação entre os entes federativos; e fragmentação decorrente do sistema público e privado (FREITAS; ARAUJO, 2018).

Várias são as inserções das políticas públicas para o desenvolvimento da integralidade no seu sentido mais ampliado. Até 2010, para Paim e Silva (2010), a formulação de políticas com foco para a integralidade parecia menos evidenciada que a universalidade e equidade. Apenas no final desse mesmo ano foi aprovada a Portaria nº 4.279 com organização por meio das RAS (MAFFISSONI; VENDRUSCOLO; METELSKI, 2017).

Para Gurgel (2017), contudo, o Brasil enfrenta uma política de austeridade com aumento progressivo da atuação do setor privado para prestação de cuidados de saúde. Tal afirmação também é corroborada por Morosini, Fonseca e Lima (2018) que afirmam que houve retrocesso na configuração da PNAB em 2017.

As mudanças em que Ministério da Saúde renuncia a responsabilidade da coordenação com a justificativa da autonomia dos municípios pode comprometer o direito à saúde em um país com inúmeras realidades desiguais. Para Morosini, Fonseca e Lima (2018), a PNAB 2017 ainda relativiza o acesso universal que pode acarretar em segmentação do acesso ao cuidado, desvincular as equipes de seus territórios e apoiar a privatização. Cenário esse contextualizado em um momento de diminuição dos direitos em um processo capitalista que promove a desassistência de parte da população que possui alguma capacidade de compra de serviços de saúde.

4 Metodologia

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo que articula as abordagens quantitativa e qualitativa, sustentado pelos constructos do direito à saúde enquanto um princípio diretivo do sistema de saúde brasileiro e das políticas de financiamento do país. A articulação e complementação das abordagens permite um olhar mais abrangente acerca do objeto da investigação, pois, segundo Minayo (2014), a obtenção de dados referentes à descrição do objeto de estudo, como também a apreciação com foco nas interações, valores, crenças e representações podem potencializar a análise da problemática.

4.2 Cenário do estudo

O setor de prestação dos serviços de saúde de Foz do Iguaçu compreende a 9ª Regional de Saúde (9ª RS) - Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Contudo, devido ao expressivo desenvolvimento na área da saúde, a cidade recebe usuários de outros municípios e de outros países, principalmente paraguaios e argentinos (CONTE, 2013a).

A Gestão do SUS estabelece diretrizes para a gestão do sistema também no aspecto do planejamento, como responsabilidade do município em formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, aspectos efetivamente presentes em Foz do Iguaçu. Segundo documento produzido no município, Foz do Iguaçu realiza a gestão do sistema local de saúde, orientada para a intervenção sobre problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, por meio do Plano de Saúde que é submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2015a).

O município Foz do Iguaçu, no que tange à sua estrutura para serviços de saúde, possui 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) divididas em cinco distritos, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Poliambulatório, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Ambulatório de Saúde Mental, um Ambulatório de Tuberculose, um Tratamento fora do domicílio, um Centro de Nutrição Infantil/Materno, um Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), um Banco de Leite Humano e um Centro de Reabilitação (FOZ DO IGUAÇU, 2019). Há na cidade ainda cinco hospitais: Hospital Dia Psiquiátrico Renascer, Hospital Unimed; Hospital e

Maternidade Cataratas (os três com natureza jurídica de entidades empresariais), Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), com gestão pública, e Hospital Ministro Costa Cavalcante (HMCC), gerido por entidade sem fins lucrativos (BRASIL, 2019). O cenário do estudo para a coleta de dados primários foi delimitado pelos dois hospitais do município que possuem internação e atendimento de urgência e emergência SUS: HMCC e HMPGL. Não foram avaliados os prontuários das duas UPA, dado que os casos de maior complexidade são encaminhados para uma das duas instituições hospitalares que compõem o cenário do estudo.

O HMCC foi inaugurado em 1979, construído pela Itaipu Binacional. Trata-se de um hospital de alta complexidade, de esfera privada e de natureza beneficente, sem fins lucrativos e com atendimento de 60% pelo SUS. Parte de seu financiamento provém da ITAIPU Binacional. Esse hospital possui selo de acreditação pleno, nível III, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), desde 2014. No que se refere às atividades vinculadas ao SUS, a instituição destaca-se como referência em serviços de cirurgias cardiovasculares, em oncologia de alta complexidade e no centro de atendimento materno-infantil, composto por um centro obstétrico e por uma unidade de terapia intensiva neonatal (BRASIL, 2015a).

O HMCC conta com 202 leitos, dispostos em 24 mil metros quadrados e criou o primeiro serviço de cirurgia vascular do município e de tratamento de câncer. O centro de oncologia possui os serviços de radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, bloco de internamento, consultórios, salas de curativos e de observação e uma brinquedoteca para as crianças em tratamento. Desde 2005, possui o título “Hospital Amigo da Criança”, concedido pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Destaque para o Centro de Atendimento à Saúde Materno-Infantil, que concentra o Centro Obstétrico e a UTI Neonatal (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTE, 2017), e é referência para o SUS.

O HMPGL é uma instituição de média complexidade, mantido pelo SUS, com 180 leitos, sendo 26 de UTI. Sua gestão é municipal, com demanda espontânea e referenciada, sendo referência para urgência e emergência clínica e traumática, configurado por uma unidade de pronto socorro municipal (BRASIL, 2015a).

Em setembro de 2016, o Decreto nº 24.814 (FOZ DO IGUAÇU, 2016b) determinou intervenção no HMPGL, englobando os serviços administrativos, ambulatoriais, hospitalares e recursos humanos, em virtude da dificuldade financeira da instituição decorrente:

- da população de 256.088 habitantes em Foz do Iguaçu de acordo com registro do IBGE, em contrapartida a um número maior de atendimentos prestados para fins de garantia do direito à saúde de estrangeiros;
- dos brasileiros residentes no Paraguai, estimados em 250 mil, que utilizam o sistema

- de saúde do município;
- por força de decisão judicial que determina que os turistas devam ser atendidos pelo SUS (em 2014, 87.670 estrangeiros chegaram à cidade pelo aeroporto, 357.303 pelo Paraguai e 661.399 pela Argentina);
- dos dados de que, em 2014, foi verificado que 23% dos atendimentos hospitalares eram destinados a
- estrangeiros e que 28% dos atendimentos em atenção básica foram direcionados à população não residente no município;
- dos recursos federais serem insuficientes;
- da UNILA abrigar metade de seus alunos estrangeiros que passaram a ter direito aos serviços de saúde oferecidos pelo município (FOZ DO IGUAÇU, 2016a).

Aos 22 de dezembro de 2016, o Governo do Estado do Paraná assinou Termo de Cooperação Técnica e Financeira com objetivo de impedir a interrupção dos serviços prestados pelo HMPGL por meio da normatização da gestão. Entre os compromissos, previu a transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde do Paraná (FUNSAUDE), para o Fundo Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, para HMPGL, com valor de R\$38.220,00, divididos em seis parcelas de R\$6.370,00 (FOZ DO IGUAÇU, 2016b). Há estimativa de que o governo estadual tenha investido R\$ 115 milhões durante a intervenção¹⁸. A atual direção da instituição, desde novembro de 2017, aumentou a produtividade em 60% de cirurgias eletivas e 12% da capacidade de internamento com investimentos municipais (HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK, 2019).

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados da presente investigação foi dividida em duas etapas para a fase quantitativa: uma para dados secundários e outra para os dados primários. Ainda contou com uma fase de produção de dados primários caracterizada pela realização de entrevistas com agentes vinculados à gestão dos serviços que compuseram o cenário da pesquisa, considerados informantes-chave para a abordagem da problemática do estudo.

¹⁸ Em maio de 2017, o Governo do Estado do Paraná renovou a parceria administrativa até outubro de 2017 e declarou estimar já terem sido investidos R\$ 115 milhões durante a intervenção. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=41015>>. Acesso em: 18 maio 2017.

4.3.1 Fases relativas à abordagem quantitativa

A coleta de dados quantitativos deu-se em duas etapas: a primeira, referente aos dados secundários, e posterior à coleta de dados primários nos dois hospitais investigados.

Para aproximação dos dados secundários, foi realizado contato prévio com a área responsável pela Divisão de Disseminação de Informações em Saúde (DIDIS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para certificação da disponibilidade de variáveis definidas para pesquisa, sendo verificada a impossibilidade de identificação do local de residência dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais no banco de dados do DATASUS.

Considerando esse aspecto, foram utilizados dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), disponíveis no DATASUS e ainda informações no Fundo Nacional da Saúde (FNS) do Ministério da Saúde.

Cabe pontuar que não foram analisados os dados do SIA, pois apresentavam-se com número de atendimentos menor que o número de internações, sinalizando a ocorrência de inconsistência desses dados.

O período selecionado considerou o início dos dados disponibilizados no SIH por local de internação, ou seja, a partir de 2008. A coleta de dados teve início em julho de 2017 e finalizou em janeiro de 2018. Os dados disponibilizados até o período não dispunham do mês de dezembro de 2017. Portanto, houve atualização dos dados em março de 2019 para coleta dos dados de dezembro de 2017 e do ano seguinte¹⁹. Para a certificação da adequada coleta dos dados, foram resgatados os demais meses de 2017 para confrontar com os dados coletados em janeiro de 2018. Assim como os dados de morbidade, procedeu-se a uma nova coleta de dados em fevereiro de 2019 dos dados do SIOPS, referente aos repasses financeiros para identificação do ano de 2018²⁰.

A busca dos dados foi repetida em dias diferentes com objetivo de confirmar os resultados encontrados e garantir que a falta ou falha de algum dado fosse decorrente de algum problema momentâneo do sistema.

¹⁹ A coleta dessa atualização foi realizada por aluno de iniciação científica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade do Estado de São Paulo (EERP/USP), bem como supervisionada e conferida pelas pesquisadoras.

²⁰ Coleta foi realizada pela pesquisadora.

Entre janeiro de 2018 a maio de 2018, os dados foram organizados para identificação dos principais achados para melhor planejamento da coleta dos dados primários. Foram coletados, *in loco*, em cada hospital, dados das Autorizações da Internação Hospitalar (AIH) de todos os pacientes atendidos pelos serviços de urgência e emergências das duas instituições hospitalares entre os anos de 2013 e 2017. Foram excluídos da análise os pacientes atendidos que eram moradores da 9ª RS.

A coleta aconteceu primeiramente no HMPGL²¹, no período de junho a agosto de 2018. No HMCC, os primeiros contatos aconteceram em maio de 2018 e a liberação para coleta em agosto de 2019. Nessa instituição, os dados foram fornecidos pela analista de tecnologia da informação e homologada pela gerente de atendimento. Oportuno mencionar, entretanto que o acesso era restrito aos dados solicitados, de modo que não foi disponibilizado o acesso integral às AIH.

As AIH são preenchidas pelos hospitais após a alta hospitalar e são enviadas eletronicamente para a Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual de Saúde. Possuem dados sobre o paciente (sexo, data de nascimento, idade, município de residência, código postal e nacionalidade), da hospitalização (especialidade, tipo de admissão, data da admissão, data da alta, dias de permanência, procedimentos realizados e diagnóstico), o custo hospitalar e informações sobre procedimentos realizados (BRASIL, 2015b).

4.3.2 Fase relativa à abordagem qualitativa

A abordagem qualitativa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, tendo como sujeitos informantes-chave os brasileiros – gestores municipais e das instituições hospitalares do município de Foz do Iguaçu – que compuseram o cenário da pesquisa e que se voltam para o atendimento de urgência e emergência. O objetivo da entrevista foi identificar e analisar as percepções desses gestores no que concerne ao atendimento de saúde para população flutuante, nas dimensões do direito ao atendimento, à caracterização dessa população, ao impacto no sistema de saúde local no atendimento à população flutuante e às ações e estratégias que podem ser construídas visando a colaborar para adequação dos

²¹ A coleta dados primários foi feita com auxílio de um enfermeiro e de uma acadêmica de iniciação científica do Centro Universitário Uniamérica - Centro Comunitário, localizado em Foz do Iguaçu, e do qual a pesquisadora é, desde 2017, coordenadora do curso de graduação de Enfermagem. Os colaboradores para a coleta foram treinados, acompanhados e supervisionado presencialmente pela pesquisadora em todos os dias da coleta dos dados.

recursos e repasses do MS ao município para o atendimento de emergência e urgência da população flutuante de Foz do Iguaçu.

Optou-se pela entrevista semiestruturada por possibilitar que o entrevistado descreva suas experiências de forma livre e espontânea a partir do tema ou aspectos do tema proposto pelo entrevistador. Essa técnica permite conhecer a perspectiva do sujeito em relação ao contexto por ele vivido em relação à situação investigada (TRIVIÑOS, 2010).

Para seu desenvolvimento, foi construído para a entrevista um roteiro (APÊNDICE 1) cuja parte inicial limitava-se à identificação do entrevistado e a segunda parte composta por elementos pertinentes às indagações centrais da pesquisa. Esse roteiro foi finalizado após o término da coleta quantitativa que permitiu a adequação dos elementos que compuseram o roteiro.

Neste estudo, o critério de recrutamento dos sujeitos para a realização das entrevistas visava a incluir na amostra informantes-chaves do município a partir da indicação inicial dos diretores presidentes de cada hospital investigado e da Secretária Municipal de Saúde. Essa técnica chamada de *snowball* ou técnica da bola de neve ajuda o pesquisador a localizar os informantes preferenciais, uma vez que emprega amostra não probabilística por cadeia de referência e é útil em investigações que requerem o conhecimento específico das pessoas (VINUTO, 2016).

O contato foi realizado simultaneamente com diretoria dos hospitais e com a Secretaria Municipal de Saúde. O primeiro entrevistado foi indicado pelo diretor de um dos hospitais e os seguintes por indicação do entrevistado anterior (como indicado pela técnica bola de neve). Após a primeira entrevista, foi realizada a análise preliminar para avaliar as possíveis adequações do roteiro da entrevista. Essa primeira entrevista não foi descartada e não houve necessidade de adequações do roteiro.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e ocorreram no próprio ambiente de trabalho de cada sujeito, em sala reservada para tal finalidade ou em local definido pelo entrevistado, com agendamento prévio, conforme disponibilidade do mesmo. Foram previamente explicados pela pesquisadora os objetivos da pesquisa e entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) para que espontaneamente consentissem em participar do estudo. Em seguida, foram gravadas as entrevistas semiestruturadas em dois aparelhos para segurança da gravação. Os participantes tiveram ciência de que em qualquer momento, antes da publicação do trabalho, poderiam solicitar sua desistência à pesquisadora, à sua orientadora ou ao Comitê de Ética e Pesquisa

(CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) de forma a serem excluídos do estudo.

Dos indicados pelos entrevistados iniciais, três indivíduos não responderam aos contatos por via eletrônica e telefônica e um deles desmarcou três vezes o agendamento, não sendo portanto possível a realização da entrevista. No total, foram realizadas 15 entrevistas, com duração entre 13 e 36 minutos, com média de 21 minutos.

4.4 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida conforme orienta a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos. O projeto foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, para o HMCC e para o HMPGL e, após a anuência das instituições, submetido e aprovado ao CEP da EERP-USP (ANEXO 1), com o número do Parecer 2.450.321 (CAAE: 79812517.0.0000.5393).

Como mencionado anteriormente, foi apresentado aos entrevistados o TCLE e, a partir de sua leitura, convidados a participarem da pesquisa. O TCLE contém informações detalhadas sobre os aspectos da investigação: natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios previstos.

4.5 Análise de Dados

Com relação aos dados da fase quantitativa, a partir dos dados do DATASUS foi identificada a morbidade hospitalar a partir do diagnóstico de internação, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID10) e classificadas em atendimento geral e por urgência.

Com relação ao repasse financeiro verificado no SIOPS, os dados foram descritos por bloco de financiamento e ano, no município de Foz do Iguaçu. O total de repasses financeiros, como também a distribuição percentual dos recursos próprios em saúde, foi descrito e alinhado à análise das entrevistas com os informantes-chaves.

Verificou-se, a partir do levantamento dos dados das AIH, o perfil do atendimento de urgência e emergência dos usuários quanto à nacionalidade (brasileiros turistas, paraguaios, argentinos, brasiguaios e outro turista internacional) e ao motivo da procura pelo serviço (urgência e emergência clínica, traumática e gestacional). Na mesma oportunidade, foi identificado o custo assistencial total de cada paciente não morador da 9ª Regional de Saúde,

ambos declarados na AIH. A partir dos dados obtidos, foi calculado o custo médio assistencial de cada paciente da população flutuante atendido pelo SUS, na cidade de Foz do Iguaçu, tendo sido utilizados como parâmetro de custo/preço os valores constantes da Tabela SUS.

Posteriormente, foram confrontados os dados secundários originários do DATASUS sobre o perfil de internação geral no município de Foz do Iguaçu, dados do repasse financeiros e dados primários da AIH. Para tanto, utilizou-se da estatística descritiva e construção de tabelas.

Referente à fase qualitativa, cada entrevista foi gravada e transcrita para melhor visualização dos dados. Na análise, foram utilizados elementos da técnica de Análise de Conteúdo (AC) (BARDIN, 2016), em sua vertente temática, que busca analisar o conteúdo da fala e ações do sujeito de mensagens concretas e as significações não aparentes no texto com pressuposto teórico de diversas concepções do mundo e com as situações de seus produtores e receptores (CAMPOS et al., 2004). A análise desse material empírico foi confrontada com a literatura do direito à saúde e das políticas públicas de financiamento.

Nessa perspectiva, são conhecidas várias modalidades de análise de conteúdo: lexical, de expressão, de relações, de enunciado e temática. Dentre elas, optou-se pela Análise Temática, a partir da perspectiva dada por Minayo (2014), ou seja, com o intuito de investigar, por meio das falas dos sujeitos entrevistados, as dificuldades de financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais existentes na tríplice fronteira e as respectivas propostas para intervenção diante dessa situação.

Para Minayo, a Análise Temática possibilita:

Descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (...). Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (2014, p. 36).

A escolha, portanto, em analisar as falas dos informantes-chaves na vertente temática possibilitou identificar a presença de temas que pudessem demonstrar o pensamento e comportamento nas falas e responder sobre as questões desta pesquisa, ou seja, acerca das dificuldades de financiamento no atendimento da população flutuante, perfil de atendimento e as estratégias que poderiam ser implantadas e que, conseqüentemente, colaborariam para adequar os recursos e repasses financeiros do Ministério da Saúde para o atendimento de urgência a essa população flutuante na visão dos informantes-chaves.

A análise temática possui três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Na primeira etapa, realizou-se a leitura flutuante seguida da constituição do *corpus* (universo estudado), respeitando: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), a homogeneidade (clara divisão entre os temas), a exclusividade (um elemento só pode estar em uma categoria), a pertinência (existência de elementos que visem a atingir os objetivos da pesquisa) e a adequação ou pertinência (adaptação aos objetivos do estudo). Essa fase ainda é caracterizada pela leitura exaustiva do material e pela elaboração de indicadores que fundamentem a compreensão (MINAYO, 2014).

Ainda na primeira fase, foram recortados fragmentos da fala dos informantes-chave de acordo com a delimitação pela compreensão de um assunto para possibilitar a categorização por núcleos do sentido. A partir dos núcleos dos sentidos convergentes foram organizados e aglutinados os temas. O Quadro 3 apresenta-se como um exemplo da análise do fragmento da fala, a contextualização do implícito e do explícito, o núcleo de sentido correspondente e tema.

Quadro 3 - Exemplo da matriz utilizada para a análise do material empírico.

Tema	Sentido (núcleo de sentido)	Contextualizar (implícito e o explícito)	Fragmentos
Financiamento Mecanismos	Financiamento do SUS – dificuldade da equidade	Fala que as políticas públicas muitas vezes são ineficientes devido à geopolítica diversificada com dificuldade do Ministério da Saúde em distribuir os recursos de maneira adequada	[...] infelizmente, historicamente esse recurso acaba indo... sendo destinado mediante a políticas públicas do Governo Federal que, muitas vezes, acabam se mostrando ineficientes, porque o Brasil tem uma geopolítica muito diversificada e é difícil você com uma conduta prever, conseguir distribuir de maneira adequada esses recursos através de políticas, ou portarias do Ministério da Saúde e tudo mais [...] E4

Neste estudo, emergiram três temas a partir da aglutinação dos núcleos de sentido: Caracterização dos sujeitos, cenário e população flutuante; Universalidade da Atenção – dilemas do direito à saúde; e Mecanismos e estratégias para enfrentamento do atendimento da população flutuante em Foz do Iguaçu.

Após a análise e interpretação dos dados da fase quantitativa e, posteriormente à fase qualitativa, procurou-se integrar tanto os resultados convergentes como os divergentes de todas as fases de coleta da pesquisa. O diálogo e a articulação entre os dados qualitativos e quantitativos podem permitir ampliar a visão da realidade sob vários ângulos, com a possibilidade de aprofundamento de uma discussão de forma interativa e intersubjetiva. Supera a dialética objetiva com a combinação do conhecimento da intersubjetividade com a valorização do significado e das estruturas sociais (MINAYO, 2014).

Nesse contexto, cabe ressaltar a necessidade do alinhamento dos objetivos gerais e específicos para organizar cada etapa do processo de ordenação, classificação e análise dos resultados, assim como dimensionar a importância de cada dado quantitativo e qualitativo desta pesquisa.

5 Caracterização dos sujeitos, cenários e população flutuante

5.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa: quem são os informantes-chave

Participaram do estudo 15 informantes-chaves, 11 do sexo masculino e quatro do feminino, oriundos de diferentes campos de formação profissional: cinco formados em Medicina, três em Administração, dois em Ciências Contábeis, dois em Enfermagem, um em Direito, um em Farmácia e um em Nutrição.

No Quadro 4, é possível observar as características dos sujeitos quanto ao sexo, idade, tempo de formação, formação em nível de pós-graduação, forma de acesso ao cargo atual e experiência anterior com gestão.

Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo características demográficas, formação, formas de acesso ao cargo atual e experiência anterior com gestão em Foz do Iguaçu, 2019.

Sujeito	Sexo	Idade	Tempo de formação	Formação nível pós-graduação	Forma de acesso ao cargo	Experiência anterior com gestão
E1	M	36	5a	Não	Processo seletivo	Não
E2	M	42	16a	Sim	Indicação	Sim
E3	F	39	4m	Não	Indicação	Não
E4	M	42	16a	Sim	Indicação	Sim
E5	M	62	18a	Não	Indicação	Sim
E6	M	31	7a	Não	Indicação	Não
E7	M	45	8a	Não	Indicação	Não
E8	M	68	36a	Sim	Indicação	Sim
E9	M	45	21a	Sim	Processo Seletivo	Sim
E10	M	52	27a	Sim	Concurso público	Sim
E11	F	42	7a	Sim	Indicação	Não
E12	F	32		Sim	Indicação	Não
E13	M		24a	Sim	Indicação	Sim
E14	M	50	25a	Sim	Indicação	Sim
E15	F	48	28a	Sim	Indicação	Sim

O sexo que prevaleceu entre os entrevistados foi o masculino (73,33%) em relação ao feminino (26,67%). A média de idade foi de 45 anos, variando entre 31 anos a 68 anos. Dos participantes, dez apresentaram formação em nível de pós-graduação, sendo que quatro em *stricto sensu*, e nove possuíam experiência anterior ao cargo atual em gestão de serviços de saúde. Treze sujeitos ocupavam o cargo por indicação, dois por processo seletivo e um por concurso público.

Após a Constituição de 1988, a gestão da maioria dos serviços públicos, incluindo os de saúde por meio do princípio organizativo do SUS da descentralização, é feita de forma integrada entre as três esferas de governo. Na descentralização político-administrativa, cada nível do governo possui soberania desde que respeitados os princípios gerais e a participação da comunidade, de maneira que as políticas foram municipalizadas e os municípios estabeleceram-se como principal fornecedor de serviços de saúde (LOBATO; MARTICH; PEREIRA, 2016).

Em 2011, o Decreto nº 7.508 definiu que na organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa devem ser formados por uma rede regionalizada e hierarquizada. Definiu-se ainda que as regionais de saúde devem ser organizadas para ofertar ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial (BRASIL, 2011).

Entretanto, devido aos múltiplos cenários dos municípios brasileiros com amplas diferenças de população e necessidades de saúde aliadas às desigualdades sociais, geográficas, políticas, econômicas, técnico-administrativas e financeiras contribuem muitas vezes para o risco de não concretização da integralidade da assistência à saúde. A regionalização do SUS, embora almejasse, em sua concepção, a ampliação do acesso com fortalecimento da universalidade e equidade, frequentemente ensejou a disputa entre os municípios por recursos financeiros. Dessa forma, o papel do gestor para integrar uma rede regionalizada é essencial para consolidação da política do SUS (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A atuação, portanto, dos gestores deve ser pautada considerando as dimensões técnica, política e administrativa. Na atuação prática, essas dimensões adquirem significado importante, com a necessidade de um conjunto de saberes técnicos para a implementação de políticas articuladas à administração para responder às necessidades de saúde (PINAFO et al., 2016).

Nota-se que no município de Foz do Iguaçu prevaleceu a indicação política para ocupação dos cargos. Paim e Teixeira (2007) apontaram que entre os nós para a gestão do SUS reside no fato de que a ocupação dos cargos, em todos os níveis do sistema, ocorre prioritariamente por indicação política e não por capacidade técnica. Carvalho e Shimizu (2016), em estudo sobre monitoramento e avaliação do SUS na perspectiva dos gestores realizado na Bahia, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins, verificaram a fragilidade na gestão profissionalizada com a persistência da indicação política para os cargos de gestão. No entanto, em Foz do Iguaçu, apesar da observância das indicações para os cargos, existe uma preocupação com a dimensão técnica, visto que dez dos entrevistados possuíam formação em nível de pós-graduação e nove apresentavam experiência anterior ao cargo, tendo vivenciado a gestão de serviços de saúde em distintos níveis de atuação.

5.2 O cenário, o perfil social e de morbidade da população flutuante no município de Foz do Iguaçu

Para a caracterização do cenário do município de Foz do Iguaçu, que se situa na região da tríplice fronteira, e da população flutuante que busca acesso aos serviços de saúde da rede de atenção do município é relevante sobretudo a consideração sobre alguns momentos históricos dessa região.

Um dos fatos mais importantes ocorridos na região foi a Guerra do Paraguai, que durou de 1864 a 1870. Essa guerra mobilizou do Paraguai significativo aporte de recursos econômicos, territorial e de população, com a participação inclusive de mulheres e de crianças em combates. Houve perda de 40% do território daquele país, de forma que a sociedade e a economia ficaram desestruturadas, tendo em vista a morte de aproximadamente 90% dos homens adultos (SOUCHAUD, 2011). Segundo Mota (1995), o Paraguai tornou-se “um país de sobreviventes” assolado por problemas econômicos, desnutrição e epidemias na população.

Em 1918, Foz do Iguaçu recebeu seu nome e àquela época sua importância já despontava na conjuntura brasileira por se tratar de uma região de fronteira, com a já instalada colônia militar desde 1889. Entre outros importantes marcos para o município, tem-se a abertura da Ponte da Amizade em 27 de março de 1956, que ligaria Foz do Iguaçu à Ciudad del Este e a inauguração, no mesmo período, da BR 277²², que proporcionou passagem para grandes centros do Brasil (CARVALHO, 2016). Xavier e Oliveira (2018) apontam em seu estudo que essas construções incentivaram uma estrutura comercial urbana importante para os dois municípios e que, até a atualidade, compartilham dinâmica econômica intermunicipal.

A construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu inseriu Foz do Iguaçu numa perspectiva de notoriedade nacional e internacional. A partir das obras realizadas no Brasil e no Paraguai, que iniciaram em 1975 e perduraram até 1982, observou-se a evolução urbana, com a transformação de Foz do Iguaçu impactando positivamente a sociedade. Verificou-se na oportunidade um fluxo migratório intenso em virtude da oferta de empregos pela usina, com consequente aumento de necessidade por moradia, escolas, serviços de saúde e outras áreas de prestação de serviços. Todavia, a expansão populacional e econômica também favoreceu a expansão da periferia empobrecida e dos problemas sociais decorrentes, constituindo uma configuração que influenciou a formação socioespacial do município (CONTE, 2013b).

²² A BR 277 corta o estado do Paraná, sentido leste-oeste, ligando o Porto de Paranaguá a Curitiba, Ponta Grossa, Guarapuava, Laranjeiras do Sul, Cascavel, Foz do Iguaçu. Interliga-se com a Rodovia Transparaguai. Fonte: <http://www.der.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=15>. Acesso: 20 de março de 2019.

A Usina de Itaipu influenciou, outrossim, a dinâmica urbana de Ciudad del Este e de Puerto Iguazú. Em Ciudad del Este, além do aumento populacional e melhora da organização municipal, caracterizou-se fortemente pela influência na diminuição das tarifas para a importação e eliminação das tarifas para exportação que propiciou a vinda de libaneses, palestinos, chineses, coreanos, entre outros para o comércio. Assim, o comércio fomentou a ocupação por comerciantes estrangeiros, milhares de paraguaios, brasileiros e até por argentinos que representaram o deslocamento de 20 a 40 mil pessoas atravessando a Ponte da Amizade em dias de alto fluxo (CONTE, 2019).

Por sua vez, Puerto Iguazú também foi caracterizada pelo crescimento populacional, porém não tão expressivo. Sua principal atividade econômica é atualmente o turismo e não há ligação entre Puerto Iguazú e Ciudad del Este por ponte, sendo necessário, portanto, o uso de balsa para atravessar os dois países. Entre Foz do Iguaçu e Puerto Iguazú não é considerado intenso o trânsito de pessoas quando comparado ao fluxo Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, com passagem diária média de quatro mil pessoas (CONTE, 2019).

Frequentemente, as regiões de fronteira são marcadas por violência, rotas de tráfico, crime organizado, comércio ilegal, atividades ilícitas, necessidade de ações de saúde, inclusão social, políticas de bem-estar integradas, entre outras características que influenciam a sociedade local (NOGUEIRA; GOMES; BARBOSA, 2018), não sendo a tríplice fronteira Brasil/Paraguai/Argentina, com suas três cidades, portanto, uma situação particular.

A região da tríplice fronteira abarca um único distrito sanitário do ponto de vista epidemiológico. Portanto, tornam-se essenciais ações de proteção à saúde articuladas, uma vez que doenças não consideram limites fronteiriços caracterizados pelo fluxo intenso. Além das doenças transmissíveis, indicadores como a mortalidade materno-infantil merecem atenção, pois há casos, como anteriormente mencionado, de gestantes que cruzam a fronteira para realizarem parto no Brasil (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Segundo Campos et al. (2018), Foz do Iguaçu apresentava, em 2015, uma das mais elevadas taxas de incidência de tuberculose no Paraná, com um coeficiente de 62,9 casos por 100 mil habitantes e o estado com 18,9 casos por 100 mil habitantes. Os autores reiteram a vulnerabilidade da região pela mobilidade das pessoas e das especificidades locais que não são consideradas nas políticas públicas de saúde.

Os informantes-chave reconhecem a importância e a complexidade do cenário da região da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina, no qual processos históricos e culturais interferem nas relações humanas e, conseqüentemente, nos processos saúde-doença e produção de cuidado na região.

É um assunto complexo, muito complexo, porque essa complexidade implica, inclusive, em fazer uma análise mais pontual da nossa realidade regional. Então, nós temos situações de saúde que são peculiares às três fronteiras. Nós temos situações muito próprias da região. Porque aqui tem uma cultura típica mais miscigenada dessa população próxima e que tem algumas doenças que têm muita similaridade. Então, se nós pegarmos a título de exemplo, a população paraguaia aqui é bastante próxima da brasileira, culturalmente; historicamente, nós observamos que existe ainda uma marca negativa muito forte, calada, não anulada da guerra do Paraguai. Então existe um 'quê' de oculto ainda que eclode a qualquer momento com certo rancor, com certa mágoa, porque é uma história com toda a sua gravidade, né, de consequências, deixou muitas pessoas... Então nós observamos que existe com frequência na população paraguaia, o temor de uma discriminação, o temor de uma perseguição, o temor de uma falta de reconhecimento, isso é muito próprio da região. Nós temos médicos no hospital que são paraguaios, muitos deles se sentem... muitas vezes eles têm uma percepção certa ou errada de que eles têm uma certa distinção de trato pelos pacientes brasileiros, pelos colaboradores do hospital, o que algumas vezes se percebe que se existe, muitas vezes fica no imaginário do médico. Então, essa interpretação melhor, social, antropológica, a formação da nossa cultura, a nossa estruturação epidemiológica de patologia, ela tem muito ainda que se aprimorar, pegando apenas essas questões postas. Nós estamos em uma região de fronteira com uma violência brutal, com máfias, com tráfico, isso traz consequência negativa nas pessoas. E toda essa demanda, que é consequente desse tipo de situação, ela termina procurando serviço de assistência. Então o que me preocupa muito é um diagnóstico correto de quem nós somos nessa região. E8

Para além dos processos históricos e culturais, Foz do Iguaçu diferencia-se pela quantidade de população flutuante derivada, de certo modo, da atividade turística da região. Há uma população circulante que fica fora dos registros públicos, principalmente nos serviços de saúde e assim pode gerar grande impacto no financiamento e na infraestrutura desses serviços.

[...] Na maioria das cidades do Brasil, eu acho que isso não é problema, porque a população flutuante é muito pequena, Foz do Iguaçu é bastante diferente, porque a população flutuante é muito grande, tem gente do mundo inteiro, já ouvi uma pesquisa aqui que tinham pessoas de 74 nacionalidades diferentes morando na cidade e, fora isso, os turistas, então a população flutuante aqui eu acredito que seja bem diferenciada em relação ao resto do Brasil. E10

No caso de Foz do Iguaçu, além da peculiaridade de fronteira, nós temos outra singularidade que é ser o segundo destino turístico de estrangeiros no país. Então, nós temos uma circulação de pessoas que vêm de diferentes países [...]. E15

O estudo de Stein, Neto e Dechechi (2018) sobre o impacto socioeconômico do turismo em Foz do Iguaçu revelou que a cidade foi o terceiro maior destino de turistas internacionais em 2016, sendo a maioria deles argentinos, seguidos dos paraguaios, peruanos,

japoneses, americanos e outros. Descreveram que a participação do turismo no PIB de Foz do Iguaçu foi em média de 4,8% entre os anos de 2006 a 2010, com a maior média quando comparado com a colaboração do turismo no PIB do Paraná (2,9%) e do Brasil (3,5%). Os autores destacaram as vantagens e desvantagens do turismo: a fonte de arrecadação e a importância econômica, em contrapartida à aculturação, à desigual distribuição de renda, entre outros.

Inseridos nesse cenário, os informantes-chave reconhecem a existência de procura por atendimento por saúde pela população flutuante e relatam que os usuários não pertencentes à 9ª Regional de Saúde são brasiguaios, brasileiros que moram na Argentina, paraguaios, argentinos e turistas brasileiros e estrangeiros, muito embora apontem a prevalência da demanda por paraguaios e brasiguaios.

Estrangeiros, brasiguaios, brasileiros também que residem na Argentina, e também paraguaios, paraguaios mesmo, e às vezes argentinos; argentinos, porque moram próximo daqui. Argentino é mais raro, mais comum paraguaio, mas mais comum mesmo é brasileiro que mora no Paraguai; mas também acontece bastante de turista não saber dizer se é mais turista ou se é mais brasileiro que mora no Paraguai. Eu acho que é mais brasileiro que mora no Paraguai do que turista. E4

[...] a maior procura é dos paraguaios e também dos brasileiros que estão morando no Paraguai ou viveram a vida inteira no Paraguai e buscam atendimento de saúde em Foz. E muitas vezes ele é um número desse que está fora da 9ª Regional, porque ele só é brasileiro. Então, na realidade, ele é brasileiro, mas ele tem direito ao uso do sistema do SUS e ele não está dentro do território 9ª Regional. E6

Entretanto, apesar do reconhecimento da existência dessa demanda, para os informantes-chave não houve consenso relacionado à grandeza dessa procura.

Olha, muito pouco, mas existe [atendimento da população flutuante]. E6

[...] pode até entrar, mas é... tipo, é efêmero, no número de atendimentos que a gente tem aqui[...]. E1

Sim, existe e bastante. E3

Nós tivemos aí, por exemplo, uma média de Paraguai e outros que não são da regional, 35, 40 internamentos/mês; nós temos 800 internamentos, então representa 5% [...]. E2

A mobilidade ou migração pendulares por procura de serviços de saúde é comum no mundo todo sobretudo por serviços especializados. Mesmo com números conflitantes, é estimado que cerca de 200 mil brasiguaios morem na faixa de fronteira com Foz do Iguaçu e constituam-se como potenciais usuários do SUS (ZASLAVSKY; GOULART, 2017), considerando a diretriz do direito à saúde que sustenta o sistema de saúde brasileiro.

Contudo, essa questão apresenta contradições em termos da legislação existente no país, pois, como apontado em outro momento, a Lei de Migração indica aspectos jurídicos que exigem do visitante o visto temporário para a realização de tratamento de saúde, assim como a autorização municipal para a realização de atos da vida civil ao residente fronteiriço, no caso os brasiguaios (BRASIL, 2017b). Dessa forma, caberia à gestão municipal decidir pelo cumprimento da diretriz do direito à saúde e proporcionar a uma parcela da população flutuante (brasiguaios) a atenção à saúde.

O número total de atendimentos cadastrados nas instituições, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, foi de 4.297 no H1 e 1.701 no H2, totalizando 5.368 atendimentos de pessoas que não são moradoras da 9ª Regional de Saúde. Quanto à distribuição da nacionalidade, observou-se um número maior de brasileiros não moradores da 9ª Regional de Saúde $n=4688$ (87,33%), seguido dos brasiguaios $n=901$ (16,78%), por usuários que não informaram a nacionalidade $n=174$ (3,24%) e demais estrangeiros $n=39$ (0,72%). Os dados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da população flutuante que procurou atendimento nos hospitais H1 e H2 de Foz do Iguaçu/PR, segundo a nacionalidade, entre janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

Nacionalidade	H1	H2	Total
Brasileiros não residentes da 9ª RS	3.202	1.486	4.688
Brasiguaios	864	37	901
Paraguaio	167	16	183
Não informada	32	142	174
Demais estrangeiros	29	10	39
Brasileiro naturalizado	3	10	13
Total	4.297	1.701	5.368

Com relação ao município de origem, segundo a coleta de dados realizada diretamente nos hospitais, 1.460 (27,20%) não informaram o município de residência do total de 5.368 registros de atendimentos. No H1, dos 4.297 atendimentos, 986 (22,95%) não informaram o município de residência, ao passo que entre dos 1.702 atendidos no H2, apenas 474 (27,86%) não informaram sua origem. Tal fato pode ter ocorrido por muitos atendimentos se tratarem de situações de urgência e emergência, por falta de documentação ou por omissão, dado o receio do usuário morador na faixa da fronteira não ser atendido.

Com relação à morbidade, para os informantes-chave, a procura por serviços de saúde parece não apresentar um perfil habitual, sendo citados traumas, patologias clínicas

como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), entre outros. Como cada instituição é referência para tipos diferentes de atendimento, a morbidade se assemelha a essa referência.

Tem do mais simples ao mais agudo. Eu já presenciei... eh... As crianças, por exemplo, vêm fazer consulta por questões simples como um resfriado, uma febre e tal, como eu já presenciei pacientes virem – presenciei isso, eu vi – pacientes já em ventilação mecânica... eh... e ainda sendo ventilado de forma manual por familiares e... e chegar na porta das nossas unidades e a gente não pode negar atendimento e eles sabem disso e isso faz com que eles procurem. E6

[...] já tivemos vários casos de acidentes de AVC ou outros traumas que a gente atende também, turistas brasileiros também com problemas renais ou pulmonares que a gente já atendeu aqui também. E13

Olha, eu... que eu me... me recorde, que eu já discuti insuficiência renal, infarto, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda, são diagnósticos comuns. E14

Entre os entrevistados, houve fala específica sobre a procura por atendimento pelas gestantes. E9 aponta que a gestante turista não procura com muita frequência, mas que a paraguaia e a brasiguiaia sim. Assinala que muitas vezes essas gestantes não estão em trabalho de parto (o que caracterizaria urgência e emergência), porém esperam os sinais para voltarem para poderem ser atendidas e terem filho brasileiro.

As gestantes também, mas é menos frequente, né? Até porque, assim, pode ser algo programável, né, a não ser que tenha alguma intercorrência, mas a gente acaba recebendo dos... dos brasileiros que... turistas, né? Agora se a gente trouxer isso para a realidade das paraguaias ou das brasiguaias, isso é bem frequente. E até uma situação interessante, elas vêm para cá, principalmente as paraguaias, elas são avaliadas pelo médico, o médico muitas vezes libera, porque ela não está ainda no período expulsivo, está com dois, três centímetros de dilatação, mas elas ficam ao redor do hospital, ficam tomando o ‘tererê’ aqui ((acha graça)) nas imediações e depois voltam já e aí, realmente, né, já está no período próximo de ter o parto e ela acaba ficando aqui, aí assim nasce mais um brasileiro daí ((riso)), mas isso é mais frequente. E9

Ao observar, contudo, os dados primários da morbidade hospitalar no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, obtidos por meio das fichas de atendimento (AIH), verifica-se que no H1 houve maior número de atendimentos que geraram AIH, conforme o capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde²³”,

²³ Este capítulo utiliza a seção S para a codificação dos diferentes tipos de traumatismos afetando uma única localização anatômica e a seção T para codificar os traumatismos, que afetam localizações anatômicas múltiplas ou de localização não especificada, assim como as queimaduras e algumas outras consequências de causas externas. Fonte: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/s00_t98.htm Acesso: 02 de fevereiro de 2019.

enquanto que, no H2, “Gravidez, parto e puerpério²⁴” representaram o maior número de atendimentos. Durante os cinco anos investigados, houve 59 atendimentos de população flutuante no capítulo “Gravidez, parto e puerpério”. Os dados estão dispostos na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição, por hospital, dos atendimentos da população flutuante que geraram AIH segundo a morbidade hospitalar em Foz do Iguaçu, de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

Morbidade Hospitalar CID-10/Capítulos	H1	H2	Total
I. Infecciosas e parasitárias	11	0	11
II. Neoplasias (tumores)	2	16	18
III. Sangue	1	1	2
IV. Endócrinas	4	0	4
V. Transtornos mentais	30	0	30
VI. Sistema nervoso	3	0	3
VII. Olho e anexos	2	0	2
VIII. Ouvido	0	0	0
IX. Circulatórias	19	50	69
X. Respiratórias	20	7	27
XI. Digestivas	50	0	50
XII. Pele	3	0	3
XIII. Osteomusculares	4	0	4
XIV. Geniturinárias	11	0	11
XV. Gravidez parto e puerpério	0	59	59
XVI. Período perinatal	0	12	12
XVII. Congênitas	0	1	1
XVIII. Clínico/laboratorial	21	1	22
XIX. Lesões	135	5	140
XX. Causas externas	0	0	0
XXI. Contatos com serviços	5	1	6
Total	321	153	669

Ao se obterem os dados secundários no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de janeiro de 2008 (início da disponibilização dos dados SIH) a dezembro de 2018, observou-se que no período foram internadas 180.219 pessoas. Cabe destacar que, pelo

²⁴ Este capítulo utiliza a seção O para codificação e é composto pelos agrupamentos: (SUGIRO QUE COLOQUE CADA AGRUPAMENTO ENTRE ASPAS para melhor identifica-los na leitura) Gravidez que termina em aborto, Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério, Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez, Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto, Complicações do trabalho de parto e do parto, Parto, Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério, Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte. Fonte: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/o00_o99.htm. Acesso: 02 de fevereiro de 2019.

DATASUS, não é possível distinguir a população flutuante, de modo que esses são dados totais para o município de Foz do Iguaçu. Segundo o CID 10, o maior volume de internações foi devido ao Capítulo “Gravidez, parto e puerpério”, com o total de 43.708 internações, e apesar do decréscimo em 2015, permanece como a principal causa de internação até 2017. Nesse cenário, a segunda causa de internações (n=22.649) refere-se a “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”. Os dados encontram-se disponibilizados na Tabela 5.

O Sistema de Informação – a partir da coleta de dados e da capacidade dos profissionais em transformarem esses dados em informações para tomada de decisão – torna-se uma ferramenta essencial para avaliar os serviços de saúde e assim contribuir para organização dos mesmos e subsidiar de modo efetivo e qualificado o processo de tomada de decisão (MIRANDA et al., 2017). Os dados do DATASUS têm sido utilizados para pontuar problemas em relação às desigualdades em saúde e cobertura, contudo, é necessário sinalizar que os dados secundários postulam cuidados, pois ainda existe a fragilidade da confiabilidade e qualidade dos registros (ROCHA et al., 2016).

Com relação ao maior número de internações serem referentes ao Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério” quando analisada da fonte do DATASUS, pode ser explicado pelo fato de que o município é referência para 9ª Regional de Saúde para gestão de Alto Risco e pelo atendimento ser de livre acesso às gestantes brasiguaias para o pré-natal no Centro Materno Infantil (CMI), criado em 2007 destinado a essa população (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015). Zaslavsky e Goulart (2017) apontam que há gestantes que procuram o serviço apenas em estágios avançados da gestação.

Tabela 5 – Distribuição das internações em Foz do Iguaçu/PR entre janeiro de 2008 a dezembro de 2018, de acordo com o CID 10.

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
I. Infeciosas e parasitárias	1297	303	570	625	357	434	379	343	468	265	248	5289
II. Neoplasias (tumores)	1957	2078	2165	2140	2239	1946	1765	2092	2039	1918	1591	21930
IV. Endócrinas	139	147	74	141	113	74	74	90	59	95	103	1109
V. Transtornos mentais	73	88	219	610	532	481	554	669	411	632	639	4908
VI. Sistema nervoso	197	189	229	166	240	120	169	142	80	123	167	1822
VII. Olho e anexos	11	11	5	10	73	44	6	6	6	23	5	200
VIII. Ouvido	11	7	8	18	17	13	18	21	9	5	7	134
IX. Circulatórias	1349	1218	1178	1393	1417	1221	1241	1161	1143	1391	1206	13918
X. Respiratórias	1914	1802	1869	1596	1744	1236	1211	1144	905	1104	920	15445
XI. Digestivas	1657	1407	1593	1745	1802	1527	1670	1610	1158	1447	1151	16767
XII. Pele	211	244	261	361	338	276	280	242	130	246	200	2789
XIII. Osteomusculares	416	343	241	293	225	139	149	187	147	140	150	2430
XIV. Geniturinárias	954	1057	881	1155	1177	1212	1124	1152	915	877	996	11500
XV. Gravidez parto e puerpério	4066	4270	4209	4192	4350	4161	4010	3552	3748	3989	3161	43708
XVI. Período perinatal	266	278	290	291	343	299	322	194	342	411	292	3328
XVII. Congênitas	77	98	105	102	108	66	74	54	69	58	39	850
XVIII. Clínico/laboratorial	430	380	461	490	405	582	699	538	576	534	323	5418
XIX. Lesões	1252	1486	2354	2544	2591	2220	2371	2188	1728	2003	1912	22649
XX. Causas externas	4	3	3	3	4	2	2	2	-	-	-	23
XXI. Contatos com serviços	782	377	387	616	702	492	285	306	334	414	598	5293
Total	17153	15896	17177	18558	18838	16610	16463	15740	14303	15731	13750	180219

Fonte: SIH – SUS/DATASUS (Ministério da Saúde)

Por parecer haver uma inconsistência entre os dados presentes no DATASUS (maior causa de internação ao longo de dez anos) – corroborado pela fala do entrevistado E9 (que relata que o atendimento de gestante paraguaia e brasiguiaia é frequente) – e os dados coletados diretamente das fichas de AIH (com apenas 59 atendimentos que geraram AIH de população flutuantes em cinco anos), optou-se por verificar o número de nascimentos em Foz do Iguaçu numa série histórica para confrontar com os registros de AIH, mostrados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos nascidos vivos, segundo tipo de parto em Foz do Iguaçu/PR, para o período de 2008 a 2016.

Tipo de parto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Vaginal	2468	2430	2438	2248	2294	2267	2244	2186	2100	20675
Cesário	2401	2318	2352	2386	2464	2511	2695	2581	2539	22247
Ignorado	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Total	4869	4748	4790	4634	4758	4779	4939	4767	4639	42923

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Pela Tabela 6, é possível observar que para um período de dois anos, utilizado no presente estudo, há um número de nascidos vivos superior àquele de internações referentes ao Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério”, quando comparada à fonte do DATASUS. Esse fato pode ser justificado, pois o referido capítulo agrupa outros agravos além do parto, que incluem: condições de gravidez que termina em aborto; edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério; outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez; assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto; complicações do trabalho de parto e do parto; complicações relacionadas predominantemente com o puerpério e; outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

Ainda, cabe pontuar que o número de nascidos vivos ao ser comparado com os dados referente ao Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério” representam entre 74,51% a 90,46%, com a menor porcentagem, em 2015, e a maior em 2011; pode-se inferir, portanto, que no ano de 2011 houve menor número de internações relacionadas ao capítulo que não foram partos. Esse conjunto de dados permite verificar que existe uma coerência dos dados do DATASUS com relação ao Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério” e os dados do SINASC relativo à distribuição dos nascidos vivos ocorridos em Foz do Iguaçu para o período.

Voltando à Tabela 5, considerados os dados de 2013 a 2017, que totalizam 19.460 internações segundo o Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério” e comparados com os 59 atendimentos para o mesmo capítulo, pelo H2, como apontado pela Tabela 4, esses atendimentos correspondem a 0,30% do total para o período. Mais uma vez, permanece a indagação sobre a utilização de táticas e estratégias da população para a fruição do direito à saúde ou da dificuldade dos registros desses atendimentos na instituição.

No estudo realizado por Veras e Mathias (2014), os autores verificaram que no estado do Paraná, no ano de 2010, a cada 100 partos pelo SUS, ocorreram 38,7 internações hospitalares por intercorrências obstétricas, sendo os diagnósticos mais frequentes as complicações do trabalho de parto e do parto, gravidez que termina em aborto e assistência à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e problemas relativos ao parto. Na pesquisa Falavina et Al, (2018), realizado em Maringá, entre 2013 e 2014, os autores verificaram altas taxas de hospitalização na gestação, somando 40,1 hospitalizações para cada 100 partos pelo SUS.

No estudo de Mello, Victora, Gonçalves (2015) sobre análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, identificou-se que, no período de 2006 a 2012, pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e dados do Centro Materno Infantil, foram atendidas 34.456 gestantes, dentre as quais 33.949 informaram morar no Brasil (95,7%) e 1.507 brasileiras que residiam no Paraguai (4,3%). O estudo ainda aponta que as brasiguaias relatavam que omitiam o local de moradia por receberem atendimento inferior ao oferecido às brasileiras e por receio de negativa de atendimento, bem como procuravam tardiamente o serviço no intuito de evitar que não fossem atendidas. Cabe lembrar que o Centro Materno Infantil foi instalado pelo programa SIS Fronteira para oferta de pré-natal às gestantes brasiguaias.

Ainda em relação à Tabela 6, as internações por “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” pode ser explicada, em parte pelo aumento considerável da frota de veículos e motocicletas no período de 2005 a 2010, com aumento de 31,8% e 72,7% respectivamente (ROCHA et al., 2016). A essa situação se soma o fato de Foz do Iguaçu apresentar a maior população de movimentos pendulares e arranjos populacionais no Brasil, segundo dados de 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, dessa forma, constatar-se um intenso fluxo de pessoas diariamente atravessando a fronteira, como já apontado anteriormente.

Segundo Rocha et al. (2016), entre 2000 e 2010 as taxas de mortalidade por homicídio e acidente de transporte terrestre representavam a segunda ou terceira causa de morte em Foz do Iguaçu. Para Maranhão (2010), em seu estudo de causas de mortalidade no Brasil, o conjunto de causas externas configuravam a segunda causa de morte no Brasil nos anos de 2000, 2005 e 2009.

Por sua vez, as “Neoplasias” representam a terceira maior causa de internação no município. Fato que deve ser considerado para esse panorama é que o município de Foz do Iguaçu é a referência para tratamento de câncer pela 9ª Regional de Saúde, que abrange nove municípios (PARANÁ, 2018a). Na América Latina, a incidência do câncer é menor quando comparada à Europa e aos Estados Unidos, porém apresenta maior mortalidade e aumentada utilização de serviços de saúde. A maior mortalidade está relacionada ao diagnóstico tardio e dificuldade de acesso ao tratamento (GUERRA et al., 2017).

Esse quadro diverso apresentado indica as peculiaridades e a complexidade do cenário da pesquisa e ao mesmo tempo sinaliza o desafio de contar com dados e informações fidedignas para a análise da situação e a definição de políticas de saúde para a região. Bell et al. (2015) apresentam vários casos para representar a saúde na fronteira como, por exemplo, a expansão dos direitos dos cidadãos e da mobilidade das pessoas da União Europeia, incluindo aqueles por motivos de saúde. Os autores descrevem que as motivações são diversas para esses movimentos por busca de saúde e o impacto é particular para cada sistema envolvido. Portanto, configura-se como um campo de estudo emergente com necessidade de investigação contextualizada ao cenário.

*6 Universalidade da atenção - dilemas
do Direito à Saúde*

O tema da Universalidade da Atenção emergiu no conjunto das falas dos informantes-chave, dada a forte presença desse princípio constitucional no sistema de saúde brasileiro e de certa forma no ideário dos sujeitos entrevistados. Para fins de organização do tema e de forma a permitir a expressão das especificidades trazidas pelos sujeitos da pesquisa, foram aglutinados aspectos referentes: às características e organização dos sistemas de saúde dos países que compõem a tríplice fronteira, ao direito da população flutuante aos serviços de saúde, ao acesso e à acessibilidade da população flutuante aos serviços de saúde, às contradições e às críticas sobre a universalidade e, finalmente, às redes de atenção à saúde.

6.1 Características e organização dos sistemas de saúde dos países que compõem a tríplice fronteira

As diferenças dos sistemas de saúde, principalmente entre Brasil e Paraguai, são apresentadas como a principal razão para a procura pela população flutuante por atendimento à saúde nas instituições brasileiras, no caso cidadãos paraguaios, especialmente, e argentinos, em menor volume.

A não universalidade do sistema de saúde do Paraguai atrai os cidadãos paraguaios e os brasileiros que moram na faixa de fronteira a procurarem os serviços de saúde no Brasil.

A falta do serviço no Paraguai, principalmente, do serviço público. O acesso à saúde pública no Paraguai é para aquele que tem carteira assinada, como era antigamente no Brasil, na época do antigo INAMPS. E como eles não têm, e como não tem recurso, acabam vindo. Mas principalmente também, em razão dos brasileiros que moram nessa faixa de fronteira. Números dão conta que todos os levantamentos anteriores que a gente fez, que deve ter em torno de 300 mil pessoas que moram nessa faixa, que são brasileiras, que lá não tem tanta atenção e vêm para cá. E muitas vezes não têm recursos, então enquanto têm dinheiro, muitas vezes é atendido, quando acaba, acaba vindo para cá. E5

Olha, nós, por termos a fronteira aqui muito próxima e ter uma população muito grande, principalmente no Paraguai, a região do Paraguai é muito parecida com a região... com a nossa região daqui, é uma região muito parecida, só que com acesso à saúde pública muito limitada, dentro do Paraguai [...] E6

[...] Como não há uma organização de sistema universal como no Brasil e a organização também dos níveis de atenção não é muito clara em termos de linha de cuidado, então essa procura, ela se faz constante aqui nos nossos serviços. Então nós temos alguns serviços que atendem muitas gestantes paraguaias ou que vêm para o parto no Brasil, ou então brasileiras que residem no Paraguai e querem fazer o pré-natal aqui. E15

São pacientes oriundos da tríplice fronteira, do Paraguai... eh... mais do Paraguai, um pouco da Argentina, alguns turistas que passam pela cidade que precisam de algum tipo de atendimento na rede de urgência e emergência e pacientes de outras regionais de saúde. E2

O sistema político do Brasil é composto por três níveis autônomos, os poderes: executivo, chefiado pelo presidente; legislativo; e judiciário. É formado por um Distrito Federal (Brasília), onde se encontra a sede administrativa do país, por 26 estados e 5.564 municípios, com uma população étnica diversificada (BRASIL, 2016). Como já apontado anteriormente, a Constituição Federal brasileira de 1988 definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, estabelecida de forma universal e gratuita, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM et al., 2011).

O SUS foi resultado do amplo processo político, marcado por embates de grupos hegemônicos, denominado de reforma sanitária organizada por distintos setores da sociedade civil, que culminou, em 1988, com a mudança constitucional e, em 1990, com o estabelecimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), por meio da qual foram estabelecidas as principais diretrizes: acesso universal à atenção integral, descentralização com responsabilidade compartilhada entre as três esferas e participação social na formulação e implementação de políticas de saúde (PEREIRA et al., 2012). O referido sistema está organizado em três níveis distintos de complexidade: baixa complexidade, com a estruturação da rede de atenção básica de saúde; média complexidade, com apoio diagnóstico e medicina especializada; e alta complexidade, com intervenções altamente especializadas no âmbito hospitalar principalmente. Mesmo com serviços variados nos três níveis de atenção, há o compromisso da integralidade da assistência à saúde (TRINDADE, 2015).

O dever do Ministério da Saúde é determinar políticas nacionais e a gestão do sistema, sendo essa compartilhada entre os gestores federais, estaduais e municipais; a elaboração e controle das ações ainda são divididas com os prestadores de serviço e população, por meio dos Conselhos de Saúde (PAIM et al., 2011).

O setor privado tem função complementar, contratado a partir de decisão individual e encontra-se subdividido em seguro saúde, cooperativas médicas e planos de saúde (NOGUEIRA et al., 2015). Desse modo, a ação do público (SUS), do privado (suplementar), do privado no público (complementar) e do público no privado (vigilância, fiscalização e regulação) representam a política de saúde no Brasil (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

Os cidadãos brasileiros “optam” em usar sistema público ou privado, a depender de suas necessidades, demanda de recursos e possibilidades. No entanto, certamente, todos os cidadãos brasileiros usufruem do SUS de alguma forma, diretamente ou indiretamente, por

meio de vacinas, serviços de alto custo, serviços de fiscalização e vigilância, entre outros (TRINDADE, 2015). O SUS atendia 75% da população brasileira (cerca de 160 milhões de pessoas) em 2017 de forma direta e, aproximadamente, 47 milhões de beneficiários que possuíam planos e seguros privados de saúde. No Brasil, o fundamento da saúde é como garantia da cidadania com incontáveis políticas públicas para proteger o direito à saúde da população (PAIM, 2018).

O Paraguai, por sua vez, é um país unitário e adota a democracia como sistema político no governo, de acordo com sua Constituição. Possui um governo central, com 17 Departamentos subnacionais (estados) e 250 municípios, com eleição para seus intendentos (prefeitos) e membros do Conselho Municipal (vereadores) eleitos a cada cinco anos. Entretanto, o país detém uma longa tradição centralizadora uma vez que o presidente tinha o poder, até o ano de 1987, de nomear os intendentos/prefeitos. As primeiras eleições municipais ocorreram em 1991, evidenciando a trajetória tardia do processo de descentralização quando comparado a outros países da América Latina (NICKSON, 2016).

A Constituição do Paraguai, de 1992, promoveu a base jurídica para a descentralização política do governo (CABALLERO; RODRÍGUEZ; PERALTA, 2016). No campo da saúde, em 1996, o poder legislativo, por meio da Lei nº 1.032, criou o Sistema Nacional de Saúde e definiu a saúde como responsabilidade do Estado:

El Estado es responsable de mantener la igualdad de los deberes y derechos de los ciudadanos para lo cual desarrolla el Sistema, como ente integrador y regulador de las instituciones y servicios con el fin de establecer una cobertura integral de la salud, que dé a todos los individuos la posibilidad del pleno acceso a los recursos del mismo (PARAGUAY, 1996)²⁵.

Entretanto, o Sistema de Saúde do Paraguai permanece com suas características de um modelo fragmentado, segmentado e com dificuldades para migrar para um sistema único (ALUM; DE BEJARANO, 2011). A segmentação caracteriza-se pela existência de subsistemas que operam de forma independente, com sua própria organização, gestão e financiamento. Esse fato resulta em fragmentação, ou seja, cada subsistema opera sua própria rede de provisão de serviços de saúde, com limitada integração e comunicação entre os serviços nos distintos níveis de atenção (DULLAK et al., 2011).

²⁵ Tradução da autora - “O Estado é responsável por manter a igualdade de deveres e direitos dos cidadãos para os quais o Sistema se desenvolve, como integrador e regulador de instituições e serviços, a fim de estabelecer uma cobertura abrangente de saúde, o que dá a todos indivíduos a possibilidade de acesso total aos seus recursos”.

Têm ocorrido, todavia, transformações naquele país que, desde 2008, adotou o “Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)”. Inserido nesse contexto, incorporou Unidade da Saúde da Família, com equipe de saúde multidisciplinar encarregada por territórios sociais definidos. Essas equipes são compostas por médico generalista com especialidade em saúde da família, equipe de enfermagem, agentes comunitários e equipes odontológicas (ALUM; DE BEJARANO, 2011).

A APS no Paraguai é entendida como uma estratégia que concebe de forma integral o processo de atenção à saúde, considerando as diferentes etapas da vida. Incentiva prover serviços de saúde com enfrentamento às múltiplas causas sociais, econômicas, políticas e ambientais. Segundo estudo de Giovanella et al. (2015), o país contava com 760 Unidades de Saúde da Família, com 36% da população coberta e encontra-se construindo uma ferramenta de integração entre os governos locais e as comunidades, chamada de Diagnóstico Participativo Comunitário. Tal ferramenta é utilizada para identificar as condições socioeconômicas, de saúde e os problemas prioritários que devem orientar as intervenções na comunidade (GIOVANELLA et al., 2015).

Dessa forma, as reformas mais relevantes, além da descentralização dos serviços foram: a mudança no modelo de atenção com a instalação da Unidade da Saúde da Família e a eliminação de tarifas como a taxa de recuperação do financiamento do sistema público. Contudo, a tradição centralizadora ainda é predominante, fato que torna o Paraguai um dos países menos descentralizados na América Latina, caracterizado sobretudo por impostos concentrados no governo central (91,3%) (CABALLERO; RODRÍGUEZ; PERALTA, 2016).

Outro aspecto do sistema de saúde do Paraguai é o fato de ser integrado pelos setores público, privado e misto. Apesar da proteção à saúde ser constitucionalmente garantida pelo Estado, uma grande proporção da população (40%) não tem acesso aos serviços de saúde (NOGUEIRA et al., 2015). O setor público é composto pelo Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, Universidad Nacional de Assunción e os serviços assistenciais das empresas Itaipú Binacional e Yacyretá (ALUM; DE BEJARANO, 2011).

O MSPyBS não apresenta um pacote de benefícios explícitos aos cidadãos paraguaios, que contam com atendimento ambulatorial e hospitalar gratuito. A rede de serviços prioriza critérios de pobreza e vulnerabilidade, com diversas resoluções legais que tende a fomentar o acesso para menores de dez anos e mulheres em idade fértil. O IPS cobre a população vinculada ao emprego formal, cônjuge com mais de dois anos de relação, filhos solteiros menores de idade e pais dependentes com mais de 60 anos. A Sanidades de las Fuerzas Armadas y la

Policia cobrem os militares, policiais e seus familiares. A Universidad Nacional de Assunción conta com um hospital-escola e atende principalmente a população não assegurada e com recursos escassos. As hidrelétricas Itaipú Binacional e Yacyretá, respectivamente na fronteira do Brasil e da Argentina, oferecem atendimento ambulatorial em suas próprias instalações e um seguro médico para funcionários, ex-funcionários e familiares (ALUM; DE BEJARANO, 2011).

Segundo Nogueira et al. (2015), no Paraguai as baixas condições de saúde são decorrentes: da ausência de acesso aos serviços de saúde por uma grande parte da população; da fragmentação do sistema de saúde e da falta de articulação entre suas instâncias; da predominância de uma população infantil e adolescente; do quadro sanitário do país; da existência de população indígena e; da baixa condição de escolaridade, dentre outros fatores.

Rojas, Armoa e Ramírez (2016) relatam que, embora o acesso aos serviços de saúde esteja condicionado às características do sistema, as condições de vida da população paraguaia apresentam relação com esse acesso. As barreiras para a população alcançar o acesso aos serviços de saúde é a relação com a pobreza e a moradia em áreas rurais. Mencionam a importância das políticas sociais em assegurar educação, emprego e condições de vida e a necessidade de uma nova concepção de política de financiamento dos serviços de saúde.

Assim, o maior desafio do sistema de saúde do Paraguai é a ampliação da cobertura, para incluir parte da população que não tem acesso regular aos serviços básicos de saúde. O reforço das atribuições do MSPyBS, incluindo definição de marcos regulatórios, distribuição de recursos e definição de mecanismos para geração, registro, análise e disseminação da informação em saúde, além de incorporar o IPL para fortalecer a coordenação interinstitucional podem contribuir para melhorar a construção do sistema de saúde²⁶ (ALUM; DE BEJARANO, 2011).

Embora a universalidade da proteção à saúde no Brasil e no Paraguai seja garantida em termos constitucionais como dever do Estado, no Paraguai esse processo ainda é incipiente, com sinais do retorno de políticas mais conservadoras, enquanto que no Brasil há maior efetivação com direção à universalidade (NOGUERIA et al., 2015).

A Constituição Nacional vigente da Argentina, promulgada em 1853, passou por reformas em 1860, 1866, 1898, 1949, 1957 e a última em 1994. Mesmo a saúde não sendo reconhecida como direito constitucional, os instrumentos internacionais sancionados no país indicam a proteção à saúde, como na Carta Magna e no Protocolo de Convenção Americana

²⁶ Informações retiradas no *site* oficial da Argentina “Casa Rosada – Presidencia de la Nacion”. Disponível em: <<http://www.casarosada.gob.ar/nuestro-pais/organizacion>>. Acesso em: 11 mar. 2017

sobre Direitos Humanos. A primeira descreve a saúde como direito do consumidor e que deve ser desfrutada em seu mais alto nível e o segundo destaca a dimensão social da saúde (MARTÍN; CLÉRICO; DE FAZIO, 2015).

O sistema de saúde da Argentina é profundamente descentralizado, com grande autonomia dos municípios, compreendendo 24 Ministérios da Saúde das respectivas províncias com grande diversidade de oferta de serviços e múltiplas instituições públicas e privadas (NOGUEIRA et al., 2015).

A Argentina possui um sistema de saúde composto por três setores fragmentados e pouco integrados: público, seguro social obrigatório (obras sociais) e o setor privado. O setor público atende as pessoas sem seguro social e que não podem pagar (em torno de 14,6 milhões de pessoas em 2008), com estrutura administrativa nas províncias e nacional de nível ministerial com rede de hospitais e centros de saúde. O seguro social obrigatório cobre os trabalhadores assalariados e suas famílias e é organizado em torno das obras sociais em cada província (que cobrem também os empregados públicos). O setor privado atende aos profissionais liberais, estabelecimentos assistenciais contratados pelas obras sociais e as empresas de seguro voluntário, chamadas de empresas de medicina pré-paga. Ainda existem as cooperativas de saúde, que são entidades não lucrativas que oferecem planos de saúde e não operam como seguro social e nem como medicina pré-paga (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011).

O órgão mais importante da administração pública da saúde é o Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), criado em 1949. A sua prioridade volta-se às ações para os cidadãos que não possuem cobertura formal e possibilita a complementação dos diferentes subsistemas. Acompanha os princípios dos direitos humanos, a universalidade e o desenvolvimento sustentável, com definição dos objetivos do sistema de saúde, execução de programas, fiscalização de serviços e estabelecimento de normas e procedimentos para atenção à saúde (TRINDADE, 2015).

Os governos das províncias e dos municípios contam com plena autonomia nas políticas de saúde e são responsáveis pela prestação de serviços. No entanto, o país mostra falta de coordenação, permitindo grande heterogeneidade dos comportamentos dos sistemas de saúde de cada local. Dessa maneira, o acesso aos serviços de saúde da população depende da capacidade de produção e distribuição de bens e serviços pelos governos provinciais, dos equipamentos disponíveis, da estrutura física, da provisão de recursos humanos especializados e de capacidade gestão. Da mesma forma, o financiamento é muito heterogêneo, fato que determina diferentes níveis de cobertura por atenção à saúde em todos os habitantes do país (CETRÁNGOLO, 2014).

O estudo de Abeldano e Gonzalez (2016) mostrou os avanços favoráveis relacionados à cobertura ao acesso à saúde. No entanto, cinco de cada dez pessoas persistiam sem cobertura no país em 2014. Os determinantes para falta de cobertura foram as diferenças sociais, com destaque para o estado de vulnerabilidade com as características individuais de pessoas presas, desempregadas ou com mais baixo rendimento. Tal cenário parece justificar a intensa judicialização em busca dos direitos à saúde na Argentina (ALDAO; CLÉRICO; DE FAZIO, 2015).

Assim, mesmo com acesso universal à saúde, o modelo fragmentado, incluindo o financiamento, determina diferentes níveis de cobertura e a existência de indivíduos sem cobertura (RODRIGUES; ANDERSON, 2011). A cobertura distribuída no público, obras sociais e privado possuem pobre coordenação entre os subsetores com consequente fornecimento de serviços heterogêneos e com acesso desigual (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011).

Machado (2018) pontua que o seguro social altamente fragmentado – com baixa eficiência e equidade, marcado pela expansão do sistema privado apoiado pelo Banco Mundial para a competição do mercado do seguro social ou privado – favoreceu a medicina pré-paga. Assim, na Argentina, configura-se um sistema de saúde com serviços nacionais, provinciais e municipais, incluindo obras sociais, organizações de dimensões e natureza diversa. Ainda no estudo de Machado (2018), verificou-se que, em 2011, 39% da população era coberta por obras sociais, 8% pelo Instituto Nacional de Serviços Sociais para aposentados e pensionistas, 14% da população por obras provinciais, 9% pelo setor privado e cerca de 30% dependiam do serviço público.

Outro apontamento levantado para justificar a procura por atendimento de saúde por paraguaios e brasiguaios, além da não universalidade do sistema de saúde do Paraguai, é a qualidade e a oferta do serviço brasileiro.

Então, os... que eu tenho conhecimento dos brasiguaios e moradores brasileiros que moram no Paraguai, até porque a dificuldade de acesso deles lá, o sistema de saúde do Brasil, o SUS, ele é bem mais completo do que nesses países, então existem muitos trabalhadores rurais que são brasileiros que moram lá e turistas da necessidade, né. Então algum problema que acabam ocorrendo em visita a cidade. E moradores da... da região, que por ser... Foz do Iguaçu ser referência, ter um hospital, então acabam vindo. E eu vejo que... eu acredito que seja a qualidade de serviço. Quanto mais você atende a demanda, mais procura tem, né. E7

Uma particularidade do cenário de Foz do Iguaçu é que um dos hospitais de atendimento SUS, desde 2005, possui o título “Hospital Amigo da Criança”, concedido pela

OMS e pela UNICEF e, desde 2014, possui selo de acreditação pleno, nível III, pela ONA (HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK, 2017).

Constata-se, assim, uma desigualdade no acesso da população aos serviços de saúde, com um comprometimento da universalidade da atenção. Na região da tríplice fronteira, é estimada uma população de 700 mil habitantes com diferentes situações de acesso aos serviços de saúde devido à organização dos sistemas de saúde serem desiguais (GUERRA; VENTURA, 2017). Na Argentina e no Paraguai, a manutenção do seguro social é baseada no emprego, que implica na universalidade regulada do direito à saúde e incentiva a busca desse direito no Brasil (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Dessa forma, as diferenças dos sistemas de saúde dos países que compõem a tríplice fronteira, marcada pela desigualdade de garantia do direito à saúde, são determinantes para a movimentação de estrangeiros na procura de serviços de saúde no Brasil (CAZOLA et al., 2011; ALBUQUERQUE, 2012; ATUN et al., 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018). Os brasileiros moradores nos municípios estrangeiros são os que mais procuram atendimento no SUS, embora verifique-se uma demanda da população estrangeira pelo fato de o Brasil possuir sistema universal (GUERRA; VENTURA, 2017).

Ferreira, Mariani e Braticevic (2015) corroboram essas constatações, afirmando que mesmo com adversidades relacionadas ao direito à saúde, o atrativo da procura por serviços de saúde pelos estrangeiros é a gratuidade do SUS. Schwartz e Fuga (2015) complementam que a proximidade geográfica, a carência de serviços públicos no país de origem, oportunidade de atendimento e a qualidade de atenção à saúde são explicações para a procura pelos serviços de saúde.

6.2. O Direito à Saúde da população flutuante

O direito à saúde é objeto de estudos tanto no campo do direito como na saúde. Entretanto, existem diferentes abordagens e perspectivas para o tema. Embora exista tal pluralidade de significados, no presente estudo foi adotado o conceito trabalhado por D'Andrea et al. (2017).

A garantia normativa (aspecto legislativo), a realização prática individual e coletiva (aspecto sociopolítico), a responsabilidade moral (aspecto bioético) e o reconhecimento da exigibilidade (aspectos das demandas específicas) – e, repetindo, em determinado contexto – da atenção ao completo bem-estar físico, mental e social (saúde) ou ao equilíbrio vital integral do ser humano (outra forma possível de se conceituar saúde, numa perspectiva mais integradora) (D'ANDREA et al., 2017, p.71).

No que tange ao aspecto legislativo (D'ANDREA et al., 2017), os informantes-chave reforçam o princípio diretivo da universalidade do SUS, do direito à saúde a todos, sem distinção do direito a qualquer cidadão, apontando assim o direito de cidadania.

[...] Eu acho que o serviço tem que se comportar da mesma forma como se fosse tratar do mesmo cidadão de Foz do Iguaçu, que é referenciado pelo Sistema Único de Saúde. Não ter discriminação por conta de local ou de... enfim, de outras cidades, viajante, ou de acordo... ter entrada normal independente da cidade, do credo, de cor, enfim, ter tratamento universal, né? E2

[...] Mas, na realidade, o que diz... vou repetir, o primeiro princípio do SUS é universalidade, todos têm o direito. E5

Eu penso que para nós, para a parte operacional, a gente opera com a estrutura do SUS, a gente é atendimento universal e a pessoa tem acesso ao serviço e a gente não... não tem esse questionamento na hora de fazer assistência. Sei que isso é um problema para gestão, mas do ponto de vista assistencial a gente não tem esse questionamento, não tem esse problema. E13

Legislação? Conheço. O que eu conheço, assim, o que eu ao menos penso que conheço é a questão do SUS mesmo, que estabelece que não há distinção de direito entre quem é estrangeiro e quem é brasileiro, quem reside, quem não reside; quem é dentro da lei, quem é fora da lei; quem tem documento, quem não tem. Eu tenho essa situação. Uma legislação específica para o atendimento à população, não conheço. E14

Após 21 anos de ditadura militar, os movimentos da sociedade brasileira culminam com um grande marco na organização do sistema de saúde no Brasil - SUS, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a inclusão da saúde na Seguridade Social com acesso universal a toda população. A implantação do SUS ocorreu após forte movimento popular pela redemocratização do país e a definição das políticas com ideias inspiradas no *Welfare State* de países europeus. Entretanto, existem diferentes olhares sobre a implantação efetiva do direito universal: a defesa do direito universal com a possibilidade de aceitação de interesses mercantis e outra visão que não admite a mercantilização da saúde. Assim, observa-se uma legislação caracterizada pelo subfinanciamento e a contrarreforma do Estado que converge com os interesses do Banco Mundial, quadro que se soma ao apassivamento dos movimentos sociais (ANDREAZZI et al., 2017).

O Brasil é o único país capitalista da América Latina que adota o Sistema Universal de Saúde. Desde a implantação do SUS, o sistema trouxe o reconhecimento do direito à saúde que integra ações individuais e coletivas no cuidado com a saúde, integrando políticas transversais e intersetoriais. O sistema universal alinha-se à ideologia social-democrata e com o Estado responsável pelo financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde garantindo

o acesso universal como condição de cidadania, organizados em rede e orientados pela APS (GIOVANELLA et al., 2018).

Apesar de o Paraguai em sua constituição determinar o direito à saúde de forma universal, o projeto ainda não se concretizou (NOGUEIRA et al., 2015). Na Argentina, a saúde não é reconhecida como um direito constitucional (MARTÍN; CLÉRICO; DE FAZIO, 2015). Assim como já explicitado, as diferenças dos sistemas de saúde é o principal motivo para os movimentos pendulares por busca de serviços de saúde (CAZOLA et al. 2011; ALBUQUERQUE, 2012; ATUN et al., 2015; ZASLAVSKY; GOULART, 2017; AIKES; RIZZOTTO, 2018).

O trânsito das pessoas entre os países em busca de melhores condições de vida esbarram no entrave entre o direito à mobilidade e a questão da soberania do Estado. No Brasil, como já apontado, em 2017 foi promulgada a Lei nº 13.445, a Lei da Migração. A lei definiu a garantia dos direitos sociais, incluindo a saúde a todos que se encontram sob jurisdição brasileira, independentemente do tipo de visto ou situação migratória irregular. Contudo, os residentes fronteiriços são vistos de maneira diferente, pois precisam de autorização para a prática de atos da vida civil, incluindo o direito à saúde, aspecto já apontado em outros momentos da presente investigação. A emissão do documento de cidadão fronteiriço deve ser feita pela Polícia Federal mediante a solicitação e é restrito ao município no qual poderá exercer seus direitos pelo prazo de cinco anos, prorrogáveis por mais cinco e por prazo indeterminável sequencialmente (PEREIRA; SOUZA; ALVERNE, 2018).

Embora a Lei de Migração brasileira seja uma das mais progressistas do mundo, o instrumento ainda não é suficiente para garantir o direito à saúde, pois não indica como os estados e municípios devem tratar dos custos para acolhimento desses indivíduos no sistema brasileiro (VILLAVICENCIO et al., 2018).

Outra abordagem trazida pelos informantes-chave, ainda relativa ao aspecto legislativo (D'ANDREA et al., 2017) foi a questão sobre a omissão de socorro.

Ó, a primeira preocupação que você tem é a preocupação... são dois focos, né, a preocupação burocrática, que tem que ser sanada de alguma forma e aí a administração tem os seus caminhos de interpretação disso, né? Sempre aquela lógica, nós não incorremos omissão de socorro, então tendo ou não tendo única opção, um primeiro atendimento vai ser executado. [...] E8

No caso a lei é bem específica: você não pode ter omissão de socorro. Então alguém que procura um serviço de saúde, ele tem que receber o atendimento primário, ser estabilizado, as suas condições vitais serem mantidas e, em caso de estrangeiros, diz a lei que ele é devolvido para a base, para a sua origem, esse é o protocolo a ser seguido. E5

O Código Penal vigente no Brasil é de 1940, criado pelo Decreto-Lei nº 2.848 e em seu Art. 135 definiu:

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte (BRASIL, 1940).

Para os informantes-chave, o não atendimento à população flutuante pode, a depender da situação, caracterizar-se como omissão de socorro e, nesse sentido, não negam o atendimento, dado que a omissão de socorro constitui-se como crime pela legislação brasileira. Caso haja recusa de atendimento por parte institucional ou dos profissionais de saúde, além da pena prevista pelo Código Penal, incide em falta ética gravíssima, que culmina em cassação do registro médico (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

Segundo D'Andrea et al. (2017), o direito à saúde no aspecto sociopolítico perpassa a perspectiva essencialmente da interação popular para o desenho das políticas de saúde considerando o individual e o coletivo, a consciência da condição da cidadania e as relações políticas, sociais e econômicas produzidas historicamente em uma sociedade.

Nesse sentido, importante destacar a fala que ilustra a diferente visão do conceito de cidadania entre os brasileiros e os paraguaios.

[...] A gente está falando assim, é uma realidade que eu tenho uma fronteira aberta com o Paraguai, que o Paraguai é um país carente de recurso e com uma noção de cidadania diferente da gente. Quer dizer, o cara lá é atropelado, a van encosta, se tem dinheiro, pega o cara; e se não tem dinheiro, deixa o cara, vem embora e morre. Então eles têm uma outra forma de lidar com essa situação. Então enxergar esse problema. [...] Quer dizer, se nós temos uma noção de cidadania e o sistema... mas é difícil a percepção desse processo [...] E14

Na etimologia, cidadão é aquele que habita a cidade. No entanto, o termo cidadania foi criado para garantir os privilégios de uma minoria e, ao longo de um processo histórico, a leitura do conceito de cidadania incorporou o direito à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei, com direitos civis, políticos e sociais, além do dever de lutar por eles em um determinado Estado (GORCZEVSKI; MARTÍN, 2011).

O conceito de cidadania é dinâmico e influenciado por contextos históricos e paradigmas ideológicos. A cidadania garante o acesso aos direitos que deve propiciar o

desenvolvimento da potencialidade do cidadão e participação ativa no Estado Democrático de Direito. Após as atrocidades decorrentes das duas guerras mundiais, os direitos humanos e sociais passaram a compor o conceito de cidadania contemporâneo e o Estado como responsável pela garantia da vida digna. Entretanto, com o discurso de melhorar a condição de vida, a globalização e o capitalismo acentuaram as desigualdades sociais e um Estado que, no geral, não ultrapassa as questões econômicas e políticas para promover medidas não meramente paliativas e assim promovam um conceito de cidadania universal (GONÇALVES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2015).

A cidadania inclui princípios de direitos civis, políticos e sociais. O elemento civil para construção da cidadania percorre o exercício da liberdade individual; já o direito político foi caracterizado pela inclusão da participação no exercício político da população marginalizada. Como consequência da ampliação dos direitos civis e políticos e de amplo processo de mobilização social, principalmente formada por trabalhadores, esses passaram a reivindicar os direitos sociais. No Brasil, a consolidação dos direitos sociais aconteceu em 1988, com a Constituição Federal, e subsidiou a ideia de proteção social enquanto fator fundamental para a cidadania (RAMOS; DINIZ, 2017).

Segundo Viana, Fonseca e Silva (2017), ao longo do tempo houve avanços e retrocessos na atuação do Estado para garantia dos direitos sociais na América Latina e Caribe. As políticas neoliberais influenciaram e continuam a influenciar na definição de políticas minimalistas, focalizadas nos pobres, no aumento da participação do autofinanciamento e na organização de sistemas de saúde fragmentados comprometendo o direito à saúde como condição de cidadania.

Assim como o olhar para o conceito de cidadania foi apontado com diferenças, a percepção sobre o direito à saúde para brasileiros, paraguaios e turistas foram igualmente distintas.

[...] Tem uma característica interessante na cidade que ela tem... você pode dividir essa população, vamos dizer assim, não residente na regional em dois grupos talvez de uma maneira geral. O primeiro grupo são as pessoas que moram na região fronteira paraguaia; Argentina é muito pouco, no Paraguai. Tanto os paraguaios quanto os brasileiros que lá residem, eles não têm clareza da percepção do direito à assistência deles aqui, então eles costumam omitir o endereço; eles costumam buscar um vínculo de parentesco que não tenha. “Eu sou casado com uma brasileira, sou casado com brasileiro”, ou mentir a residência por achar que não tem direito a essa assistência. O sacoleiro, o turista, aquele que está em trânsito brasileiro, ele não tem esse problema, ele reconhece essa condição de uma forma mais específica. [...] E14

A democracia prevê a participação dos cidadãos para a construção das políticas públicas na fiscalização, controle e atuação do poder público. Para que a cidadania seja exercida de forma ampla, são primordiais a transparência e a divulgação das informações, de modo que a sociedade possa exercer seu papel ativo para garantia do exercício da cidadania. Portanto, há a necessidade de que essas informações sejam claras para que os cidadãos possam entender seu papel na sociedade (RIBEIRO; SANTOS; NASCIMENTO, 2017).

Branco e Torronteguy (2014) descrevem que a falta de definição clara do Ministério da Saúde sobre o atendimento ao fronteiroço deixa a critério de cada gestor a decisão sobre o atendimento de acordo com seu entendimento e juízo de valor. Embora a Lei de Migração (BRASIL, 2017b) possibilite o visto temporário ao emigrante e ao residente fronteiroço, possibilitando assim o direito à saúde, a lei não descreve critérios claros para sua efetivação, reforçando que a decisão do atendimento fica a critério da organização e da gestão local.

Assim como na fala do E14, Albuquerque (2015) e Nascimento e Andrade (2018) corroboram para omissão do endereço e táticas adotadas pelos brasiguaios e estrangeiros na tentativa de garantia do direito à saúde.

Ainda no aspecto sociopolítico, foi mencionada a preocupação não só com a população flutuante, como principalmente com a visão do estrangeiro sobre a cidade, caso venha a ter algum problema de saúde e não seja adequadamente atendido. Remete-se à importância do turismo, os benefícios que esse traz para o município e a representação construída sobre o território por esse turista.

Tem que ressaltar que a Prefeitura, na figura principalmente do prefeito, tem essa visão do nosso hospital de atendimento ao estrangeiro, principalmente por conta do turista, que além de paraguaio, a gente tem o turista que vem de outros países, porque um paciente... imaginamos um paciente da Europa, Estados Unidos que vem para cá e, porventura ele tem um acidente, ele não é atendido por questões... porque é do SUS, porque não cabe, não está na legislação e tenha um trauma grave, um óbito, ou um grande problema, qual a imagem que vão levar de Foz do Iguaçu para esses países? Então, ele tem essa ideia e nós também que... por isso que a gente busca atender o turista da melhor forma possível, porque para nós, um turista mal atendido do Sistema Único de Saúde, pode impactar de forma muito forte em receber novos turistas na cidade, né? Porque quando... e talvez, eu imagino, né, é uma percepção que eu tenho, alguém de outro país vai querer viajar para Foz do Iguaçu, no Brasil, talvez ele vai buscar a Internet, algum meio, se aqui tem algum suporte na área de saúde, se tem a questão da segurança. E acho que as agências de turismo, o próprio turista, ele acaba buscando essas informações. E hoje, a questão da Internet, fatos negativos, é muito divulgado em rede social e, então, assim, qualquer busca na rede social de um mal atendimento, de que turista foi maltratado, turista foi assaltado, – não é objeto de pesquisa, mas, né? – ou que um turista morreu em Foz do Iguaçu por falta de assistência médica, isso talvez implica em quantas

peessoas deixariam de vir para cá por conta do mal atendimento, né? Então essa percepção o governo município tem e o hospital tem, de que o turista precisa ser bem cuidado. E2

Foz do Iguaçu é a terceira cidade que mais recebe turistas no Brasil, com 13,5% do total de visitantes que entram no país, sendo as Cataratas do Iguaçu um de seus atrativos, e consideradas uma das novas sete maravilhas naturais do mundo. Os impactos do turismo são culturais, ecológicos, econômicos, políticos e sociais, com potencial para preservação de áreas históricas ou naturais, possibilidade do desenvolvimento social, aproximação de diferentes culturas, impulso para o crescimento econômico, aumento da receita geral do município, geração de empregos, entre outros. Em Foz do Iguaçu, o turismo proporcionou aumento do Imposto Sobre Serviços (ISS), participação do PIB turístico de 4,8% e a geração de empregos formais em torno de 12% nas atividades ligadas ao turismo (STEIN; NETO; DECHECHI, 2018).

D'Andrea et al. (2017) trazem questões relativas aos aspectos bioéticos do direito à saúde que permeiam a fala de vários entrevistados. Nessa direção, houve apontamentos sobre a necessidade de todos os pacientes serem tratados igualmente independente da origem, da necessidade de prevalecer a humanização e a integralidade na atenção prestada.

[...] eu não vejo a gente tratar as pessoas de forma diferenciada porque são de outro país, porque é um ser humano que está ali, você tem que... eu imagino assim, se ele veio até nós, já é mais que desespero, porque ele já não conseguiu esse atendimento no país dele, então não deve ser fácil uma pessoa já sair do seu país e vir até nós; é porque se esgotou toda a possibilidade de ter algum tipo de atendimento lá, então o desespero que as famílias chegam aqui é muito grande. E2

[...] a humanização deve prevalecer para qualquer... qualquer paciente, independente da nacionalidade e origem, da forma como ele deu entrada no hospital, né. E3

Olha, eu acredito assim, que a gente não pode negar esses pacientes, porque acima de tudo, não é demagogia da minha parte, mas é vida, nós temos que assistir [...] e a equipe precisa estar ciente que é o direito dele de estar sendo assistido. [...] E11

O princípio da bioética na saúde versa sobre duas posições: uma com o foco nos temas de embriologias e biotecnologias e outra fundamentada nos conceitos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (que considera a equidade na distribuição dos recursos de saúde e garantia de universalidade da assistência). O princípio da justiça na bioética é notada pelas relações de inclusão e exclusão, acesso à universalidade ou não e a efetividade ou dificuldade de políticas públicas nesse contexto (COSTA; ALVES, 2018).

O papel do direito na bioética se dá pela legislação enquanto ferramenta de execução das políticas públicas. No Brasil, a orientação das políticas públicas de saúde é direcionada principalmente pelo Artigo 196 da Constituição Federal que preconiza que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, com a ideia associada de bem-estar social. Contudo, ainda sua efetivação encontra obstáculos pela interferência neoliberal que prioriza a economia e a liberdade individual, com atuação do setor privado e das instituições financeiras internacionais, e que culminam em contenção do financiamento para garantia dos direitos humanos, abalando consequentemente os princípios da bioética (D’ÁVILA; SALIBA, 2017).

A mobilidade humana em busca de serviços de saúde é comum no mundo todo. Quando considerados esses movimentos em regiões de fronteira, esse fato assume complexidade, pois podem ocorrer desigualdades assistenciais com restrição ao acesso aos bens e serviços de saúde acarretando em conflitos éticos na assistência dos imigrantes (GUERRA; VENTURA, 2017).

Ao longo da faixa de fronteira, a cooperação entre os sistemas locais e a possibilidade do atendimento do estrangeiro – e até mesmo do brasileiro residente do outro lado da fronteira – depende principalmente da postura ético-política dos gestores (AIKES; RIZZOTTO, 2018; FAGUNDES et al., 2018). Para Guerra e Ventura (2017), em sua análise bioética, o Brasil apresenta sinais de respeito ao direito à saúde do imigrante no país, porém o estudo não alude ao residente fronteiriço.

Apesar da questão do direito se fazer presente nas falas dos entrevistados de forma bastante enfática, houve relatos acerca da resistência dos trabalhadores quanto ao atendimento no nível operacional das unidades de saúde. Foi apontado que os trabalhadores tinham resistência para atender essa população flutuante por considerarem a possibilidade de falta de atendimento ao usuário brasileiro. Contudo, após intervenção do Ministério Público no sentido de assegurar o dever do atendimento, essa situação parece ter sido amenizada.

Acho que dá para... para o... vencida algumas barreiras iniciais, algumas resistências de alguns profissionais que ficavam angustiados com o impacto dessa medida, quando eu vi caindo em uma zona cinzenta em relação a se a gente deve ou não atender, isso gera uma angústia na equipe de... “poxa, comecei a atender, vai faltar vaga para outros [brasileiro], e como é que fica?”, né? Na medida em que houve o apoio, até a participação mais ativa do Ministério Público, dizendo que a gente realmente precisava atender essas pessoas, que isso era algo que estava sendo cobrado, inclusive, na Constituição Federal e só ao longo do tempo mostrou que não gerou prejuízo maior para o hospital, a gente conseguiu ir contornando, isso para os funcionários gerou alívio, porque nenhum profissional gosta de negar atendimento para alguém que está precisando. E4

As opiniões sobre o direito ao acesso a serviços de saúde no Brasil por estrangeiros são diversas. Segundo Azevedo e Souza (2012), para os gestores dos municípios paranaenses margeados pelo Lago de Itaipu, o direito à saúde era restrito aos nacionais. No estudo de Nascimento e Andrade (2018), em Ponta Porã, fronteira com Pedro Juan Caballero, foram verificados vários pontos de vista: daqueles que defendem o direito à saúde como direito humano; daqueles que distinguem sobre quem deve ou não ser atendido, sobre a insuficiência da saúde pública do Brasil para atendimento de brasileiros e que inviabiliza o atendimento ao estrangeiro; e ainda a visão de que o SUS é para quem não pode pagar por cuidados com a saúde.

Sobre o direito à saúde, no aspecto específico da urgência e emergência, houve considerações sobre direito do atendimento independente da origem do indivíduo nessas situações.

[...] o paciente que precisa de atendimento de urgência e emergência, não importa a nacionalidade ou a origem dele, ele vai ser atendido. E3

É, hoje nós temos o Sistema Único de Saúde. Ele preconiza que, nas urgências e emergências, independente da nacionalidade a gente deve dar o suporte, isso acaba acontecendo na prática. [...]. E9

[...] quando na verdade a legislação brasileira é clara: toda pessoa em situação de urgência tem direito ao atendimento. Então o cara com insuficiência renal, o cara com uma pneumonia aqui dentro, se ele atravessar a porta, ele faz parte do território, ele tem direito a ser atendido, ponto. Ele não precisa comprovar e a secretaria exigia comprovação que era brasileiro que morava lá, então tem essa característica. E14

No Brasil, tanto o Código de Ética Médica, o Código Penal, como o Código Civil explicitam a obrigação do atendimento nos casos de urgência e emergência (BRASIL, 1940; BRASIL, 2008a; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009). No estudo de Ferreira, Mariani e Braticevic (2015) sobre o atendimento à saúde do estrangeiro na fronteira do Brasil com a Bolívia, os autores descrevem que o atendimento é realizado de forma igualitária nos casos de urgência e emergência e enfatizam a necessidade de apresentação do Cartão SUS para consultas eletivas. Já no estudo de Aikes e Rizzotto (2018) sobre a integração entre quatro cidades gêmeas do Paraná – Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão – foi pontuado que o atendimento ao estrangeiro acontece nos casos de urgência e emergência e vacinas. Nascimento e Andrade (2018) afirmam que não atender nos casos de urgência e emergência caracteriza omissão de socorro, previsto como crime no Brasil.

Assim, o direito à saúde da população flutuante no Brasil é visto de maneira controversa. A legislação nacional versa sobre o Sistema Universal para garantia da cidadania

plena. Entretanto, para o estrangeiro ou mesmo brasileiro morador do outro lado da fronteira há diferentes formas de entendimento sobre o direito à saúde para essa população, com único consenso sobre o atendimento nos casos de urgência e emergência (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018; NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

Como já apontado, a Lei de Migração de 2017 possibilita o acesso aos serviços de saúde mediante autorização municipal (BRASIL, 2017b). Assim, a decisão do atendimento ao estrangeiro morador da faixa de fronteira e dos brasileiros moradores do outro lado da fronteira parecer ser de responsabilidade do gestor local, causando conflitos éticos, pois depende da postura ético-política desses gestores (AIKES; RIZZOTTO, 2018) e da disponibilidade de recursos financeiros para processar a atenção a esse grupo. Em Foz do Iguaçu, a preocupação sobre o atendimento transcende o aspecto da legislação no que tange à omissão do socorro e à questão bioética: deve-se levar em consideração a importância da representatividade que o turismo adquire para o município e, portanto, de como são considerados os direitos da população flutuante.

6.2.1 Acesso e acessibilidade da população flutuante aos serviços de saúde

A Constituição Federal do Brasil de 1988 promulgou o acesso à saúde como um direito social e a universalidade desse acesso em todos os níveis de assistência à saúde (VIACAVA, et al., 2018). Para os informantes-chave, os brasiguaios e estrangeiros moradores dessa região parecem utilizar de estratégias diversas para acessar ao serviço de saúde do município de Foz do Iguaçu como, por exemplo, por meio da apresentação de documentação de endereços falsos conforme a transcrição de alguns depoimentos.

O problema [do atendimento de estrangeiro] são algumas... digamos, algumas questões que as pessoas burlam para serem atendidos aqui, principalmente dos países vizinhos. E3

Então, nós percebemos nitidamente pessoas que simulam que em tese estariam sendo residentes em Foz do Iguaçu e é apenas uma maquiagem de um amigo, um conhecido, supostamente essa pessoa moraria lá, isso faz com que ela retire carteira SUS. Isso nós observamos aqui todas as semanas [...] E8

[...] Então verificar a questão do Cartão SUS, se a pessoa realmente reside no Brasil, comprovar que aquele endereço pertence a ele, porque muitas vezes eu pego o endereço de uma outra pessoa e eu lembro que foi descoberto no período que tinham algumas pessoas que eram como agenciadores, que chegavam para essas pessoas e diziam, “não, eu consigo para você um cartão [SUS]” e aí eu lembro que tinha um local na Avenida Brasil e na própria José Maria de Brito, que se fosse era um prédio de vários

andares só com paraguaio ou brasiguaios, que era sempre o mesmo endereço. E isso envolveu até na época a Polícia Federal, então houve, de alguma forma, uma rigidez para que se liberasse esses cartões. Então, eu lembro de que teve uma ação alguns anos atrás aí do município nesse sentido. [...] E8

A gente depende muito da informação dessas pessoas, do turista brasileiro é mais fácil; ele informa que não reside aqui, isso é mais fácil. Mas o brasiguai, ele tem um receio de não ser atendido por não residir no Brasil e aí, muitas vezes, o endereço que ele informa não é um endereço correto, é um endereço de um amigo, de um parente, não é o endereço onde ele realmente reside. E9

A prática de garantir o atendimento em serviços de saúde por comprovação de endereços de parentes e ou amigos ou alugando imóveis do lado brasileiro foi verificada em diversos estudos (CAZOLA et al., 2011; ALBUQUERQUE, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Nascimento e Andrade (2018), em estudo sobre as táticas e estratégias adotadas pelos estrangeiros e brasiguaios para o acesso à saúde na cidade Ponta Porã, no Brasil, fronteira com Pedro Juan Caballero, no Paraguai, foram as mais diversas: desde empréstimo de documentos, mobilização das redes de solidariedade vinculados aos parentes, amigos, namorados e namoradas para comprovação de residência para aquisição do Cartão SUS, até o agravamento da saúde com risco de morte para efetivar o atendimento e evitar a omissão de socorro. Para os autores, o Estado brasileiro, mesmo com pesquisas relacionadas ao tema, não reconhece a situação ou justifica o financiamento insuficiente para o acesso à saúde aos estrangeiros.

Albuquerque (2015) verificou que em Foz do Iguaçu, além das táticas e estratégias adotadas em Ponta Porã, era observado o registro de crianças que nasceram ou não no Brasil com a confirmação apenas de algumas testemunhas. Principalmente em tempos de eleição brasileira, ainda viabilizava-se esse acesso por intermediação de políticos locais com envio de bilhetes aos funcionários de hospitais e das UBS ou o fornecimento de endereços, pois a maioria dos imigrantes brasileiros, moradores do Paraguai, costumava votar nas eleições municipais e gerais no Brasil (ALBUQUERQUE, 2015).

As estratégias mencionadas, além de dificultarem o registro adequado, tornam o mapeamento do número real da população flutuante atendida empírico, com consequente falta de diagnóstico situacional que poderia colaborar para um planejamento mais adequado do sistema local de saúde e do financiamento e tomada de decisão mais alinhados à demanda e necessidade da população.

[...] porque existem muitos brasiguaios que utilizam o nosso hospital, então o que a gente percebe, assim, e não há como a gente fazer uma investigação e um mapeamento disso, que eles pegam alguém que mora aqui da família, apresentam como comprovante de residência, como se eles fossem morador de Foz e não são, né? Então a demanda é muito maior do que ela parece. E13

Em toda a rede, nós temos os registros a partir dos prontuários das fichas que são preenchidas. Mas eu te confesso que nós precisamos aperfeiçoar, porque na hora de dimensionar esse quantitativo, nós ainda temos dificuldade para uma informação mais precisa. Nós temos informações aproximadas, mas carecemos de informações mais precisas. E15

Branco e Torronteguy (2014) afirmam que se houvesse reconhecimento do fluxo de atendimento aos estrangeiros nos serviços de saúde nos municípios de fronteira, seria possível identificar e quantificar acordos para compensação financeira de uma situação que já concreta nessas regiões.

Em estudo sobre o acesso à saúde no município de Corumbá, no Brasil, fronteira com Puerto Quijarro, na Bolívia, Silva, Oliveira-Neto, e Mariani (2017) afirmam sobre a necessidade de equacionar a demanda de acesso aos serviços de saúde para assim reestruturar as políticas públicas, principalmente relacionadas ao financiamento da rede pública.

As falas dos informantes-chave evidenciaram que, para terem acesso ao serviço hospitalar brasileiro, muitas vezes ocorre o encaminhamento de um paciente em situação de maior gravidade sem comunicação e suporte seguros, fato que pode colocar em risco o paciente.

Ela é frequente e infelizmente não tem uma comunicação prévia; isso é ruim para todos os serviços, né? Então chega um paciente grave, sem histórico dele, sem saber se ele tem alguma comorbidade, sem informações necessárias para dar continuidade no tratamento, então isso... isso acaba acontecendo. Muitas vezes, é colocado em uma ambulância, simplesmente é trazido para cá, o paciente já grave [...]. E8

Tem casos até mesmo de traumas graves que foram acontecidos no Paraguai e ele sem aviso prévio nenhum: simplesmente colocaram dentro de um carro ou de ambulância e trouxeram sem contato nenhum com o hospital. Casos gravíssimos de vir dentro de uma van sem suporte nenhum, com um cilindro de oxigênio transfundindo sem equipe nenhuma, gravíssimo. E12

Albuquerque (2012), no estudo sobre o atendimento de brasiguaios em Foz do Iguaçu, descreve que as gestantes paraguaias e brasiguaias, para garantia do direito à saúde, procuram atendimento em trabalho de parto, caracterizando emergência. Nascimento e Andrade (2018) identificaram que em Ponta Porã ocorre a mesma situação com gestantes que aguardam o agravamento do quadro da doença até a eminência do risco de morte para

caracterizarem atendimento de emergência, fatos apontados também como existentes no município de Foz do Iguaçu por E12.

No estudo de Aikes e Rizzotto (2018), os autores identificaram que uma das principais justificativas para a restrição do acesso aos serviços de saúde nas cidades gêmeas Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão foi o alto custo desses atendimentos, pois a procura acontece nos casos avançados e agudizados.

A conexão harmoniosa entre os diferentes serviços de saúde promove o cuidado integral e está relacionada à gestão do cuidado. Exige a articulação entre os gestores para o planejamento regional visando a responder às necessidades de saúde de um determinado local (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Particularmente em região de fronteira, para a garantia do direito à saúde é aconselhável, além dos acordos de cooperação, ações conjuntas para o enfrentamento das dificuldades de integração regional de saúde, aspirando ao alcance da responsabilidade ética e consolidação do direito humano (GUERRA; VENTURA, 2017).

As falas dos entrevistados configuram evidências sobre a dificuldade de integração entre os serviços de saúde na região e o risco à segurança dos que precisam de atendimento em saúde diante do cenário descrito.

Houve apontamentos acerca da falta de leitos de UTI nas cidades de Puerto Iguazú e Ciudad del Este e sobre o fato de que é mais comum receber pacientes do Paraguai em relação aos da Argentina, devido ao controle de barreira de fronteira e da distância geográfica diferente para cada um dos países.

Porque, por exemplo, Argentina tem 18 quilômetros do nosso hospital aproximadamente, tem cinco leitos de UTI em Puerto Iguazú, tem dez leitos de UTI em Ciudad del Este, então veja, praticamente zero, nada de leitos, então o que acontece nos casos graves? As pessoas colocam no carro, atravessam a fronteira e tentam trazer para o hospital. Isso é muito mais fácil no Paraguai, porque não tem controle nenhum na barreira e vem mesmo. A Argentina já não consegue vir, por conta do próprio bloqueio que existe na barreira internacional. Então saiba lá que essa barreira que existe para com os turistas e sair do próprio país, da Argentina, é o que de certa forma nos alivia um pouco, porque isso é mais difícil ter pacientes que vêm da Argentina, já do Paraguai é mais comum [...]. E2

O acesso aos serviços de saúde é influenciado pelas características da população e pela disponibilidade geográfica e organizacional, representada pela existência dos serviços de saúde no momento e no local da necessidade da população, incluindo distância e meios de transportes. Os indicadores para avaliar a acessibilidade geográfica incluem número de leitos hospitalares, de médicos e a existência de ambulância para área geográfica ou para aquela quantidade populacional (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Na pesquisa de Nogueira et al. (2018), para avaliar o sistema de proteção social em cidades gêmeas localizadas em regiões de fronteira, incluindo a tríplice fronteira do presente estudo, os autores observaram a presença de desigualdade territorial com áreas geográficas com mais ou menos qualidade, equipamentos e oferta de serviços de saúde.

Conte (2019), no estudo sobre aglomeração urbana na tríplice fronteira de Foz do Iguaçu, aponta que a aduana do município com Puerto Iguazú é fortemente vigiada. Esse controle na fronteira com Argentina somado ao número de habitantes argentinos inferior aos residentes no Paraguai configuram maior facilidade e procura por brasiguaios e paraguaio aos serviços de saúde brasileiros.

Para além das questões de acessibilidade geográfica, diferentes aspectos da acessibilidade organizacional foram apontados, tais como: falta de leitos, fluxo de atendimento, liberação do Cartão SUS e necessidade de internação dos estrangeiros e brasiguaios. Com relação à falta de leitos,

[...] Existe claro, em algumas situações superlotação, dificuldade de alocar esse paciente, mas a gente sabe que ele acaba de alguma forma chegando até o serviço. E9

As variáveis que podem influenciar quando um grupo tem acesso a um serviço de saúde constituiu-se um quadro complexo, pois inclui as vulnerabilidades sociais desse grupo e adaptação do sistema para as suas necessidades de modo a disponibilizar o acesso ao serviço. Dados mais pontuais são a dispersão espacial de serviços de saúde e a densidade demográfica de uma região, considerando ainda tempo de viagem, tempo de espera para atendimento e número de leitos. A atratividade em relação a um serviço de saúde depende da oferta de serviços e do número de leitos à disposição, uma vez que essas variáveis refletem o porte do sistema e quando correlacionadas com outros fatores influenciam as pessoas a procurarem ou preterirem determinado serviço (CIRINO et al., 2018).

Em Foz do Iguaçu, apesar das dificuldades em relação ao número de leitos e da acessibilidade geográfica, os estrangeiros, brasiguaios – e os menos citados brasileiros que moram na Argentina – procuram os serviços de saúde brasileiro.

Os informantes-chave apontaram que, para qualquer usuário, há um fluxo de atendimento que deve ser seguido independentemente de ser população residente ou flutuante.

É que nós temos protocolos, então os protocolos precisam ser seguidos. Os protocolos, eles filtram e ao mesmo tempo eles dificultam talvez um atendimento mais rápido. Vamos supor que eu sinto que eu preciso... talvez eu estou em uma situação gastro muito forte, mas primeiro eu vou ter que ir

para a UPA, da UPA eu vou ter que ter indicação para o hospital, aí vai ter que abrir leito para *mim* conseguir ser transferido para cá, então esse que é o procedimento... [...] é o fluxo de atendimento. E1

Entra no protocolo dos pacientes como pacientes normais, os protocolos existentes são permanecidos. E5

Então, assim, como... quando a busca é espontânea, vai fazer essa triagem que eu citei anteriormente, aí o médico identificando que é atendimento aqui para a nossa unidade; aí a gente vai fazer uma fichinha, vai abrir e daí ele vai ser atendido aqui normalmente; e daí vai fazer a admissão no pronto socorro, exames, as avaliações com as especialidades e, se for indicativo de... [...] internamento, aí vai dar sequência normal, vai internar. Só passa um período no pronto socorro até identificar certinho qual é a causa, qual especialista e tudo mais, o que vai precisar. E12

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) foi implantada no estado do Paraná em 1998 e as suas diretrizes estabelecem os critérios de atendimento com associação ao tempo-resposta e o estabelecimento de definição das competências entre os níveis de atenção e sistemas de transferências sob regulação. Segundo Uchimura et al. (2015), as UPAs do estado do Paraná apresentam integração parcial com as RAS e, mesmo com os fluxos estabelecidos, há obstáculos que, na prática, limitam sua resolutividade.

Em Foz do Iguaçu, em 2018, foi implantado um sistema para contribuir na gestão do atendimento chamado RP Saúde²⁷, com informações detalhadas sobre atendimento com nome do paciente, classificação de risco, equipe médica de plantão nos estabelecimentos de saúde e ordem na fila de atendimento. O sistema visa também ao controle em tempo real do fluxo nas unidades de saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2018).

Embora mencionem o respeito ao fluxo de atendimento no Brasil independentemente da origem do paciente, os informantes-chave apontaram para a necessidade da criação de fluxo de atendimento e de transferência regulada de pacientes entre os países, no caso mais frequente entre o Brasil e Paraguai. A ausência desses protocolos dificulta o acesso aos serviços de saúde principalmente dos brasiguaios e paraguaios.

[...] e a outra situação muito simples, assim: você é um brasileiro que está dentro do Paraguai e você sofre um acidente. Nós gostaríamos que você fosse estabilizado como doente e nos avisado como doente, para que nós recebêssemos você. E o inverso também ser verdadeiro. O paciente estrangeiro que tem residência e domicílio no país vizinho e foi atendido pelo nosso serviço de APH, por exemplo, porque nada impeça que isso possa ocorrer e ocorre: atravessou a ponte, foi atendido e nós estabilizamos o doente, para quem é que eu vou mandar no teu país e não que ele entre para a parte clínica que é onde é o problema. E6

²⁷ Prefeitura de Foz do Iguaçu implanta novo sistema atendimento na saúde. Disponível: <http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=42234>. Acesso: 19 abr. 2019.

[...] Um exemplo: uma das deficiências que nós temos aqui, que eu acho que causa uma fragilidade enorme, é a quase ausência de protocolos transfronteiriços. Então, se o paciente enfartar no Paraguai, ele vai ser conduzido para cá; muitas vezes ele vem em viaturas inadequadas, viaturas despreparadas, desacompanhados ou acompanhados por pessoas sem preparo técnico nenhum, e são pacientes de extrema gravidade e não tem nenhuma previsão de passagem na ponte: se houver uma parada de fluxo na ponte, se o paciente estiver estabilizado em uma viatura em um tempo indeterminado, vai ficar mantido na barreira física. Então a gente tem tido... nós temos tido uma série grande de contatos com lideranças, com diretores do hospital, inclusive políticos, que se desenvolvam uma série de tratativas para que a gente possa, dentro do perfil mais dominante, epidemiológico mais dominante da região, nós traçarmos alguns protocolos e garantir uma segurança sem riscos maiores. Isso já foi iniciado, mas ainda é um campo grande a ser explorado, viu. [...] E8

A regulação em saúde perpassa o estabelecimento de fluxos e protocolos dos pacientes nos diferentes níveis de atenção. Deve ser baseada nas necessidades de saúde de uma determinada região, com pactuação entre os gestores para organizar os sistemas regionais de saúde. O sistema de governança visa à efetiva regulação do sistema com definição das responsabilidades entre os gestores. No Brasil, as políticas de regulação na atenção à urgência e emergência configuram um desafio, visto que há necessidade de expertise e investimentos em tecnologia, ampliação dos serviços e do financiamento (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

A ausência da definição clara sobre o atendimento aos estrangeiros para além dos casos de urgência e emergência no Brasil parece influenciar na falta de fluxo de atendimento para atenção à saúde no cenário do presente estudo, fato que traz riscos de segurança para a integridade dos usuários que precisam dos serviços de saúde.

A emissão do Cartão SUS no passado²⁸ não era possível fora do município de residência do usuário, ou seja, havia obstáculos para o acesso e, portanto, para o direito à saúde. Os informantes-chave apontam que isso pode ter colaborado com o número de Cartão SUS emitido por Foz do Iguaçu, pois em casos de urgência e emergência, os serviços de saúde, providenciavam o Cartão SUS para faturar AIH.

Eu não tenho mais acompanhado esse processo administrativo, mas se não me engano em 2011; isso foi até discussões que a gente teve com o Ministério da Saúde, eu acho que mudou a possibilidade de você utilizar, porque na AIH você pode colocar o endereço da pessoa como fora do Brasil, só que você precisava colocar o Cartão SUS e o município não conseguia fazer Cartão SUS no endereço fora daqui, que teria uma certa lógica, quer dizer: “por que eu vou fazer um Cartão SUS em Foz numa pessoa que mora

²⁸ Como mencionado (no item 2.3, a procura de atendimento de saúde pela população flutuante da presente pesquisa) sobre a emissão do Cartão SUS no município de Foz do Iguaçu.

em Santa Terezinha?” Só que às vezes a pessoa não tem o Cartão SUS: a pessoa mora no Tocantins, está passeando ou veio fazer compra aqui, teve um evento, eu vou precisar fazer um evento de alto custo, um cateterismo... eu vou ter que lançar o Cartão SUS na AIH e a pessoa... então por isso que Foz do Iguaçu tem muito mais Cartão SUS do que pessoas que residem aqui. E14

No entanto, os informantes-chave pontuaram a mudança para emissão do Cartão SUS e a existência do Cartão SUS provisório que possibilitam, dessa forma, o acesso à saúde da população flutuante nas situações de urgência e emergência.

Olha, nós já fizemos a alteração recentemente das condições e critérios para atendimento à população estrangeira em situação de vulnerabilidade. Então revisamos e flexibilizamos os critérios para a emissão de cartão SUS, claro, protegendo a população residente no município de Foz do Iguaçu, mas também flexibilizando para aquele estrangeiro que está residindo em Foz, mas ainda não dispõe de toda a documentação que outrora era exigida, uma documentação em termos assim, de um contrato de aluguel formalizado. Às vezes, ele tem uma situação de locação, mas é ou informal, ou com um contrato sem a mediação de uma imobiliária, já flexibilizamos isso. E entendemos que na situação de urgência e emergência, todos têm que ser atendidos, mas na situação de atendimento para as condições crônicas, e que demandam atendimento longitudinal, nesse caso, nós temos sim que fazer o cadastramento, fazer o acompanhamento, para que também não tenhamos as unidades de saúde como pontos de atenção eventuais, só para a realização de determinado exame ou de determinada consulta. E15

[...] São registrados sendo feito a ficha de cadastro da entrada e aberto a AIH. Claro que os pacientes que não têm cartão SUS, como principalmente os estrangeiros, né, porque ainda existem brasileiros que não possuem o Cartão SUS. Mas os estrangeiros, 100% deles não possuem, então a gente tem a possibilidade de fazer um Cartão SUS provisório de atendimento de urgência e emergência. A partir daí, a gente consegue fazer o atendimento e o posterior faturamento da conta do paciente. [...] Isso [cadastro com Cartão SUS provisório]. A gente faz no cadastro, depois a gente solicita um cartão provisório para a Secretária de Saúde. E3

Elas têm um Cartão SUS provisório. Quando elas estão em trânsito no Brasil, é emitido um Cartão SUS provisório. Se a pessoa, ela é brasileira, nasceu no Brasil, ela pode ter um Cartão SUS, mesmo que ela more no Paraguai. [...] E4

Em Foz do Iguaçu, a partir de setembro de 2015, considerando a realidade local, foi alterada a instrução normativa para emissão do Cartão SUS no município, tanto para os brasileiros residentes no Paraguai e na Argentina, como para estrangeiros moradores em Foz do Iguaçu. Estabeleceu-se que todo brasileiro tem direito à saúde e os estrangeiros não residentes no país teriam direito nos casos de urgência e emergência. Para os brasiguaios, a responsabilidade da emissão do Cartão SUS é pelo Consulado do Brasil no Paraguai (em Ciudad del Este), para brasileiros residentes na Argentina, a liberação é feita na Secretaria

Municipal de Saúde e, para os estrangeiros residentes em Foz do Iguaçu, está vinculada à diretoria de Supervisão e Controle da Secretaria da Saúde do município (FOZ DO IGUAÇU, 2015b). Assim, percebe-se que em Foz do Iguaçu, mesmo antes da Lei de Migração de 2017 (BRASIL, 2017b), o município organizou-se para regularizar o atendimento para essa população e, em consonância com a referida lei, o direito à saúde enfrenta obstáculos para sua fruição.

Essa emissão do Cartão SUS provisório facilitou a liberação de internação e os informantes-chave relataram que não há dificuldades nesse processo, uma vez que foram criadas estratégias burocráticas que permitiram a efetivação do direito à saúde.

Existe algumas ferramentas que... ministerial – até onde eu sei, tá – que possibilita fazer essa AIH temporária para esse atendimento. Então se gera um número de cartão, que não fique disponível para esse estrangeiro, porque daí você estaria dando essa condição de ele ter o mesmo, mas ele fica disponível para o serviço para ter a geração da AIH. E6

Assim, na grande maioria das vezes, eles não têm o Cartão SUS, aí a gente acaba pedindo uma liberação para a secretaria de um cartão provisório. Aí para a internação é realizado com esse cartão provisório. E11

Não, os documentos que são necessários é o documento de identidade, comprovante de residência, mas, por exemplo, em casos graves você não vai exigir, você já vai fazer, você vai atendendo normalmente e depois coloca uma pendência lá para o familiar trazer. Só que tem muitos casos desse aí que o próprio comprovante é lá do Paraguai, que eles não têm como comprovar que moram aqui. [...] É anexado igual, isso. E12

Entretanto, os serviços de saúde parecem delegar ao usuário a responsabilidade para efetivarem o acesso aos serviços de saúde. Na instrução normativa para emissão do Cartão SUS no município, não há referência sobre quem deve providenciar o Cartão SUS nos casos de urgência e emergência.

A gente tem algumas dificuldades, na urgência, né, vou dar um exemplo: o paciente que seja brasiguaiou ou mesmo paraguaiou, a gente vai dar o atendimento para ele, mas como a gente não consegue devolver, durante o período de internação, ele tem que providenciar a documentação dele, tem que conseguir um Cartão SUS, ele precisa documentar que essa conta, depois ela vai ser suportada pelo município ou pelo estado, dependendo da forma de contratualização, então essa é uma dificuldade. Na urgência, você atende, mas depois você precisa da documentação necessária para poder faturar essa conta. E9

Olha, eu de cabeça eu não lembro, mas a grande maioria acaba conseguindo, porque, assim, você tem uma justificativa médica ou clínica dizendo o motivo da internação dele, que é um paciente que não poderia ser dispensado naquele momento e aí, com isso, ele busca toda a documentação necessária. Muitas vezes, demora um pouco mais, mas eu não lembro assim, de casos que a gente não tenha conseguido em alguma situação a documentação necessária E8.

Com relação à acessibilidade sociocultural, a fala dos informantes-chave denota que a equipe é capacitada e acostumada a atender a população flutuante, muito embora o idioma pode trazer alguma dificuldade.

[...] tudo flui normalmente. Inclusive, a gente é até acostumado com pessoas que falam em alemão, falam em inglês, falam espanhol que é muito comum, então isso já não gera estranheza, não. E4

Olha, é porque a equipe já está acostumada a lidar com esse tipo de situação, né, então eles já conhecem até pelo próprio jeito da pessoa se comunicar, de solicitar o que precisa, então a equipe eu diria que ela está bem capacitada, tanto os médicos quanto os enfermeiros, os demais profissionais da assistência, eles conseguem lidar bem com essa situação, porque acaba sendo algo já trivial no seu dia a dia, não vejo tanto problema. [...] E8

As dificuldades são principalmente para idiomas estrangeiros conforme o entendimento da pessoa, a compreensão, a capacidade de conversar com a pessoa, isso pode ter alguma dificuldade. E10

Costa et al. (2015) verificaram que, mesmo com a facilidade de contato com diversas culturas no mundo globalizado, menos da metade dos enfermeiros participantes de sua pesquisa possuíam conhecimento de idiomas estrangeiros atuantes na urgência e emergência, com potencial prejuízo na comunicação com paciente, caracterizada nesse ambiente pela rapidez e pela eficácia.

Guerra e Ventura (2017), em estudo sobre aspectos bioéticos relacionados ao cumprimento do direito humano ao acesso a serviços de saúde pelos imigrantes no Brasil, identificaram que a barreira do idioma afeta negativamente o atendimento dos imigrantes e piora nas situações de doença grave, pois dificulta a compreensão das orientações durante os procedimentos que precisam da colaboração do paciente.

No cenário do presente estudo, o Cartão SUS parece ter papel fundamental para a garantia do direito à saúde para os estrangeiros, brasiguaios e brasileiros residentes na Argentina. Para tanto, essa população parece utilizar de estratégias para o acesso aos serviços de saúde que incluem endereços falsos e até a gravidade da doença para caracterizar atendimento de urgência e emergência. A partir de 2015, o município regulamentou a emissão do Cartão SUS para todos os brasileiros, não deixando claro no documento os critérios sobre aqueles que moram do outro lado da fronteira. Para os estrangeiros, a emissão do Cartão SUS ficou restrita aos residentes de Foz do Iguaçu e a garantia do direito à saúde para estrangeiro não morador no município, somente nos casos de urgência e emergência. Diante dessa realidade, o dimensionamento real do atendimento da população estrangeira e dos brasileiros moradores

fora do Brasil é inexecutável, fato que acaba prejudicando o reconhecimento da necessidade da organização de políticas públicas voltadas para a questão.

6.2.2 Contradições e crítica sobre a universalidade

O Brasil é o único país, considerado capitalista na América Latina, que possui um sistema público universal, que reconhece o direito à saúde como papel do Estado e corresponde a uma compreensão de cidadania. Entretanto, após o relatório sobre financiamento pela OMS, em 2010²⁹, vem ocorrendo uma transição do conceito do direito à saúde influenciada por interesses econômicos e justificada pela questão financeira (GIOVANELLA et al., 2018).

No cenário do estudo, houve críticas à universalidade do SUS pelos informantes-chave que parecem questionar o direito ao atendimento da população flutuante, principalmente do estrangeiro residente na faixa de fronteira devido à dificuldade decorrente do aumento da demanda, à falta de leitos e à consequente sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde.

O tratamento é o mesmo [...] Mas o tratamento não é diferenciado, o que há, é o porquê disso, muitos talvez acham que não seria a nossa obrigação, né? E2

[...] O único caso que a gente não deveria atender, seria o paraguaio, ou argentino, ou alguém de fora, que mora fora, e não estava em trânsito no território nacional, e procurou o hospital para ser atendido; entrou no Brasil praticamente para ser atendido. E4

Olha, a dificuldade eu acho que é em relação ao hospital, o tamanho, a capacidade, que a nossa solicitação é muito grande, acho que em relação a isso sim. Não sei se deu para entender bem. É em relação a nossa demanda, é isso que eu digo, porque daí, além da nossa demanda, da nossa 9ª Regional que já é grande... aí a gente tem mais essa... E12

No Brasil, mesmo com os obstáculos enfrentados ao longo da sua existência, a garantia do direito à saúde em consonância ao princípio da universalidade do SUS foi devidamente incorporada pela sociedade brasileira. No entanto, para o pensamento liberal, é inaceitável a exclusão do mercado em qualquer setor da vida social. Assim, o SUS recebe fortes críticas do Banco Mundial e, desde a década de 1990, sofre interferências da instituição para organização do sistema de saúde brasileiro. Segundo o Banco Mundial, os sistemas de saúde não precisam ser gratuitos para serem acessíveis e aponta ações para a restrição do

²⁹ Relatório Mundial da Saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde, em 2010, que tem objetivo de fornecer informações para a tomada de decisão na formulação de políticas de financiamento na saúde. Faz considerações sobre cobertura universal e a sustentabilidade dos sistemas de saúde moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o BM, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal.

direito com a justificativa da sustentabilidade do sistema. Aliado a essa ideia, a OMS, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Organização das Nações Unidas (ONU) endossam a proposta para a reforma do sistema de saúde em países em desenvolvimento visando à cobertura universal de saúde, que garanta um conjunto limitado de serviços (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Ao longo dos anos, várias pesquisas sobre o direito à saúde em regiões de fronteira vêm trazendo diferentes olhares (GIOVANELLA et al., 2007; CAZOLA et al., 2011; AZEVEDO; SOUZA, 2012; BRANCO; TORRONTÉGUY, 2014; MOCHIZUKE, 2015; NOGUEIRA; DAL; FERMIANO, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015; GUERRA; VENTURA, 2017; NASCIMENTO; ANDRADE, 2018; SILVA et al., 2018). O questionamento sobre o direito à proteção social defendido pela sobrecarga do sistema e a não contribuição com os impostos pelos estrangeiros e brasileiros moradores fora do Brasil causam dilemas ético e político. A legislação brasileira não garante o direito à saúde dessa população e não traz indicativos de como os estados e municípios devem regulamentar e implementar dispositivos para garantia do direito à saúde (VILLAVICENCIO et al., 2018).

Contudo, mesmo com a existência desse questionamento do direito à saúde, houve informantes-chave que declararam que, atualmente, essa situação vem melhorando quando comparada ao passado.

Então, de ouvi, na verdade, assim, de ouvi falar, a gente escuta... ouve culturalmente sempre essa... por não ter esse recurso destinado a essa população, então há tempos atrás a gente ouvia que tinha essa diferenciação de atendimento, porque “ah, se você não tem comprovante de residência...”, então houve... houve várias histórias sobre isso, né. Eu percebo hoje que a linha futura da Secretaria de Saúde no município, ela busca tentar amenizar isso, então assim, a gente atender de forma igualitária a todos, independente de ele morar aqui ou não. E7

[...] o quadro técnico da Secretaria Municipal de Foz do Iguaçu tinha uma percepção, um entendimento, de buscar mecanismos de restrição do acesso à saúde desse brasileiro que mora no Paraguai ou do paraguaio que mora no Paraguai. Não entendia isso como um direito, então *havia* restrições que eram tentadas colocadas... se tentava colocar no sistema, né, de criar dificuldade, eu já vi secretário falar em colocar barreira na ponte; a exigência de comprovante de endereço; a não emissão de Cartão SUS. Então tudo isso eram empecilhos que eram colocados para essas pessoas e isso de um certo modo alimentava a corrupção do sistema. Pessoas que intermediavam, vereadores, gente que trazia. Então criou a dificuldade e eu crio alguém que cria... [...]. Outro detalhe interessante é que agora mudou isso [...] E14

Houve fala específica quanto à dificuldade do direito à saúde e acesso aos serviços pelos estudantes da UNILA, apontando que as equipes de saúde nas UBS não atendem os estudantes estrangeiros, mesmo quando residentes em Foz do Iguaçu.

Eu posso falar por relatos de alunos da UNILA, por exemplo. Muitos utilizados, por exemplo, nas unidades de saúde. Não atendem estrangeiro, não prioriza, não atende. E o aluno da UNILA é residente em Foz do Iguaçu. Ele é estrangeiro, ele é residente em Foz do Iguaçu, tem visto, está matriculado regularmente. No hospital, a gente vê isso com menos ênfase profissional do hospital, uma clínica médica, um paciente internado, eu nunca vi qualquer tipo de dificuldade com relação a isso. E14

A Lei da Migração de 2017 definiu que ao imigrante, ou seja, “pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil” (BRASIL, 2017b) pode ser concedido o visto temporário entre outras situações para fins de estudo (BRASIL, 2017b). Assim, o estudante estrangeiro residente em Foz do Iguaçu possui, legalmente, o direito à saúde.

A UNILA teve seu início de ideação em 2007 com a criação do Instituto Mercosul de Estudos Avançados (IMEA). Suas atividades acadêmicas iniciaram em 2010, com o objetivo de integração latino-americana e sob a proposta de ser uma universidade sem fronteira. Localizada estrategicamente em Foz do Iguaçu, por fazer fronteira com Paraguai e Argentina, possui o simbolismo de respeitar as diferenças como também de promover união entre os países latino-americanos em torno de valores e de interesses comuns, por meio da educação, da ciência, da cultura e das artes (CORAZZA, 2010).

O estudo de Silva e Neri (2017) sobre o direito à saúde dos discentes da UNILA no diagnóstico parcial, publicado no Anais do Encontro de Iniciação ao Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, os autores verificaram que do total de 65 discentes entrevistados, a maior parte buscou a UPA, 10,8% teve atendimento negado por não possuir o Cartão SUS e 93,8% não conheciam a legislação para o direito à saúde dos estudantes estrangeiros.

No estudo de Barbosa et al. (2016) sobre a experiência dos estudantes estrangeiros no acesso à saúde no SUS, foi identificado que esses discentes procuraram a UPA quando precisam de atenção à saúde por não conhecerem a organização dos serviços do SUS (com a porta de entrada do sistema pela atenção básica) e a insatisfação relatada foi relacionada ao acolhimento, ao tempo de espera e à resolutividade do problema de saúde.

Outra questão específica levantada foi com relação ao direito da gestante ao atendimento em situação de não urgência e emergência e às estratégias para o acesso ao serviço de saúde.

[...] nós temos no Costa Cavalcanti um serviço de referência que a gestação de alto risco, referência para o alto risco, algo em torno de 400 partos/mês. Uma parte expressiva de gestantes paraguaias fazem busca espontânea ao atendimento externo da obstetrícia é quase como se fosse um pronto atendimento de gestação de alto risco sem ser. Então... só que às vezes acontece, inclusive, que elas comparecem ao serviço já em período

expulsivo. Então envolve em omissão de socorro se não as atendesse, né, criando um conflito ético, um conflito médico e financeiro, mas elas são assistidas, né, [...] isso é muito comum. E8

Como já exposto anteriormente, no período de 2008 a 2018, os dados levantados no SIH indicaram que o capítulo do CID mais frequente foi Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério”, com 43.708 internações, representando 24,25% do total de internações no período. Já nos dados primários de fichas de AIH do período de 2013 a 2017, constaram registros de 59 atendimentos que geraram AIH referente ao mesmo capítulo, com a verificação de 27 partos tipo normal, 11 partos cesariano, 11 curetagem pós-abortamento/puerperal, dois tratamentos cirúrgicos de gravidez ectópica, dois esvaziamentos de útero pós-aborto por aspiração manual intrauterina, dois tratamentos de intercorrências clínicas na gravidez, uma assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita, um aborto espontâneo, um descolamento manual de placenta e um parto cesariano com laqueadura tubaria. Entre os 59 atendimentos que geraram AIH, foram identificadas duas gestantes paraguaias e uma argentina. Não foram identificadas brasiguaias, porém cabe lembrar que em vários atendimentos o município de residência não foi informado e dos 5.998 atendimentos da população flutuante cadastrados em ambas as instituições, 474 (7,90%) geraram ficha de AIH.

Reforçando o princípio de universalidade do SUS, os informantes-chave descrevem que não deve haver diferença no atendimento à população flutuante e enfatizam a necessidade de entendimento sobre o direito à saúde, porém consentem acerca da possibilidade de tratamento diferenciado pela equipe.

Eu acho que assim, do... do brasiguaio e do turista não [diferença no atendimento], mas do paraguaio, às vezes, alguma pessoa da equipe fica um pouco... é... desconfortável, porque está deixando de atender um brasileiro para atender um paraguaio, e que a gente sabe que veio do Paraguai, e não sofreu um acidente aqui, ele não está aqui porque ele caiu ou foi... né, eles arrumaram de forma que ele viesse para cá [...] E3

Olha, eu não posso afirmar desse dado 100%, porque a gente entra numa seara que é da individualidade, e a gente conhecendo o ser humano como a gente possa imaginar das possibilidades, eu acredito que um ou outro pode sim, de forma preconceituosa, dar um atendimento negativo nesse sentido. Eu acredito, mas eu não consigo te mensurar quantidade e nem relação. Mas eu não duvido dessa ação. E10

[..] Mas é que tem muitas pessoas que não querem ter esse entendimento e aí começam denegrindo o atendimento para esse paciente, mas se é alguém da família, como seria isso aí? E11

O principal argumento para a possibilidade do atendimento diferenciado entre a população residente da 9ª Regional de Saúde e população flutuante, principalmente paraguaio, apontado pelos informantes-chave foi o conflito ético e o desconforto ao atender um estrangeiro em detrimento de um brasileiro.

O que ocorre é que sempre há uma implicância às vezes da real necessidade desses atendimentos [da população flutuante], uma vez que... ou seja, esse hospital público, tem gente na UPA, por exemplo, aguardando vaga, aí chega uma urgência do Paraguai, livre demanda, chegou no pronto socorro a gente acaba atendendo. Aí, há esse questionamento: “mas porque tem que atender alguém daqui e deixamos de atender alguém que está na UPA já há 12 horas, 8 horas, 6 horas esperando um atendimento?”, né? Então a gente sempre tem que reforçar essa necessidade do hospital que contribui para com esse sistema, né? E2

[...] Muitas vezes a gente tem o paciente que está no pronto socorro [do Paraguai], que está entubado, que precisa de UTI, mas quando a gente compara a gravidade da situação, esse coitado que está lá [no Paraguai] no pronto socorro, que está entubado, que está sendo assistido dentro da instituição, ele acaba ficando mais uns dois dias lá para que a gente possa trazer essas pessoas que realmente têm assistência nenhuma lá, porque a gente sabe que se ficar lá vai morrer, então a gente acaba deixando os nossos que estão aqui, aí a gente entra naquele conflito ético nosso, “será que eu estou fazendo algo errado, será que eu estou fazendo algo certo, o que será que eu estou fazendo?”, mas aí a gente coloca na balança, aqui ele está assistido, então ele não está tão grave, ele pode ficar aqui, agora o outro não está nem assistido lá, então ele precisa vir onde ele possa ter uma chance de sobreviver, então é nessa forma que a gente... aí a gente tenta trazer o mais rápido possível. E11

Nascimento e Andrade (2018) também encontraram sentimentos negativos em relação ao atendimento dos estrangeiros em Ponta Porã, com estabelecimento de sistemas de valores para quem merece ou não ser atendido, com enfoque para os reputados como bandido e arruaceiros. Do mesmo modo que em Foz do Iguaçu, foi apontado o conflito ético derivado da possibilidade de deixar de atender um brasileiro em virtude do atendimento de um estrangeiro.

Antes do SUS, metade da população brasileira não tinha acesso a nenhum serviço de saúde. Embora sejam incontestáveis os avanços do SUS, os movimentos do Estado muitas vezes denotam contrariedade à existência de uma saúde pública, característica cada vez mais observada nos Estados neoliberais da atualidade. Segundo Santos (2015), a cobertura universal defendida pelo Estado hegemônico e neoliberal cria a falsa consciência da realidade com a ilusão da resolução auxiliada pelos planos privados e fragiliza os movimentos sociais reforçados pela elevação dos valores do individualismo e do consumismo. Para o autor,

constata-se a necessidade de mobilização da sociedade no sentido de conscientizá-la de que os recursos públicos pertencem à população e que o SUS é de cada cidadão.

A universalidade do direito à saúde garantida em termos constitucionais parece não ser suficiente para o acesso aos serviços públicos de saúde, tanto para os imigrantes residentes, como no caso os alunos da UNILA e brasileiros que moram do outro lado da fronteira. O estrangeiro, pela legislação, tem direito à saúde nos casos de urgência e emergência. Dessa forma, a complexidade da situação parece influenciar no modo de pensar e agir tanto dessa população marginalizada, como nos profissionais de saúde que os atendem, demonstrando a necessidade para além do reconhecimento do fluxo: torna-se, portanto, imprescindível a organização e o planejamento desse fluxo, de maneira a orientar e instrumentalizar os usuários e profissionais em regiões de fronteira.

6.2.3 Redes de Atenção à Saúde para a integralidade da assistência

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são ações e serviços de saúde de diversas densidades tecnológicas organizadas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade da integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Na Rede de Atenção a Urgência e Emergência incluem-se serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os serviços hospitalares. No entanto, E14 afirma que a população flutuante, nos casos considerados teoricamente eletivos, não tem como acessar o serviço de saúde, no entanto aponta que a consequência dessa população não ter acesso aos procedimentos eletivos e dos serviços da Atenção Básica é a agudização e o aumento da gravidade das condições de saúde, com acesso direto ao nível secundário e terciário.

A necessidade da internação sem ser pela entrada da urgência e emergência, ela é pelos profissionais eletivos, cirurgias eletivas e, teoricamente, ele não tem caminho, porque teoricamente o caminho deve ser Unidade Básica de Saúde por porta de entrada, referencia à especialidade que vai colocar na internação eletiva, uma cirurgia eletiva, uma hérnia, não se tem por conta da restrição de leitos... não se consegue fazer... os serviços eletivos estão todos contingenciados. Então a população vai ter uma dificuldade tremenda para acessar. O que essa população poderia eventualmente é acessar até o nível de atenção básica que eles não têm referência. Até porque, por exemplo, quem veio passear, quem veio comprar em Foz, não veio no médico, só vai no médico quando é um evento agudo e a população é residente do lado de lá do Paraguai também não vai nessa atenção básica porque é muito longe. O cara mora a 40, 50 quilômetros no Paraguai, não vai vir fazer uma consulta

básica, eles não vêm, é muito caro para ele, então eles acabam... e lá não tem uma estrutura de atenção primária adequada, então eles acabam agudizando problemas de condições agudas, crônicas mal conduzidas etc., e quando você interna numa UTI, principalmente, vai fazer uma cirurgia; quando o problema fica grave, ele vem e acessa direto nível secundário, terciário. E14

A integralidade, como uma das diretrizes do SUS, define algumas características de organização do sistema de saúde. Assim, deve-se buscar continuamente a ampliação da compreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional e/ou vulnerável. Além da visão integral do ser humano como ser único, a coordenação dos sistemas nos diferentes níveis de atenção precisa qualificar a organização das práticas de saúde. Adicionalmente, a atenção destinada aos indivíduos portadores de necessidades e/ou agravos, assim como assistir às doenças de uma população, deve ser organizada para a oferta de serviços de saúde que respondam às necessidades de saúde, muitas vezes com a configuração de políticas especificamente articuladas para atender um grupo populacional singular (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Em Foz do Iguaçu, o acesso aos serviços de saúde, nos casos que não são considerados como urgência ou emergência, exige a apresentação da documentação civil, Cartão SUS e comprovante de residência. Para os estrangeiros, além desses documentos, há a necessidade de apresentar Registro Nacional do Estrangeiro, impossibilitando o tratamento do estrangeiro no município (NOGUEIRA, 2018).

Nesse contexto, houve informantes-chave que apontaram que a demanda dos serviços hospitalares ocorre pela fragilidade da Atenção Básica e não pela procura do serviço pela população flutuante:

[...] Então nós temos uma previsão de demanda que deve nos envolver. A grande preocupação que nós temos são as fragilidades da assistência básica. O hospital nitidamente vitimiza e implode dificuldades na medida em que ocorra uma fragilidade da assistência. Nós tivemos, há pouco tempo atrás, uma sobrelotação que se mantém da UTI neonatal muito acima das médias anteriores. Se nós formos analisar o perfil dessas crianças, elas nascem, assim, com prematuridade extrema em grande número, longo tempo de internamento e UTI, sobrelotação. Mas, se nós formos ir um pouco além, se nós formos avaliar um pouco além, nós vamos ver que uma boa parte das gestantes tiveram assistência pré-natal muito precária. Muitas inclusive que nos buscam nem tiveram pré-natal; claro que eu generalizo. Então elas chegam aqui com diabetes gestacional descompensado, um abortado com quadros infecciosos, com doenças hipertensivas da gestação e tantas outras complicações, tireodopatias, e elas chegam aqui em trabalho de parto. E isso nesse sentido sim conflitua bastante o ambiente do hospital, porque aumenta o risco. E8

[...] Claro, que se a gente fizer um exercício, nós também temos problemas na nossa atenção básica, então eu não posso colocar toda a responsabilidade

para a população flutuante, então enquanto não se organizar bem a atenção básica, a gente vai ter demanda reprimida no serviço de urgência e emergência, né? Professor meu dizia o seguinte: “se você quer avaliar como funciona um serviço de saúde em qualquer município, você visita a UPA e o pronto socorro de hospital: se lá estiver lotado é porque a atenção básica não está fazendo o seu papel”. E a gente tem uma dificuldade hoje no município, né, que não é só de Foz do Iguaçu, mas uma dificuldade na atenção básica. E9

A ordenação das ações de saúde – nos diferentes níveis de atenção organizadas e articuladas coordenadas pela APS com objetivo de ofertar atenção contínua e integral – exige a superação do sistema fragmentado com o foco nas condições agudas. A integralidade da atenção à saúde prevê que o usuário possa acessar os serviços de saúde em qualquer nível de complexidade, com enfoque para a importância da porta de entrada pela APS (GOMIDE et al., 2017).

A APS de qualidade representa ampliação do acesso com melhor utilização dos recursos financeiros e repercussão positiva na saúde da população. Uma APS robusta e capaz de coordenar os cuidados deve garantir a provisão de assistência sequencial e complementar entre os níveis de atenção, com processos e fluxos organizativos e informações sobre o usuário em todos os pontos de atenção (BOUSQUAT et al., 2017).

A utilização dos serviços de urgência e emergência como porta de entrada para os serviços de saúde pode ocorrer quando: o usuário tem dificuldade de acesso à rede de atenção primária; a resolutividade desse nível de atenção é baixa ou; há impossibilidade da contrarreferência para outros níveis de atenção (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). Cecílio e Reis (2018), no estudo sobre os desafios da Atenção Básica, sugerem que as diretrizes da PNAB de 2017 parecem não considerar a heterogeneidade dos municípios brasileiros. Segundo eles, a maioria desses municípios são de pequeno porte com deficiências de equipamentos e geralmente desconectados em relação às necessidades de saúde. Os autores apontam que a organização da Atenção Básica prioriza as classes mais desfavorecidas economicamente com a ideia de “medicina para pobre” e com muitos profissionais de saúde atuando no modelo biomédico.

Campos et al. (2018), em estudo sobre atenção à tuberculose (TB) em Foz do Iguaçu, identificaram fragmentação e desarticulação da APS no município. Os autores ainda apontaram que, para que a APS assuma a real função nas RAS, existe a necessidade de envolvimento dos gestores para a organização do sistema e a incumbência de considerar as especificidades locais, no caso de Foz do Iguaçu, por ser uma região de fronteira internacional.

Em Foz do Iguaçu, entre 2008 a 2018, houve 180.219 internações registradas no SIH/DATASUS, dentre as quais 73,21% (n=131.946) em caráter de urgência. Segundo SIH/DATASUS, a maioria das internações no Brasil é de caráter de urgência e emergência. Ao levantar os dados na base DATASUS, no período compreendido entre os anos de 2008 a 2018, houve registro de 122.717.436 internações no Brasil, sendo que destas, 98.212.560 (80,03%) foram classificadas como de caráter de urgência e emergência.

Outra hipótese para o número de atendimentos em caráter de urgência é a garantia de acesso aos estrangeiros justamente nos casos de urgência e emergência (GUERRA; VENTURA, 2017). Além disso, existe a mobilidade pendular na região de Foz do Iguaçu, por ser município de fronteira com Argentina e Paraguai, sendo natural, portanto, a busca por acesso aos serviços de saúde e estimativas mostram que cerca de 200.000 brasiguaios morem próximos a essa região, sendo potenciais usuários do sistema de saúde local (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Segundo o CID 10, o maior volume de internações ocorreu devido ao Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério”, totalizando 43.708 internações, dentre elas 96,88% (n=42.344) com caráter de urgência, apresentando decréscimo, em 2015, permanecendo, porém, como a principal causa de internação até 2018. Esses dados encontram-se demonstrados na Tabela 7.

Ao relacionar número de internações com caráter de urgência, os dados apontaram que o Capítulo XVI - “Algumas afecções originadas no período perinatal”, o Capítulo XV - “Gravidez, parto e puerpério” e o Capítulo III - “Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários” representaram 97,93%; 96,88% e 96,33% dos casos, respectivamente.

Tabela 7 - Distribuição das internações gerais e de urgência, segundo capítulo do CID 10 em Foz do Iguaçu/PR, entre 2008 a 2018.

Capítulo CID-10	Caráter de atendimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
I. Infeciosas e parasitárias	Geral	1297	303	570	625	357	434	379	343	468	265	248	5289
	Urgência	718	289	560	614	353	431	374	335	466	260	243	4643
II. Neoplasias (tumores)	Geral	1957	2078	2165	2140	2239	1946	1765	2092	2039	1918	1591	21930
	Urgência	799	1055	1145	1187	1286	1056	820	671	797	801	692	10309
III. Sangue	Geral	90	110	75	67	61	65	60	47	36	56	42	709
	Urgência	85	109	72	66	61	62	52	44	35	55	42	683
IV. Endócrinas	Geral	139	147	74	141	113	74	74	90	59	95	103	1109
	Urgência	95	108	67	122	102	67	67	90	38	70	95	921
V. Transtornos mentais	Geral	73	88	219	610	532	481	554	669	411	632	639	4908
	Urgência	73	23	52	584	496	443	518	637	388	602	637	4453
VI. Sistema nervoso	Geral	197	189	229	166	240	120	169	142	80	123	167	1822
	Urgência	172	145	194	118	140	90	140	124	55	112	155	1445
VII. Olho e anexos	Geral	11	11	5	10	73	44	6	6	6	23	5	200
	Urgência	5	9	5	5	11	3	1	5	3	1	-	48
VIII. Ouvido	Geral	11	7	8	18	17	13	18	21	9	5	7	134
	Urgência	11	5	6	18	16	13	18	21	9	5	5	127
IX. Circulatórias	Geral	1349	1218	1178	1393	1417	1221	1241	1161	1143	1391	1206	13918
	Urgência	762	637	773	930	935	856	829	862	776	1014	883	9257
X. Respiratórias	Geral	1914	1802	1869	1596	1744	1236	1211	1144	905	1104	920	15445
	Urgência	1249	1292	1418	1273	1279	1085	1046	1031	847	998	776	12294
XI. Digestivas	Geral	1657	1407	1593	1745	1802	1527	1670	1610	1158	1447	1151	16767
	Urgência	591	553	763	784	826	653	817	871	581	769	594	7802
XII. Pele	Geral	211	244	261	361	338	276	280	242	130	246	200	2789
	Urgência	63	98	166	180	176	111	181	197	81	168	149	1570

- continua -

- conclusão -

Capítulo CID-10	Caráter de atendimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
XIII. Osteomusculares	Geral	416	343	241	293	225	139	149	187	147	140	150	2430
	Urgência	113	93	119	104	61	64	88	86	73	83	90	974
XIV. Geniturinárias	Geral	954	1057	881	1155	1177	1212	1124	1152	915	877	996	11500
	Urgência	374	417	441	531	464	428	469	523	396	423	401	4867
XV. Gravidez parto e puerpério	Geral	4066	4270	4209	4192	4350	4161	4010	3552	3748	3989	3161	43708
	Urgência	3991	4192	4190	4165	4343	4147	3975	3471	3396	3611	2863	42344
XVI. Período perinatal	Geral	266	278	290	291	343	299	322	194	342	411	292	3328
	Urgência	266	277	288	290	339	281	306	187	324	410	291	3259
XVII. Congênitas	Geral	77	98	105	102	108	66	74	54	69	58	39	850
	Urgência	23	26	37	28	33	25	34	25	24	34	24	313
XVIII. Clínico/laboratorial	Geral	430	380	461	490	405	582	699	538	576	534	323	5418
	Urgência	403	349	418	419	349	538	660	479	511	464	275	4865
XIX. Lesões	Geral	1252	1486	2354	2544	2591	2220	2371	2188	1728	2003	1912	22649
	Urgência	977	1075	1932	2316	2431	2130	2311	2097	1600	1922	1826	20617
XX. Causas externas	Geral	4	3	3	3	4	2	2	2	-	-	-	23
	Urgência	1	3	3	3	3	1	1	2	-	-	-	17
XXI. Contatos com serviços	Geral	782	377	387	616	702	492	285	306	334	414	598	5293
	Urgência	476	84	80	45	33	34	75	61	67	94	89	1138
Total	Geral	17153	15896	17177	18558	18838	16610	16463	15740	14303	15731	13750	180219
	Urgência	11247	10839	12729	13782	13737	12518	12782	11819	10467	11896	10130	131946

Fonte: SIH – SUS/DATASUS (Ministério da Saúde)

No estudo de Veras e Mathias (2014), verificaram-se 37,8 internações por intercorrências obstétricas no período gestacional a cada 100 partos ocorridos no estado do Paraná no ano de 2010. Falavina et al. (2018) identificaram que, em 2012, houve em Maringá três vezes mais internações no período gestacional pelo SUS quando comparado ao sistema não SUS, demonstrando maior vulnerabilidade dessa população, sugerindo assim a necessidade de intensificação das ações de atenção à saúde das gestantes nas UBS.

Cabe lembrar que em Foz do Iguaçu, o atendimento é de livre acesso às brasiguaias para o pré-natal no Centro Materno Infantil (CMI), criado em 2007 justamente para atendimento dessa população (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015). Zaslavsky e Goulart (2017) apontam que há gestantes que procuram o serviço apenas em estágios avançados da gestação, coadunando com outros estudos e com a fala dos informantes-chave.

A análise da distribuição das causas de internações elencadas na Tabela 7 denota um valor expressivo relacionado ao Capítulo I - “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, totalizando 5.289 internações, dentre as quais 87,78% são de caráter de urgência (n=4.643). Cabe sinalizar que os agravos classificados neste capítulo são considerados Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e que, de certa maneira, confirmam as análises presentes nas falas de E8 e E9, em relação às dificuldades presentes na rede de atenção básica do município de Foz do Iguaçu.

Desde a criação do SUS, são inúmeros os avanços da APS a partir da ampliação da cobertura a brasileiros em todo o país. Entre os atributos da APS está o de acessibilidade, ou porta de entrada, e a utilização do serviço para cada necessidade de atenção à saúde e sua capacidade de garantir a continuidade da assistência (STEIN; FERRI, 2017). Em 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 221, publicou lista de CSAP de acordo com o CID10 e estabeleceu como indicador para avaliar o acesso aos serviços de saúde e a efetividade da APS (BRASIL, 2008b). Embora estudos apontem correlação entre o aumento da cobertura APS e a diminuição das internações por CSAP (GONÇALVES et al., 2016; MORIMOTO; COSTA, 2017; PINTO JUNIOR et al., 2018), Santos, Gonçalves e Charles (2016) indicam que a ampliação da cobertura pode acarretar em aumento das internações por possibilitar a ampliação do acesso aos serviços. Nessa perspectiva, cabe ressaltar que para adequada análise das internações por CSAP, seria necessária a verificação além do Capítulo I – “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, de maneira a serem analisados outros agravos presentes nos demais capítulos do CID 10 e que estão listados na Portaria nº 221 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b).

Outras morbidades numericamente importantes de internação de caráter geral e por urgência foram dos Capítulos XIX - “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”, Capítulo II - “Neoplasia”, “Doenças do aparelho digestivo”, “Doenças do aparelho respiratório” e “Doenças do aparelho circulatório”, respectivamente, conforme pode-se visualizar no Gráfico 1.

As internações por “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” podem ser explicadas, em partes, pelo aumento considerável da frota de veículos e motocicletas de 31,8% e 72,7%, respectivamente, no período de 2005 a 2010 (ROCHA et al., 2016).

Gráfico 1 - Distribuição das principais causas de internações gerais e de urgência, segundo capítulo do CID 10 em Foz do Iguaçu/PR, durante o período de 2008 a 2018.

Fonte: SIH – SUS/DATASUS (Ministério da Saúde).

O princípio da integralidade foi abordado pelos informantes-chave com o olhar voltado à continuidade da assistência ao paciente nos casos de necessidade de internação.

Aí [quando a pessoa que foi atendida na urgência e emergência precisa de internação] nós já caímos no segundo princípio institucional do SUS que é a integralidade. Uma pessoa tem que ser atendida na sua integralidade. Então se ele entrou com urgência e emergência, e ele precisa de uma cirurgia, se ele fez um AVC, se ele teve um trauma de crânio, se ele teve qualquer problema que ele precisa para sobreviver e para seguir a vida, então ele tem que ser tratado na sua integralidade. Então a urgência e emergência é uma porta de entrada. A partir da porta de entrada, só os profissionais médicos da equipe que vão saber o que precisa e, precisando, tem que atender porque está no princípio da integralidade. E5

Geralmente, quando entra urgência e emergência, e seu retorno numa internação, ela interna. Igual, chegou na UPA, foi atendido na UPA, precisa internar, ou vai mandar para cá para referenciar e internar [...] E14

Para a continuidade da assistência da população flutuante com necessidade de internação, informantes-chave mencionaram tentativas de encaminhamento de pacientes para suas respectivas cidades de origem. Entretanto, quando essas tentativas não são bem-sucedidas, os pacientes são então internados na instituição.

[...] Eles são atendidos para o primeiro atendimento, até sair da urgência e emergência, em necessitando de atendimentos posteriores que se tornam eletivos, eles são encaminhados para a origem. Aqueles que precisam de internação imediata é internado [...]. Normal. E3

[...] Se... aí, às vezes, algum tratamento complementar que precisa ser feito, se ele tem condições de voltar para o país de origem, até por opção, às vezes pessoal, ele volta para o país de origem e continua a dar continuidade ao tratamento lá. Em alguns casos acaba fazendo... quando há a necessidade e vê que a pessoa não vai conseguir ter condições de resolver, acaba sendo resolvido no hospital mesmo. E4

Segundo Ferreira, Mariani e Braticevic (2015), em Corumbá, fronteira com a Bolívia, nos casos de maior complexidade e dada a inexistência da especialidade no município, a continuidade do tratamento era impossibilitada, pois o município de referência, no Brasil, é Campo Grande, a 430 km daquele município e não aceitava transferência de estrangeiros. Em Foz do Iguaçu, os entrevistados afirmam que quando há necessidade de internação e continuidade da assistência não tem ocorrido restrição do atendimento. Aparentemente, em Foz do Iguaçu, a dificuldade não é percebida pelo fato de ter quase todas as especialidades ofertadas e por ser o município de referência da 9ª RS.

E8 aponta que, depois do atendimento de urgência e emergência, a instituição procura um destino adequado para o paciente, entretanto ainda de forma improvisada e, por essa razão, o processo acaba sendo frágil. Implicitamente, assinala sobre a inexistência de fluxo de atendimento entre os municípios da tríplice fronteira.

[...] Então o hospital, com os seus agentes de intermédio, assistente social, os médicos e todos os colaboradores, se busca *um destino* adequado para um paciente que já sofreu um primeiro atendimento. Mas isso é sempre uma improvisação, mas todos os hospitais vão ter essa condição. Então eu acredito que exista muita fragilidade ainda, tem muita coisa para fazer, mas ninguém tem uma solução mágica. [...] E8

No mesmo aspecto, E3 salienta que não existe fluxo de atendimento quando um brasiguai precisa de transferência do Paraguai para o Brasil e assinala que a falta desses fluxos ocasiona aos brasiguaos dificuldades de assistência à saúde, visto que no Paraguai o sistema de saúde não é universal.

[...] Então a família pega a documentação lá, o relatório de internação do paciente, e vem bater na nossa porta pedindo ajuda. Então, assim, deveria ter um mecanismo de transferência dos brasiguaos como existe das UPAs para cá, dos outros hospitais, uma central de leitos, alguma coisa assim, que a gente tivesse... o próprio paciente tivesse um respaldo maior de atendimento, né? Que hoje não existe. E3

Em 2008, no Brasil, foi instituída, por meio da Portaria nº 1.559, a Política Nacional de Regulação do SUS. Foi organizada em três dimensões que devem estar integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, que visa à regulamentação, ao controle e à avaliação de sistemas de saúde; Regulação da Atenção à Saúde, efetivada pela contratação de serviços de saúde; e Regulação do Acesso à Assistência, efetivada pela disponibilidade de serviços de saúde de acordo com as necessidades do cidadão. A referida portaria detalha ainda a responsabilidade da União, dos estados e dos municípios e a descreve as Centrais de Regulação, entre elas de Urgência e Emergência (BRASIL, 2008c). A portaria não cita, no entanto, a regulação específica dos municípios de fronteira e a possibilidade de pactuação internacional.

Em Foz do Iguaçu, os estrangeiros não possuem legalmente o acesso aos serviços de saúde nos casos não caracterizados como urgência e emergência e os brasileiros residentes do outro lado da fronteira parecem ter dificuldade no acesso aos serviços no Brasil. Assim, somada à fragilidade da APS, citada pelos entrevistados no município, essa população aparenta não utilizar a rede de Atenção Básica como porta de entrada para os serviços de saúde, utilizando então os serviços de urgência e emergência para essa finalidade. Dessa forma, os dados secundários de internação no município demonstram que a maioria delas ocorre em caráter de urgência e emergência, com indicadores de internação por CSAP, reforçando a necessidade de fortalecimento da atenção básica no município. O cenário aparenta fragilidade na atenção à saúde para toda a população local, em especial aos estrangeiros e a brasileiros moradores do outro lado da fronteira, apontado que a regulação e definição de fluxos precisa ser repensada e planejada.

6.3 Contendas sobre o financiamento do SUS

Os direitos dos cidadãos são definidos a partir de distintos contextos sócio-históricos, políticos, culturais e éticos, e por meio das políticas sociais de diferentes formas, de acordo com os valores da sociedade local e segundo sua relação com o Estado. No mundo, a partir do final da II Guerra Mundial, a intensificação da crise econômica na década de 70, associada aos fatores de envelhecimento populacional, à introdução da mulher no mercado de trabalho e ao fortalecimento do neoliberalismo recrudesceram a filosofia sobre uma política de ajustes alicerçada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado (SANTOS; VIEIRA, 2018).

No Brasil, as discussões entre os poderes legislativo e executivo parecem representar uma ameaça ao bem-estar social, especialmente à saúde como direito. As contendas sobre o financiamento do SUS se fazem presentes, configurando-se como uma problemática, desde sua criação.

No presente estudo sobre o tema, emergiram falas acerca do subfinanciamento do SUS e impacto do atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência.

6.3.1 O subfinanciamento do SUS

Para Mendes e Carnut (2018), a fragilidade e o subfinanciamento do SUS ao longo de toda sua existência devem ser analisados sob a perspectiva da crise do capitalismo contemporâneo caracterizada pela queda da taxa de lucro e pela respectiva política de Estado. O comprometimento do Estado para alocação e distribuição de recursos para o Orçamento da Seguridade Social, que inclui Saúde, Previdência e Assistência Social, não tem sido suficiente para garantir os direitos sociais, fato evidenciado pelas transferências de recursos para o setor privado, aumento das renúncias fiscais e estrutura tributária baseada na dimensão produtiva. Ao contrário, para proteger o capital em tempos de vigência do neoliberalismo, o Estado adota política de austeridade com redução dos direitos sociais, incluindo no que tange às políticas que deveriam fortalecer o direito à saúde (MENDES; CARNUT, 2018).

O incentivo governamental com o favorecimento de consumo de bens e serviços privados em saúde, que são altamente lucrativos, implica em aumento do gasto privado com consequente queda no investimento na saúde pública. A política de governo quando renuncia a arrecadação fiscal na área da saúde para o indivíduo ou para o empregador afeta o financiamento do SUS e, portanto, a universalidade e a equidade do sistema de saúde com a

reprodução de um sistema duplicado e paralelo que favorece a população com estratos superiores de renda (OCKÉ-REIS, 2018).

Nesse contexto, os informantes-chave mencionam a dificuldade do financiamento especificamente para manter os hospitais. Pontuam que, apesar de o Governo Federal enviar aproximadamente um terço do custo hospitalar (pelas AIH) e, de certo modo cumprir sua responsabilidade, o montante de recursos é insuficiente para cobrir os custos das instituições.

Eu acho que é fraco ainda o apoio. A verba hoje que vem do Governo Federal para o custeio hospitalar, ela equivale a um terço mais ou menos, em média, do custo hospitalar, que seria o custo da... da AIH, o valor das AIHs. Nessa tese, elas cobrem um terço, porque entende-se de certo modo, que seria o papel do Governo Federal, corresponderia a um terço do valor do hospital. Mas eu acho que ainda é insuficiente e ele tende a ser insuficiente [...] E4

Eu acho que uma das questões que pelo menos na parte operacional, em termos de custos, o hospital tem orçamentos para manter os atendimentos aqui e, com certeza, os faturamentos das AIHs, eles são insuficientes para cobrir o custo hospitalar, então existe já um dimensionamento. [...] E13

O subfinanciamento do SUS, além de não proporcionar o adequado investimento para as estruturas físicas e assim limitar a qualidade, induziu a expansão do setor privado com crescente substituição da função do Estado. Expressiva parte das internações e serviços diagnósticos do SUS é produzida pela iniciativa privada. Entretanto, se as modalidades de empréstimos para instituições privadas fossem estendidas ao SUS, a estimativa é que haveria, em oito anos, ampliação de 200 hospitais regionais e 600 unidades de pronto atendimento (SANTOS, 2018).

Schuster, Muller e Rodrigues Junior (2018) concluíram, em pesquisa realizada em 219 dos 399 municípios do estado do Paraná, entre 2014 e 2015, que os hospitais estavam sendo geridos de forma eficiente, no que se refere aos recursos repassados, e que a maioria deles estava próxima à fronteira. Ou seja, o potencial do uso do recurso estava no limite, indicando necessidade de investimentos.

O valor médio de remuneração por internação de usuário do SUS em 2015 foi de R\$1.300,00, enquanto que para o usuário de planos de saúde foi de R\$6.500,00. As disparidades acontecem no interior de cada setor. No setor público, os hospitais federais receberam em média, por internação, R\$1.740,00, os hospitais estaduais R\$1.250,00, enquanto os municipais receberam R\$680,00. No âmbito da assistência suplementar, os valores foram diferentes dependendo da modalidade da empresa e do tipo de estabelecimento, com ampla variação entre R\$5.000,00 a R\$21.800,00 (BAHIA, 2018).

E9 discorre que Foz do Iguaçu ainda passou por problemas de gestão no governo municipal que acarretaram na falta de recursos para a área da saúde no geral, apresentando, portanto, dificuldades para atender a população local que é de responsabilidade da esfera municipal.

A realidade hoje é que os serviços... eu não posso falar pelos outros países, mas falando aqui, de Foz do Iguaçu, que os serviços estão todos sobrecarregados, então há uma dificuldade de conseguir hoje atender a própria população por uma série de questões. Houve aí um período que o município teve sérias dificuldades de recursos que não foram investidos na área da saúde, isso fez com que houvessem... desmantelasse o serviço e agora estamos buscando se reorganizar e isso demanda um tempo, mas a realidade hoje é uma sobrecarga, que já é difícil para atender a população da região e aí, quanto mais, atender a população flutuante. [...] E9

Embora a fala do entrevistado seja restrita ao nível local, é importante destacar não somente o subfinanciamento do SUS que ocorre em todo o território brasileiro, como o atual cenário socioeconômico, caracterizado pelo alto índice de desemprego estrutural e consequente perda de benefícios para os trabalhadores como, por exemplo, os planos de saúde. A esse quadro, somam-se outros sinais como o direcionamento do SUS para as periferias urbanas, mudanças no modelo fiscal e incentivo aos planos populares de saúde que indicam a intencionalidade de diminuição dos deveres do Estado, com consequente diminuição dos direitos dos cidadãos. O congelamento de gastos públicos por 20 anos determinado pela EC nº 95 de 2016 não considera as necessidades de saúde da população e fragiliza ainda mais o SUS. Diante dessa perspectiva desalentadora, embora os planos de saúde representem um forte desejo da população, apenas 22% dela pode efetivamente a eles aderir (REIS, 2018).

A fala de E15 traz à tona outro aspecto relevante na qualidade do atendimento da população local: o déficit de profissionais, principalmente na Atenção Básica e na Atenção Especializada do município.

Olha, nós temos que nos organizar, por quê? Porque o nosso serviço hoje, ele está deficitário de profissionais para a população local. Eu digo isso considerando uma rede toda, que tem vários níveis de atenção, de densidade tecnológica. Para urgência e emergência, não temos tanto déficit, mas na atenção básica e na atenção especializada de procedimentos eletivos, nós temos uma carência de prestadores e de profissionais. Então tudo o que não for da população local, isso para a gente tem um peso, mas principalmente em função dessa situação, dessa característica. E15

Ao longo da existência do SUS, houve considerável aumento da razão de médico por mil habitantes. Em 1980, a razão era de 0,94 médico por mil habitantes e em 2017 foi para 2,15 médicos por mil habitantes. Esse aumento também foi observado para os enfermeiros,

que passaram a ser a maior categoria profissional com ensino superior a partir de 2008. Ademais, observou-se nesse cenário a inclusão de outros profissionais a partir da implantação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (VIACAVA, 2018).

A carência estrutural também é referida por E14 quando menciona que o número de leitos por habitantes em Foz do Iguaçu é menor que o recomendado pela OMS. Aponta que o impacto em atender a população flutuante é negativo em termos de custo, de desorganização do sistema e em utilizar o recurso escasso no município.

O número de leitos que eu tenho por 1 mil habitantes em Foz do Iguaçu era 1,50 há alguns anos atrás... isso no privado, no público, contudo, era uma obrigação que eu tenho. Para o preconizado da Organização Mundial de Saúde, de 3 a 5; média nacional 2,3; e média do Estado do Paraná 2,5, 2,6. Foz tinha 1,5. Então Foz tem uma carência estrutural, então essa atuação, além de impactar em termos de custo, em termos de desorganização do sistema, também impacta em utilizar o recurso já escasso. E14

A quantidade de leitos hospitalares para uma população requer análise complexa das dimensões relacionadas aos recursos disponíveis e a respectiva demanda. A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.102, de 2002, definia que a quantidade de leitos hospitalares totais deveriam estar entre 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Em 2015, essa portaria foi revogada e estabelecida a Portaria nº 1.631 que aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Por meio da referida portaria, a quantidade de leitos hospitalares passa a ser obtida pela soma das estimativas de todas as especialidades de leitos, com base na população de referência (BRASIL, 2015c).

Diante dessa perspectiva, a universalidade do SUS mostra fragilidade na disponibilidade dos recursos e na extensão dos serviços de atenção à saúde para toda a população, com agravamento quando se trata de leitos de UTI (GOLDWASSER, 2016). Barbosa, Raksa e Ribeiro (2018) verificaram que a quantidade de leitos no estado do Paraná encontra-se dentro dos parâmetros mínimos recomendados pela Portaria nº 1.631, de 2015, e apontam a importância da regionalização no planejamento, organização e gestão da disponibilidade de leitos hospitalares.

O estudo de Goldwasser et al. (2018), que objetivou investigar a fila de espera de leitos de UTI no estado do Rio de Janeiro, verificou que, entre 2010 e 2011, o estado apresentava 4.299 leitos de UTI para adultos, dos quais 1.007 do SUS e 268 regulados. Embora o número de leitos de UTI estivesse dentro da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde, o sistema não garantiu admissão do usuário no tempo adequado durante o período

investigado, culminando em 20% de óbito e 55% de abandono da fila de espera. Os autores ainda pontuaram que a falta de leitos de UTI envolve muitas questões éticas, epidemiológicas, culturais e organizacionais.

Houve ainda relato de um dos informantes-chave sobre a dificuldade de credenciamento de leitos, especificamente leitos de UTI:

Vamos supor que eu preciso usar a UTI [leito] para um atendimento da paciente flutuante. Hoje nós temos 11 [leitos de] UTIs credenciadas, só que nós atendemos 30. Cada UTI me custa 800 reais por dia; 800 vezes 19, 20 que eu não recebo, dá 22 mil por dia, vezes 30 dias, sei lá, dá uns 600 mil. Talvez não seja tudo isso, mas que seja 300 mil por UTI que nós deveríamos estar recebendo, [...] Então... só que isso depende de estar tudo alinhado, quem paga não quer credenciar, porque vai ter que pagar, então é uma briga eterna, entende? E1

[...] A gente deve estar sabendo já que a gente tem 24 leitos, mas só 11 credenciadas. Isso falta investimentos para credenciar, porque para credenciar precisa ter os investimentos necessários. Então como a gente só recebe dinheiro para manter o custeio, não tem dinheiro para investir, não consegue credenciar e fica num ciclo absurdo. Então cria e envia recursos estaduais, federais para fazer esse credenciamento das coisas. E13

A habilitação de leitos de UTI, no SUS, deve atender critérios da Resolução Diretoria Colegiada nº 7 de 2010 (RDC nº 07/2010) que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI da ANVISA e a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que define o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de UTI adulto, pediátrico, unidade coronariana, queimados e cuidado intermediário adulto e pediátrico no âmbito do SUS (BRASIL, [s.d.])³⁰. Os requisitos incluem declaração do gestor que o estabelecimento de saúde atende essas legislações supracitadas, a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e o relatório de vistoria *in loco*, incluindo a Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012 que alterou RDC nº 07/2010 e introduziu questões sobre recursos humanos e materiais (SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE, 2016)³¹.

³⁰ Atenção Especializada e Hospitalar - Habilitação leitos de UTI e UCI no SUS. Publicado: 03 de Julho de 2017, última atualização em 05 de Junho de 2018. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/habilitacao-leitos-de-uti-e-uci-no-sus>. Acesso em: 27 de abril 2019.

³¹ SAIPS. Sistema de apoio à implementação de políticas em saúde (2016). Manual de uso do sistema (2ª versão). Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/09/Manual-SAIPS-UTI-mar-2016.pdf>. Acesso em: 27 de abril 2019.

A crise do sistema capitalista e, consequentemente, a dificuldade de acumulação de riqueza produz artifícios para preservar sua hegemonia com consequente aumento das desigualdades. As políticas públicas, incluindo as políticas sociais, estão fundamentadas no ideário neoliberal configurando privatização, focalização e descentralização, ocasionando falta de financiamento e incentivando o desmonte do SUS. A prioridade de contratação de serviços privados por meio das transferências de recursos do SUS é principalmente voltada para serviços rentáveis, o que não inclui os leitos de UTI que são de alto custo (MEDEIROS, 2018).

6.3.2 O impacto do atendimento da população flutuante da rede de urgência e emergência

Os informantes-chave pontuam a dificuldade de quantificar os atendimentos por falta de uma série histórica para o município e, portanto, o impedimento de avaliar o impacto financeiro do atendimento da população flutuante.

[...] O impacto financeiro que isso gera no hospital, ele existe sim, mas é difícil quantificar, porque a gente costuma dizer que o hospital, ele é grande demais para a prefeitura [...] E4

Em toda a rede, nós temos os registros a partir dos prontuários das fichas que são preenchidas. Mas eu te confesso que nós precisamos aperfeiçoar, porque na hora de dimensionar esse quantitativo, nós ainda temos dificuldade para uma informação mais precisa. Nós temos informações aproximadas, mas carecemos de informações mais precisas. E15

E aí nós temos... principalmente para o município, tem uma distorção grande, porque ele não consegue comprovar de que ele atende mais do que o número de habitantes que ele tem, porque essa população flutuante, ela existe. Até um exercício que é possível ser feito, no dia que fecha a ponte consegue perceber como reduz o movimento nos serviços de saúde e de pessoas que são principalmente do Paraguai, né, brasileiros ou brasiguaios. Então esse registro, ele é subnotificado, então se utilizam outras informações que não são as corretas, e aí distorce, e aí você não tem como, muitas vezes, requerer do Ministério da Saúde, do Fundo Nacional de Saúde um repasse proporcional, porque hoje eu tenho uma população de 260, 280 mil, mas eu acabo atendendo 300, 320, 340 mil habitantes, porque nós temos aí uma população flutuante que utiliza desse serviço. E9

A média e alta complexidade continua sendo financiada por meio do Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), regulamentado pela Portaria GM/MS nº 204/2007 (BRASIL, 2017c).

O Componente Limite Financeiro da MAC inclui aqueles atualmente designados: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI); Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. Já o Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens: procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); transplantes e procedimentos vinculados; ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (BRASIL, 2007).

Segundo as portarias vigentes, portanto, a comprovação do atendimento da população flutuante poderia colaborar tanto para recursos da MAC como da AB, por meio do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo). No entanto, E2 assinala a necessidade de critérios para o financiamento que extrapolem o meramente quantitativo, dadas as características do município. E2 indica que teto populacional para o financiamento considera apenas a população fixa e não a flutuante, que é grande para o município, e ainda que o perfil de morbidade não pode ser considerado de forma estática devido a essa grande mobilidade populacional local.

Foz do Iguaçu, ele vai além de uma tríplice fronteira do Uruguai com o Rio Grande do Sul. A gente sabe que tem, tem outros lugares que têm fronteira, mas nós temos ainda essa questão do turismo em Foz do Iguaçu, das cataratas, então tem esse diferencial, né? Porque mesmo turistas não só das cidades vizinhas, mas da Argentina e o Paraguai, muitos vêm para cá por causa das cataratas, então tem uma população flutuante em Foz do Iguaçu muito grande. Então eu acho que teria que ter um olhar especial. E eu tenho falado em algumas reuniões que eu já fiz com o secretário de saúde do estado que aqui tem que ter um olhar diferente, a gente não consegue mostrar esses dados por indicadores, indicadores populacionais, “ah, o teto do Foz do Iguaçu não tem mais como ampliar”, tem que ampliar, mas a gente não consegue demonstrar porque o critério do Ministério da Saúde é injusto, ele é quantitativo, ele não faz uma análise qualitativa. Porque como é que a gente vai demonstrar... Foz do Iguaçu tem, se eu não me engano, 20 mil leitos de hotel, não é? Algo nesse sentido, talvez tenha que pesquisar aí,

mas eu acho... não sei quanto, mas é uma quantidade enorme. Então só aí... quer dizer, e tem época que a gente está com 80, 90, 100% da capacidade dos leitos de hotéis ocupados, seja lá 20, 40 mil, que eu não me recordo o número. Pessoas da Regional, e essa Regional que vem para fazer compras do Paraguai. No sábado, por exemplo, a gente vê o Paraguai, é lotado, não é gente de Foz do Iguaçu, *são* gente de fora, então é uma outra população flutuante enorme. Foz do Iguaçu, não tenho nem ideia de quantos voos internacionais recebe todo dia, então o da população flutuante é grande. E você quando pede para o Ministério, eles vão lá, “a população de Foz do Iguaçu tem 260 mil habitantes”. Quer dizer, aí não tem teto financeiro para mim para gastos de saúde, porque os dados epidemiológicos não vão levar em consideração essa população. [...] E2

O Pacto pela Saúde aponta a regionalização como eixo estruturante da gestão do SUS e, em seu documento, contempla as regiões de fronteira. Os pressupostos para regionalização incluem a consideração das diversidades regionais devido à grande heterogeneidade do território brasileiro. O reconhecimento das Regiões de Saúde em faixa de fronteira denota a necessidade do envolvimento direto do Ministério da Saúde para articulação dos sistemas locais e promoção de parcerias com gestores dos países envolvidos (BRASIL, 2006c).

Considerar as diferenças regionais e arranjos territoriais para configuração das Regionais de Saúde – previstas no Pacto pela Saúde com a descentralização da política de saúde e transferência da responsabilidade da saúde para o município – é questionada no que se refere às regiões de fronteira. O exercício do município previsto pelo Pacto pela Saúde passa pela capacidade em exercer sua autonomia, incluindo a disponibilidade de recursos financeiros para garantir o direito à saúde (PREUSS, 2018).

Entre as falas, E5 coloca que o turista impacta mais de forma positiva do que negativa, uma vez que traz recursos para o município que tem vocação para o turismo.

Os impactos do turismo perpassam as dimensões econômica, social, cultural e ambiental. Stein, Neto e Dechechi (2018) constataram que o turismo em Foz do Iguaçu tem contribuído para o PIB setorial, bem como para a geração de emprego e renda para população local, além de favorecer a produção do espaço já favorecido por sua vocação natural com investimentos em infraestrutura.

Outro aspecto a ser considerado é que a maior parte dos turistas estrangeiros possuem seguros de viagem.

Por outro lado [da necessidade de atendimento nos casos de urgência e emergência], o segmento depende da efetivação das operadoras, das seguradoras internacionais, alguns pacientes vêm a nível privado, o que é uma exceção à regra, porque a maioria tem um seguro pelo menos, né, dessa forma. [...] E9

Os informantes explicitam, contudo, que o atendimento para população flutuante, embora considerado e já explicitado por muitos como um direito, não é bom burocraticamente e financeiramente para o município, dada a dificuldade do financiamento para essas situações.

Mas, burocraticamente, isso [atendimento da população flutuante, foco no paraguaio] não é bom, nem financeiramente para nós, né? Mas paciente não pode pagar por isso, né? [...] E3

[...] só que aí o problema esbarra no financiamento, porque para pagar conta... Porque o município de Foz, nós somos um hospital municipal, quem teria que arcar com esse custo não é nem o Ministério, quem arca com esse custo é o município de Foz do Iguaçu [...] E2

Como já mencionado anteriormente, a Lei de Migração prevê a possibilidade de acesso aos serviços de saúde ao residente fronteiriço, mediante autorização municipal (BRASIL, 2017b), entretanto não menciona formas de repasses financeiros para o atendimento, demonstrando, implicitamente, que a responsabilidade financeira é efetivamente do município.

Os informantes-chave assinalam que o impacto financeiro é agravado quando o paciente que entrou pela urgência e emergência precisa de internação e outros procedimentos, como denotam os depoimentos de E5 e E6.

O problema é que quando a pessoa dá entrada e ela tem problema, por exemplo, com múltiplas fraturas, uma série de situações, ele acaba baixando em UTI e, dificilmente, essa pessoa é liberada antes de ser curada. Aí, nesse caso, impacta no custo. E5

Se ele entrar na porta de entrada, urgência e emergência e, por exemplo, vamos pensar num paciente, num paraguaio que veio para o Brasil, sofreu um acidente, uma queda, fez uma fratura que é cirúrgica. Ele vai entrar no serviço, vai ser atendido pela APH, vai entrar dentro da rede de urgência e vai fazer a cirurgia como qualquer paciente brasileiro da regional, enfim. Então, na realidade, a partir do momento que você entrou no serviço, você cria toda essa condição e onde é que onera muito o nosso sistema, porque a partir do momento que você entrou, muito para a parte de tratamento clínico, você acaba tendo que investir nesse paciente e aí vai. E6

Do total de atendimentos da população flutuante, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017, no H1 (n= 4.297), 7,45% (n=321) precisaram de internação. A soma do valor das AIH foi de R\$ 506.751,77, com média de R\$ 1.578,66 por internação. No mesmo período, verificaram-se no H2 1.071 atendimentos, com 16,15% (n=153) de internações. A somatória dos valores das AIH do H2 foi de R\$ 457.449,33, com média de R\$ 2.990,11 por internação.

No Brasil, a forma de pagamento das internações hospitalares do SUS é feita por meio da Tabela de Procedimento do SUS para cada procedimento realizado. Entretanto,

devido à desatualização dos valores da tabela, que não acompanham as evoluções tecnológicas e intelectuais, os valores são geralmente insuficientes para cobrir os custos das internações hospitalares (SANTOS, BORGERT, BORGERT; 2017).

Outra consideração relevante que emergiu nas falas foi sobre o atendimento da população flutuante ser um problema que precisa ser resolvido e que não pode ser desculpa para as dificuldades de saúde que o município enfrenta.

E aquilo que eu falei antes, enquanto você tem um problema [atendimento da população flutuante] que precisa ser resolvido, é um problema que você precisa buscar, mas não pode servir como desculpa: “ah, por que está ruim a saúde?”, “a saúde está ruim porque tem paraguaio vindo aqui e nós estamos atendendo paraguaio”. Não é bem assim. O impacto disso aí talvez não seja tão grande quanto se pregou, muitas vezes. [...] E5

O planejamento é fundamental para estruturação e resolutividade da gestão em saúde. Entretanto, a cultura de planejamento percorre a visão de mundo de cada ator social e mostra a complexidade da sua elaboração baseada nas necessidades de saúde da população. O subfinanciamento crônico do SUS tem forte relação com o planejamento, pois dificulta incluir ações de saúde baseadas nas necessidades de saúde e influencia na adesão de políticas indutoras para o município receber aporte de verbas vinculadas aos projetos do Governo Federal (VICENTINE et al., 2018).

No cenário, existe a dificuldade de avaliar o impacto do atendimento da população flutuante da rede de urgência e emergência, principalmente pela dificuldade de quantificar o real atendimento, fato que poderia colaborar para ajustar o repasse financeiro. Mesmo que o Pacto pela Saúde considere a necessidade de contextualizar especificidades locais, incluindo regiões de fronteira, para adequada regionalização, o financiamento do SUS para a região parece não considerar tais especificidades. O impacto para a internação hospitalar da população flutuante aparenta ser agravada devido à desatualização da Tabela SUS.

*7 Mecanismos e Estratégias para
enfrentamento do atendimento da população
flutuante em Foz do Iguaçu*

Para este tema, os informantes-chave explicitaram seus posicionamentos sobre os mecanismos existentes por blocos de financiamento, considerações sobre o financiamento do atendimento da população flutuante, o papel do Governo Federal e Estadual e a necessidade do olhar diferenciado para o espaço territorial da região da tríplice fronteira.

Sobre as estratégias para enfrentamento do financiamento do atendimento da população flutuante, emergiram ponderações relacionadas à quantificação dessa população e ao mapeamento dos atendimentos realizados, à possibilidade de articulação com Parque Tecnológico da Itaipu (PTI), Mercosul e OPAS e ao reconhecimento das dificuldades e da necessidade de cooperação entre os países.

No aspecto relativo ao repasse por bloco de financiamento, E5 pontua o que ocorre considerando número de habitantes e serviços prestados:

[...] Então, por exemplo, como que se destina recursos fundo a fundo? Do fundo nacional para os fundos municipais ou estaduais? É pelo... pela avaliação per capita. Então quando você tem para atenção básica e para as especialidades, você tem um valor; pelos... no caso da básica o per capita; no caso da especialidade é pelo serviço que é prestado e pelo número de pessoas que reside na população própria, que é no caso do município sede aqui em Foz do Iguaçu, e da população referenciada que é dos outros municípios que são sediados pelo município de Foz do Iguaçu. Esses de fora estão contemplados. Então quando se formatou esse custo para que se faça o repasse, não se vislumbrou o cálculo dessa população flutuante. E5

Segundo a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde era realizada por cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. A partir de 2009, inclui-se o bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2007b). O objetivo era organizar as transferências federais em substituição a uma grande variedade de programas existentes com maior autonomia para os estados e municípios na aplicação dos recursos financeiros (PIOLA et al., 2013).

O financiamento da Atenção Básica é constituído pelo componente do PAB fixo, baseada no per capita e no PAB variável, relacionados aos incentivos para implantar programas e estratégias da Atenção Básica (BRASIL, 2007b). Mendes, Carnut e Guerra (2018) salientam que o modelo de atenção baseado nos cuidados primário à saúde precisa de financiamento compatível para a tarefa e que a PNAB de 2017 incorporou incentivo financeiro para a introdução de recursos para Equipes de Atenção Básica, diferente das Equipes de Saúde da Família. A fala de E5 aponta exatamente essa dificuldade, ou seja,

embora haja modificações no financiamento para a Atenção Básica, a transferência de recursos se dá pelo valor per capita previsto para o município e não considerando os acréscimos previstos em territórios específicos como, por exemplo, ocorre nas regiões de fronteira.

Como já referenciado, o bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é formado pelo componente da MAC e FAEC (BRASIL, 2017c) que são compostos, respectivamente, pelo incentivo transferido mensalmente e pelas transferências que não estão contempladas no teto financeiro dos estados e municípios (com a possibilidade de incorporação ao componente da MAC) (BRASIL, 2007b).

Com relação à distribuição do total de repasses do Fundo Municipal de Saúde em Foz do Iguaçu, segundo bloco de financiamento, observou-se declínio desses repasses a partir de 2015, de acordo com os dados da Tabela 8, para praticamente todos os blocos. Naquele ano, houve decréscimo de 18,01% em relação ao ano anterior de 2014. O maior valor repassado foi em 2013, num total de R\$ 91.726.620,0, e o menor valor repassado foi em 2017, R\$ 46.017.356,67, com diferença de 49,83% entre os respectivos anos.

Em abril de 2016, o Ministério Público Federal (MPF) da Procuradoria da República no município de Foz do Iguaçu, por meio do Inquérito Policial nº 5013824-44.2014.4.04.7002, recebeu uma denúncia relacionada à Secretaria de Obras, à Secretaria do Planejamento, à Secretaria da Fazenda, à Secretaria de Tecnologia de Informação, à Secretaria Especial do Governo e Apoio Político na Câmara de Vereadores, à Fundação Cultural, à Secretaria do Meio Ambiente e à Secretaria da Saúde e Fundação Municipal da Saúde (que faz a gestão do H1) referente ao ano de 2014 e que versavam sobre diversas irregularidades (MPF, [s.d.])³².

As denúncias vinculadas à Secretaria de Saúde incluíram fraude de dispensa de licitação, crime de prerrogativa ilícita de contrato, fraude às licitações, crimes de inexigibilidade de licitação, corrupção ativa/passiva, peculato, crime de falsidade, realização de obra sem licitação e crime de licitação entre parceria público privada (MPF, [s.d.]).

³² Denúncia da Operação Pecúlio, realizada pelo Ministério Público Federal. Retirado de: < <http://www.mpf.mp.br/pr/sala-de-imprensa/docs/foz-do-iguacu/denuncia-operacao-peculio-parte-1/view>>. Acesso em: 08 mai 2019.

Tabela 8 - Distribuição do repasse para o Fundo Municipal da Saúde em Foz do Iguaçu/PR, segundo bloco de financiamento e ano durante o período de 2008 a 2017.

Ano	Assistência farmacêutica	Atenção básica	Gestão do SUS	Investimento	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Vigilância em saúde	Total Geral	Δ percentual ano a ano
2008	R\$ 1.170.104,43	R\$ 9.754.821,90	R\$ 141.947,00		R\$ 39.522.860,53	R\$ 1.393.991,73	R\$ 51.983.725,59	
2009	R\$ 1.276.477,56	R\$ 9.216.313,82	R\$ 35.000,00	R\$ 260.000,00	R\$ 42.737.682,70	R\$ 1.594.925,73	R\$ 55.120.399,81	+ 6,03%
2010	R\$ 1.488.205,43	R\$ 11.241.584,01	R\$ 374.748,54	R\$ 2.340.000,00	R\$ 49.970.592,84	R\$ 1.676.462,12	R\$ 67.091.592,94	+ 21,72%
2011	R\$ 1.796.381,99	R\$ 12.966.387,95	R\$ 93.000,00	R\$ 1.042.323,61	R\$ 61.132.187,70	R\$ 2.079.285,52	R\$ 79.109.566,77	+ 17,91%
2012	R\$ 2.573.799,08	R\$ 15.523.134,78	R\$ 71.000,00	R\$ 889.798,40	R\$ 62.184.827,70	R\$ 2.057.166,43	R\$ 83.299.726,39	+ 5,30%
2013	R\$ 1.658.198,76	R\$ 14.053.876,88	R\$ 50.000,00	R\$ 1.108.868,99	R\$ 72.713.386,81	R\$ 2.142.288,65	R\$ 91.726.620,09	+ 10,11%
2014	R\$ 1.658.198,76	R\$ 14.919.480,34	R\$ 35.000,00	R\$ 1.427.154,00	R\$ 74.919.165,35	R\$ 2.338.241,54	R\$ 95.297.239,99	+ 3,89%
2015	R\$ 1.520.015,53	R\$ 14.266.924,75	R\$ 27.000,00	R\$ 4.903.000,00	R\$ 54.711.499,93	R\$ 2.612.237,32	R\$ 78.040.677,53	- 18,01%
2016	R\$ 1.796.381,99	R\$ 16.439.870,91	R\$ 30.000,00	R\$ 3.879.041,00	R\$ 50.559.973,84	R\$ 3.909.901,90	R\$ 76.615.169,64	- 1,82%
2017	R\$ 1.710.220,64	R\$ 13.833.896,56	R\$ 30.000,00	R\$ 472.800,00	R\$ 26.255.310,13	R\$ 3.715.129,34	R\$ 46.017.356,67	- 39,94%

Fonte: SIOPS/DATASUS (Ministério da Saúde)

Importante salientar nesse contexto que o bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar foi o que recebeu o maior percentual total de repasses, com pico em 2013, chegando a receber 79,27% desse total (apesar de 2014 representar o maior volume de recursos financeiros: 78,62% dos recursos totais para o ano). A partir daquele ano, nota-se que esse bloco vem diminuindo a porcentagem e, em 2017, recebeu 56,99% do valor total de repasses, conforme pode ser verificado pela Tabela 8.

Cabe ressaltar que em dezembro de 2017, foi publicada a Portaria nº 3.992, de 28/12/2017, que versa sobre o financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. A partir de janeiro de 2018, houve novas alterações com a unificação dos blocos de financiamento relacionados à: Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Gestão do SUS, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Vigilância em Saúde para uma única conta de custeio. Além disso, os recursos para investimentos passaram a ser transferidos para uma só conta específica para os investimentos (BRASIL, 2017c).

As análises de estudiosos sobre o tema financiamento apontam que a unificação dos blocos possibilita maior autonomia dos gestores com o planejamento baseado nas necessidades locais e elimina a complexidade de organizar e gerir pequenos repasses que por sua vez podem resultar em ineficiência. Uma possibilidade negativa envolve o desvio de recursos destinados a áreas de menor visibilidade para áreas como a Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (DUARTE; MENDES, 2018; MAZON et al., 2018).

Entretanto, segundo Mendes, Carnut e Guerra (2018), mesmo com a unificação para apenas dois blocos de financiamento, custeio e investimento, não houve mudanças nos critérios de rateio que deveriam ser baseados nas necessidades de saúde no nível local/regional. Assim, a Atenção Básica continua sem recursos financeiros adequados, pois os recursos do PAB variável é realizado mediante adesão e implementação de ações, intensificando o poder do Governo Federal em indução de políticas públicas.

Corroborando essa ideia, E14 aponta que, para o custeio, a população flutuante não entra no per capita para o repasse de recursos para atendimento da Atenção Básica e que, na Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, que poderia ser custeada pela média histórica e por procedimento, existe a dificuldade no registro adequado dos atendimentos, além de que o teto da MAC não custeia o suficiente para a demanda de atendimento presente no município.

Para o serviço... olha, tem dois pontos que para mim são importantes: primeiro, essa população não tem custeio porque ela não entra no per capita e custeio de atenção básica, via de regra, e no regime de alta e média complexidade que ela é custeada por média histórica e procedimento, Foz do Iguaçu tem uma dificuldade tremenda. Qual seja? Foz do Iguaçu tem dificuldade no registro dos seus atendimentos e esse tipo de registro ela vem com o município é gestão plena; eles costumavam pagar complementação de tabela com recurso da MAC, isso não pode; complementação de tabela se paga com recurso do tesouro, se pagava o curso da MAC. Então uma consulta que a MAC pagava dez vezes, pagavam 30. Então eles consumiam o valor de três consultas para uma. Quando você olhava a produção, você via que está produzindo um terço do teto que eu te repasso. Então existe um problema de custeio, essa população tem um problema de custeio, tem um problema de registro dessa informação e tem um problema que o próprio teto da MAC não custeia mais nada. [...] E14

A MAC é financiada pelo cálculo percentual das AIH e enfrenta dificuldades pelos valores não atualizados da Tabela SUS. Esses valores são relacionados às internações e pagos por pacotes de serviços hospitalares e de serviço dos profissionais. São excluídos valores referentes à alimentação, a medicamentos, a alguns exames de apoio diagnósticos e a materiais fora desses pacotes de serviços (KOERICH et al., 2016). Santos, Borgert e Borgert (2017), em estudo sobre a verificação do reembolso para os custos de um hospital público de ensino em Santa Catarina, entre os anos de 2011 a 2016, constataram que o reembolso proveniente do SUS não é suficiente para cobrir os custos dos hospitais.

Na Tabela 9, apresenta-se a distribuição do repasse do Fundo Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, segundo bloco de financiamento para o ano de 2018. A diferença entre o valor repassado de 2017 para 2018, em Foz do Iguaçu, foi de 49,83%, com valores R\$ 46.017.356,67 e R\$83.711.064,38, respectivamente. A Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar permaneceram com a maior parte dos recursos em saúde, mesmo após a Portaria nº 3.992. No custeio, o município recebeu 73,07% (R\$59.548.602,19) do total de repasse.

A crescentes complexidade e densidade tecnológicas, associadas às necessidades de recursos humanos especializados e qualificados, são indispensáveis na Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e tornam seus custos mais elevados. O financiamento do setor se dá por meio da MAC e da FAEC, e os recursos financeiros destinados a esse nível não correspondem proporcionalmente à demanda efetiva por atendimentos, mesmo tendo a maior representatividade financeira, demonstrando o subfinanciamento do SUS e um modelo de saúde hospitalocêntrico (PESCUMA JUNIOR; MENDES, 2015). Certamente uma contradição, uma vez que os dados internacionais indicam

que a Atenção Básica, desde que devidamente estruturada, responderia a mais de 85% da resolução dos problemas que aí chegassem (TAKEDA, 2014).

Tabela 9 - Distribuição do repasse do Fundo Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu/PR, segundo bloco de financiamento em 2018.

Custeio			
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido
APOIO FINANCEIRO EXTRAORDINÁRIO	R\$776.563,18	R\$0,00	R\$776.563,18
ATENÇÃO BÁSICA	R\$15.325.300,96	R\$0,00	R\$15.325.300,96
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$59.710.228,21	R\$161.626,02	R\$59.548.602,19
GESTÃO DO SUS	R\$48.000,00	R\$0,00	R\$48.000,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$3.977.197,60	R\$0,00	R\$3.977.197,60
Total Geral	R\$81.651.554,38	R\$161.626,02	R\$81.489.928,36
Investimento			
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido
ATENÇÃO BÁSICA	R\$454.510,00	R\$0,00	R\$454.510,00
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$1.480.000,00	R\$0,00	R\$1.480.000,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$125.000,00	R\$0,00	R\$125.000,00
Total Geral	R\$2.059.510,00	R\$0,00	R\$2.059.510,00
Total Foz do Iguaçu			R\$83.711.064,38

Fonte: SIOPS/DATASUS (Ministério da Saúde)

Segundo Koerich et al. (2016), a falta de investimento na Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é revelada pela dificuldade de acesso e é um dos pontos de estrangulamento do SUS. A divisão entre os serviços públicos e privados persiste mesmo depois da criação do SUS e a migração de usuários de classe média e alta para o seguro privado favoreceu o processo denominado de “universalização excludente”.

No estudo de Mazon et al. (2018), verificou-se que entre os anos de 2009 a 2015, no estado de Santa Catarina, a Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu o maior percentual de recursos. Mendes, Carnut e Guerra (2018), em estudo sobre o financiamento federal da Atenção Básica, apontam que o bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar apresentaram a maior parte dos recursos alocados entre os anos de 2007 a 2017. Kubota e Leal (2018), no estudo sobre as transferências federais para os municípios brasileiros, no período de 2013 a 2016, constataram que os recursos destinados para a MAC favorecem regiões mais desenvolvidas economicamente e representa grande parcela dos repasses. Entretanto, no mesmo estudo verificaram também que municípios do Acre, Amapá e Amazonas receberam valores abaixo da média. Segundo os

autores, os recursos federais não favorecem a equidade no gasto público por não repassarem os recursos para estados e municípios com dificuldades devido à necessidade de comprovação de oferta e produção.

Quando analisados os dados acerca dos recursos próprios do município destinados à área da saúde, em Foz do Iguaçu, a porcentagem desses recursos supera o mínimo determinado pela LC nº 141/2012, que preconiza 15%. A evolução histórica dessa porcentagem para o período compreendido entre os anos de 2008 a 2017 está demonstrada na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição da porcentagem dos recursos próprios em saúde em Foz do Iguaçu/PR, para o período de 2008 a 2017.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Foz do Iguaçu	21,30	21,10	22,72	30,63	30,73	28,85	30,72	34,87	31,58	28,31	28,08

Fonte: SIOPS/DATASUS

Dessa forma, entrevistados apontaram em determinados excertos de suas falas sobre o recurso que o município aplica. Parece haver, implicitamente, crítica ao financiamento do sistema de saúde, pois o informante-chave indica que algum ente da federação não deve estar contemplando o percentual que lhe cabe do financiamento, dado que o município arca com um percentual maior de recursos.

[...] O município tem obrigação constitucional de aplicar 15% dos seus recursos de fonte livre na saúde e acaba sempre acima de 20% por causa justamente desses excedentes que nós não temos, às vezes, *previsto* na Constituição. E5

No município de Foz do Iguaçu, houve no período de 2008 até 2013 crescente utilização dos recursos próprios gastos com a saúde, apresentando leve decréscimo em 2013, voltando a crescer em 2014 e chegando a utilizar 34,87% em 2015, com progressiva queda nos anos 2016 e 2017, possivelmente decorrente da crise econômica que se delineou no período e que se estendeu para além de 2017. Cabe lembrar que a EC nº 95/2016, já mencionada anteriormente, congelou a aplicação de recursos nas ações de serviços públicos de saúde que, entre outras consequências, refletiu diretamente no gasto federal em saúde (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Nesse contexto, importante destacar que os estados e principalmente os municípios aumentaram progressivamente o financiamento para a saúde, enquanto que a União apresentou decréscimo possivelmente em decorrência do processo de descentralização. Esse processo tem-se mostrado um desafio para a gestão que deve ser compartilhada entre as três esferas do governo e mostra que os municípios apresentam diferenças singulares para a função (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

A exigência de contrapartidas municipais para os custos de programas aderidos demandou mais investimentos diretos dos municípios que não tiveram repasses adequados ao longo dos anos, com progressivo aumento de sua responsabilidade em relação aos gastos com a saúde (SOARES et al., 2016).

Com a PNAB de 2017 e a unificação dos blocos de financiamento para custeio e investimento, os municípios mantiveram a responsabilidade significativa para a sustentação dos serviços de saúde do SUS. Ainda que haja subfinanciamento pelo Governo Federal, a sua participação é de extrema relevância para a manutenção das ações de saúde no nível local (MELO et al., 2018).

Sobre o financiamento para o atendimento à população flutuante, houve informantes-chave que relatam não conhecer ou não saber se há algum recurso específico para essa população:

Então, assim, na verdade a gente não vê algo específico para esse tipo de financiamento; ele acaba vindo no montante geral, então existe a busca de algum incentivo específico para incrementar os recursos do município de Foz, porque existe essa demanda, mas a gente não tem nada que incremente esses valores, que vêm especificamente para isso. [...] E7

Eu acho assim, aqui eu não sei se tem algum fundo, mas provavelmente não deve ter algo específico, algum dinheiro direcionado a esses atendimentos [...] E12

Extra não [recurso para atendimento – custeio]. Que eu saiba que tenha algum recurso. O que a gente tem ao longo do tempo aí é nas gestões que a gente ouve falar que os secretários vão tentar em Brasília provar que atende esse número de brasiguaios que não tem um número certo, mas... E13

Com relação ao financiamento, especificamente, para o atendimento do brasiguaião, foi citada a construção do HMPGL para atender aos brasiguaios, posto que esse grupo estava sem referência para atendimento pelo SUS e, dessa maneira, precisava ter referência para atendimento:

A questão que eu sei do brasiguaião, inclusive eu sei por conta dessa parte administrativa, que esse hospital foi construído por conta de *uma* TAC, uma ação do Ministério Público, uma ação civil pública dessa, contra o município, estado e união quando a Santa Casa fechou, foi em 2005, por aí.

E eu acho que essa ação foi em 2007 ou 2006, algum período desse. E que aí teria aqui que atender o brasiguaiio como uma forma de solução de problema, porque aqui a referência do brasileiro que mora no Paraguai tem direito ao SUS e aqui ele não estava encontrando referência. E quando construíram esse hospital, esse hospital foi construído com o intuito de resolver esse problema. Então eu entendo isso, que essa é a legislação que eu conheço. Agora sobre financiamento não, isso sempre falamos aqui. Que o brasiguaiio, esse hospital existe por causa dos brasiguaios. E13

Inclusive esse hospital, ele só foi feito devido uma medida para os brasiguaios. Então até onde eu sei, ele só existiu e foi autorizado devido à grande demanda de brasiguaios existentes no Paraguai e ficavam desassistidos. E11

Possibilitar a referência para o grupo de brasiguaios quando necessário é, de certa forma, reconhecer o direito à saúde para esse grupo.

Em relação ao posicionamento em relação ao financiamento do atendimento para a população flutuante, houve consenso sobre a ausência de recursos provenientes do Governo Federal, conforme transcrição das falas de E2, E5 e E9.

[...] E aí que eu falo que o Governo Federal não se mexe, o município se preocupa com isso, investe um dinheiro importante nisso, mas o Governo Federal não. Só que ao mesmo tempo que esses caras vêm de fora para Foz, muitos trazem recursos para nível federal em virtude das Cataratas, que é a segunda ou a terceira cidade mais visitada no Brasil por turistas estrangeiros. Então eu acho que teria que ter uma política clara do Governo Federal, para com o hospital, principalmente o nosso, que é um hospital municipal, que o município arca com quase 50% de todo o seu custeio [...] E2

Até hoje eu não... não vi [posicionamento do Governo Federal para o atendimento da população flutuante]. Vem, faz levantamento, faz auditoria e efetivamente recursos, dificilmente acontece. Às vezes vêm através de uma... de uma liminar... de uma liminar não, de uma emenda parlamentar que acaba colocando recurso para comprar equipamentos e tal, mas nada efetivo, nada institucionalizado. E5

Eu não consegui nesse período que eu estive aqui, nenhum posicionamento mais firme do Governo Federal. [...] E9

O recurso econômico para o atendimento em saúde nas regiões de fronteira, principalmente do estrangeiro, é apontado com um dos principais problemas para ser enfrentado, visto que essa população não é prevista no financiamento do SUS (SILVA; OLIVEIRA NETO; MARIANI, 2017).

Os municípios localizados na faixa de fronteira acabam, portanto, precisando assumir o custo do atendimento, tanto do estrangeiro como do brasileiro residentes do outro lado da fronteira, sem o suporte do Governo Federal (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

Devido à ausência de estratégia financeira do Governo Federal para atendimento para população flutuante, houve menção que o governo do estado do Paraná criou o Seguro do Viajante. Identificaram-se ainda afirmações superficiais pelos informantes-chave sobre o SIS Fronteira como mecanismo de financiamento para essa população.

[...] Por isso que o Paraná, com recursos próprios, criou esse Programa de Saúde do Viajante, é inédito também no Brasil: é só o Paraná que criou esse programa. E5

Não, na verdade ele vem para a Saúde Viajante e daí, assim, o município direcionou esse recurso... como ele era custeio e a portaria, a resolução fala que pode ser repassado para a unidade hospitalar, foi repassado para lá. E7

[...] a gente conhece a Saúde do Viajante que eu acho que ainda existem alguma coisa e o SIS fronteira. Mas o SIS fronteira, até onde eu sei, não tem mais e a Saúde do Viajante também se encerrou. São os únicos que eu conheci. E6

As Comissões Intergestora Bipartite (CIB) do Paraná, em 2015, aprovou pela Deliberação nº 204 o Programa Estadual de Saúde do Viajante que visa à atenção à saúde do viajante por meio do repasse financeiro do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde aos municípios do estado que possuem flutuações sazonais de pessoas devido ao risco potencial dessa população adoecer ou introduzir/reintroduzir ou disseminar agravos à saúde (PARANÁ, 2015a).

Considerando o Programa de Saúde do Viajante, em 23 de dezembro de 2015, a CIB aprovou a Deliberação nº 22 que contemplou os municípios que aderiram ao programa, incluindo Foz do Iguaçu, com repasse de R\$ 7.000.000,00 (PARANÁ, 2015b). Em 2016, foi aprovado outro repasse de igual valor para o referido município por meio da Resolução nº104 de 2016 (PARANA, 2016). Para o exercício de 2017, aprovou-se o valor de R\$7.848.946,89 pela Resolução nº400 (PARANÁ, 2017). Para o exercício de 2018, a Secretaria de Saúde do estado aprovou R\$ 2.210.250,00 por meio da Resolução nº 946/2018 que ressalta que a comprovação dos recursos será analisada com base no Relatório de Gestão em março de 2019 (PARANÁ, 2018b).

Esse parece ser o único recurso financeiro específico destinado aos territórios que têm como característica a presença de população flutuante que fazem ou podem fazer uso de serviços de saúde do SUS.

Foi explicitado na fala dos informantes-chave a necessidade de mecanismos de financiamento que atendam as necessidades locais, com olhares diferenciados para a região, em especial de fronteira e ainda a turística.

Então, nós temos aqui um cenário que é um cenário completamente atípico e, nesse sentido, é um cenário que realmente demanda um olhar e um financiamento também diferenciado. Então, se justificar essa necessidade é quase que uma redundância, né? Mas é algo que ainda precisamos fazer, para que a gente possa ter no olhar do Governo do Estado, do Governo Federal, mais sensível nesse sentido. E nesse momento em que você me entrevista, nós não estamos tendo nem o repasse estadual para custeio do Hospital Municipal que atende a população regional; só estamos com o teto MAC do Governo Federal e fazendo custeio com recursos municipais que nós temos que utilizar de rubricas e de outras áreas igualmente importantes para que a gente possa manter em funcionamento o hospital. Então, fazer gestão diante dessa responsabilidade muitas vezes parcial, justificada erroneamente em função de períodos de transição de gestão, é um grande desafio. E15

Uma coisa é você estar com a embaixada, sei lá, em Hong Kong que você vai atender um brasileiro a cada século. Outra coisa é você estar com uma embaixada em Cidade de Leste que tem 200, 300, 400 mil brasileiros aqui nessa faixa de fronteira em condições de maior ou menor vulnerabilidade demandando, a embaixada não vai ter como resolver. A embaixada queria resolver no sistema de Foz do Iguaçu. Então o nível de articulação interfederativa entre o Ministério de Relações Exteriores, o Ministério da Saúde para resolver um problema local era muito difícil, era muito incipiente. Você imagina envolvendo... mas não tem outro jeito, eu acho que as políticas do Ministério são muito pontuais. [...] E14

[...] E aqui é uma fronteira bem atípica, né, nós temos aí uma grande circulação de pessoas e, além disso, a gente tem circulação de doenças aqui. Então a mesma pessoa que está aqui, ela vai no Paraguai, ela vai na Argentina, nós temos vários turistas que vêm de outros países para visitar, então eu diria que falando de epidemiologia, que é algo bem *sui generis* em relação à região, mas eu nunca vi nada, nenhuma política específica do Governo Federal nesse sentido. [...] E8

E as tabelas do SUS, como têm todo esse regulamento que o SUS, ele é focado para o brasileiro, então eu acho que o Governo Federal, não só a área de saúde, até o próprio Ministério da parte do turismo poderia dar uma forma de ajudar no financiamento na área da saúde, para que Foz do Iguaçu tenha essa... mantenha... e aí eles podem talvez até ampliar, né? E2

O planejamento em saúde deve favorecer a formulação de políticas públicas articuladas para atender as necessidades de saúde da população de forma equânime; deve ser baseado nos contextos locais, desenvolvidos a partir dos indicadores epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos, com adequado repasse financeiro para viabilizar o acesso aos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2018).

De acordo com o quanto suscitado, o Pacto pela Saúde reconheceu que para a adequada territorialização é necessária a consideração sobre as regiões de fronteira (BRASIL, 2006c). As regiões de fronteiras são naturalmente influenciadas pela dinâmica com uma população flutuante que em si dificulta o acompanhamento e, portanto, o planejamento das

ações em serviços de saúde. Assim, as regiões de fronteiras podem ser caracterizadas como regiões de vulnerabilidades de saúde (PEITER et al., 2019).

No estudo ecológico de Helbusto et al. (2017) sobre os efeitos do turismo em 74 municípios turísticos litorâneos, entre os anos de 2010 e 2012, identificou-se que o turismo ampliou a vulnerabilidade tanto da população residente quanto dos turistas, uma vez que culminou no aumento da incidência de consumo de álcool e drogas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST), foco do estudo desses autores.

Além do Pacto pela Saúde, na esfera federal, foi implementado o SIS Fronteiras que favoreceu o município de Foz do Iguaçu com recursos para a construção do Centro Materno Infantil em 2007 (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015). Entretanto, sem continuidade do recurso, a restrição do direito à saúde ao estrangeiro permaneceu (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018). Outro mecanismo que colaborou para o repasse de recursos financeiros foi o Programa Saúde do Viajante que, como citado, teve o montante de recursos diminuído, tendo em vista que o valor repassado no ano de 2018 correspondeu menos de 30% do valor do ano anterior.

Quando questionados sobre estratégias para financiamento do atendimento da população flutuante, os informantes-chave reiteraram a questão da ausência de políticas públicas que se foquem na saúde internacional de fronteira.

[...] Por exemplo, lá no Rio Grande do Sul com o Uruguai que tem um acordo lá, mas na realidade a Portaria 399, de 2006, ela fala sobre consórcio também. Quando ela fala sobre consórcio, ela trata de possibilidades de consórcios inclusive internacionais de municípios fronteiriços e internacionais. Fala de municípios limítrofes interestaduais e fora internacionais. Eu desconheço um consórcio que fosse feito nessa linha. Entendeu? Há experiência de interestaduais com Santa Catarina e Paraná, no Sudoeste tem experiência nesse sentido. Mas internacional eu desconheço, e a lei prevê essa possibilidade. E5

[...] então eu não vejo assim, algo que possa ser equacionado em um curto espaço de tempo, então demanda negociação com os países, acordos entre as instituições, reorganizar as políticas de saúde de cada país; eu vejo que é algo bem complexo. Mas assim, sendo sincero e um tanto cético de que a gente consiga perceber isso em um curto espaço de tempo, esse trabalho. E8

[...] O Governo Federal, o Governo Estadual, a liderança municipal, a própria comunidade, as instituições, têm que definir uma política macro, que a saúde eu tenho a impressão que é responsabilidade de todos nós. Nós aqui, por exemplo, nós temos um número muito grande de violências por etilismo, nós não podemos controlar o etilismo lá fora, um número enorme de internamentos por acidentes de trânsito, violência de trânsito, como que nós vamos conseguir? São questões politicamente decididas, então a decisão política tem que estar junto ao lado também daqueles que detêm a gestão. Eu acho que está faltando... é a mesma coisa que nós comentamos agora das redes de atendimento, são desintegradas. Se nós pegarmos estado, Governo

Federal, os municípios, ainda existe um discurso frágil, sem eficiência, em que, muitas vezes, há um domínio do poder político, uma série de outros interesses, e eu acredito que enquanto não houver assim, a seriedade dos agentes, de saber que eles têm que decidir em conjunto, nunca se vai chegar naquilo que seja o melhor possível. E9

Os municípios de fronteiras caracterizam-se por uma sociedade com identidade peculiar e, diante dessa perspectiva, a formulação de políticas de integração entre países pode colaborar para projetos de interesse comum e integração social. Na revisão integrativa de Santos-Melo, Andrade e Ruoff (2018) sobre integração de saúde entre fronteiras internacionais, os autores verificaram que, na Europa, os acordos de integração ocorrem pelo tratado da União Europeia. Já na América do Sul, apesar da dificuldade de acordos de integração, principalmente pelas diferenças entre os sistemas de saúde, a maioria daqueles existentes visam ao controle de doenças de importância epidemiológica.

Segundo Aikes e Rizzotto (2018), a concreta integração em regiões de fronteira que objetiva o desenvolvimento social presume superar as diferenças legais por meio de políticas articuladas internacionalmente. No entanto, as autoras apontam para o financiamento como fator limitador para efetiva integração, bem como para o fato de que os gestores municipais podem colaborar com esse processo.

Na introdução³³ da presente investigação, os Quadros 1 e 2 ilustram que, na totalidade dos acordos entre Brasil-Argentina e Brasil-Paraguai, nenhum deles se volta para a inclusão dos direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde para a população excluída nos casos eletivos, como no caso dos estrangeiros e dos brasileiros residentes do outro lado da fronteira. A maioria dos acordos vigentes volta-se para a cooperação técnica e tecnológica e para demandas de agravos de importância epidemiológica para a região.

Fagundes et al. (2018) enfatizam a necessidade de protagonismo dos gestores locais no que tange à decisão sobre o atendimento da população fronteiriça estrangeira, segundo suas perspectivas ética e política e a disponibilidade de recursos. Os autores constataram – no estudo envolvendo a fronteira do Brasil com Uruguai – iniciativa dos gestores locais para troca de serviços baseada em pactos informais com ações para controle de vetores, campanhas conjuntas de educação em saúde e prevenção de agravos.

Uma sugestão que emergiu para adequação do financiamento do atendimento da população flutuante foi a possibilidade de considerar o número estimado da população flutuante e não a população fixa para o repasse de recurso.

³³ Capítulo I – Introdução, p. 41 e 43.

[...] Mas se a gente somar cento e poucas mil pessoas de Ciudad del Este e somar 80, 100 mil pessoas de Puerto Iguazú, somando tudo isso nós já seríamos uma população de quase 500 mil habitantes. Então já percebe que se fosse pensar os leitos habitantes, somando nós e essas cidades vizinhas, que é quase um bairro de Foz do Iguaçu, da área epidemiológica, então seria muito diferente, né? E2

Teria que aceitar uma apresentação de um planejamento do município como Foz do Iguaçu, por exemplo, um planejamento contendo esses estrangeiros, e que esses valores fossem acrescidos nos repasses que vêm através da MAC, de média e alta complexidade, e que vêm através do PAB, de atenção básica, do piso de atenção básica. Então, se esses recursos fossem contemplados usando como base de cálculo também a população flutuante, nós teríamos um recurso melhor para o município e teria condições de fazer frente a essas despesas. [...] E5

O financiamento por meio dos recursos federais para ações e serviços de saúde estão atualmente regulamentadas pela Portaria nº 3.992, de 2017, que unificou os blocos de financiamento para bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde e bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde, como já apontado anteriormente. Na referida portaria não são mencionadas, contudo, as mudanças nos critérios de rateio (BRASIL, 2017c).

Assim, a Atenção Básica continua com os componentes do PAB fixo e do PAB variável, sendo que o recurso do PAB fixo é transferido mensalmente, de forma regular e automática por meio do Fundo Nacional de Saúde, e é calculado pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população do município (BRASIL, 2007b). Em 2011, a Portaria nº 2.299, de 2011, incluiu para o PAB fixo a possibilidade de repasse para o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde mediante a aprovação de projetos enviados para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A atual legislação continua não prevendo recursos financeiros para a população flutuante de maneira regular. No estudo de Aikes e Rizzotto (2018), os entrevistados indicaram a necessidade de um PAB específico para a população flutuante para compor o financiamento, corroborando, dessa forma, com as falas de E2 e E5 que sugerem que a população flutuante deveria ser considerada para compor o repasse de recursos.

Os informantes-chave do presente estudo descreveram que o mapeamento dos atendimentos realizados para população flutuante poderia ser uma ferramenta a ser utilizada para reivindicar recursos e, assim, ampliar a capacidade instalada da rede de serviços de saúde, de maneira a oferecer atendimento adequado tanto para a população flutuante como para os residentes da 9ª Regional de Saúde.

[...] Quando você busca recurso, você busca readequação de equipe, readequação de serviço, implantação de novas técnicas. Tudo isso segue a partir do momento que você tiver, se tiver condições de você medir. Se você não tiver como medir, você não consegue reivindicar nada. [...] E5

Acho que seria fundamental [para organização municipal para o atendimento de população flutuante] que conseguissem identificar essa população flutuante que é atendida e apresentar isso perante os órgãos do Governo Municipal, Estadual e Federal, uma proposta de financiamento diferenciado. E10

[...] Eu acredito que nós, como instituição, poderíamos fazer melhor a nossa tarefa de casa, registrar essa demanda que está chegando para nós, para que nós possamos ter subsídios e mostrar e comprovar que eles chegam sim, e que eles estão sendo assistidos sim. E eu acho, assim, melhorar os nossos registros para que a gente possa ter como provar tudo isso, e aí em cima do provar tudo isso, é que nós vamos conseguir os recursos e mudar esse cenário que existe até hoje. E11

Olha, eu penso que para a gente defender qualquer estratégia, nós precisamos de um diagnóstico adequado. E essa iniciativa com a OPAS nos permitiria ter esse diagnóstico, porque hoje ele é muito frágil, e ele parte de estimativas, de informações empíricas, e nós precisamos ter um dimensionamento real do quanto os nossos serviços são utilizados por essa população, qual é o peso dessa população nos nossos serviços. A partir daí, nós temos condições de traçar estratégias. E15

A dificuldade em quantificar a demanda por atendimento da população flutuante, em especial do estrangeiro e do brasileiro residente do outro lado da fronteira, foi identificada por diversos autores (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018; NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

Tal dificuldade é explicada em estudos que apontam que a população excluída do direito à saúde cria táticas para a garantia desses direitos para si e para suas famílias, assim como verificado a partir das falas dos depoentes da presente pesquisa (ALBUQUERQUE, 2012; ALBUQUERQUE, 2015; NASCIMENTO; ANDRADE, 2018). Mesmo nos casos de urgência e emergência, há a hipótese de que os estrangeiros e brasileiros moradores do outro lado da fronteira utilizam dessas táticas e estratégias mencionadas em outros estudos, dificultando o mapeamento real desses atendimentos.

Outra colocação dos informantes-chave foi a atuação do Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu (GT Itaipu-Saúde) do Parque Tecnológico da Itaipu (PTI), no sentido de mediar acordos e possibilidade de integração entre os países da tríplice fronteira e até mesmo estruturar uma rede de atenção à saúde internacional.

A nível regional aqui, eu acho que é a continuidade desse trabalho do GT Saúde, que está propondo essa integração dos três países, né, pelo menos para conseguir ajudar um pouco melhor as condições não só de saúde, mas também sanitárias e tal, dos países vizinhos aqui que compõem a tríplice fronteira. [...] E4

Nós temos hoje em Foz do Iguaçu um programa chamado GT Itaipu, grupo de trabalho de Itaipu, do qual eu faço parte como um dos nove membros brasileiros representando o estado do Paraná. Eu acho que esse seria a forma ideal para que os três ministérios – aqui nós estamos falando da nossa fronteira, não estou falando a nível de Brasil – tivessem um acordo, uma forma de se reunir, e ali discutir a demanda dos três países, para os municípios limítrofes. Com isso, levantaria os dados... apresentaria todos os dados levantados de população, de busca, de serviço prestado, qual a rede de atenção à saúde que existe no Paraguai, qual a rede de atenção à saúde que existe na Argentina e no Brasil. E a partir dali, qual o custo para os três países, e que houvesse uma compensação de um para outro. Então, por exemplo, Paraguai tem tal serviço que o Brasil não tem, atenderia. O Brasil tem tal serviço que o Paraguai não tem, atenderia, e haveria depois um encontro de contas. Se houvesse uma forma de calcular isso, e há possibilidade sim, através dos ministérios, de relações exteriores, através das embaixadas, com pessoas... brasileiro que vive no Paraguai, Paraguai que vive no Brasil, argentinos que... é mais raro, mas ainda acabam vindo. E5

O GT Itaipu-Saúde foi criado em 2003 a partir do Programa Saúde na Fronteira que objetiva apoiar ações de saúde na faixa de fronteira, que estão nas áreas de influência da Usina Hidrelétrica de Itaipu, que contempla em torno de 1,5 milhão de pessoas distribuídas em 27 municípios brasileiros e 31 paraguaios. Em 2006, a Argentina foi convidada a participar do grupo (PTI, 2019)³⁴. A atuação consiste:

Como espaço democrático, baseado na integração e cooperação entre os países participantes, bem como no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde; na promoção das políticas públicas de saúde, com ênfase na atenção primária, seguindo o modelo de educação permanente; no intercâmbio de conhecimentos e na valorização das experiências dos profissionais dos países que compõem a Tríplice Fronteira, valores e competências que são colocados a serviço da melhoria da qualidade da saúde e de vida da população da região; na promoção, prevenção, vigilância e atenção integral à saúde, de forma a impactar positivamente na qualidade de vida individual e coletiva da região; na articulação com as instituições, de forma cooperativa, para promover a integração dos serviços e o intercâmbio de informações, em consonância com as diretrizes dos sistemas nacionais de saúde de cada país; na promoção da equidade no trato das questões de saúde; no estímulo à construção de projetos nas comissões técnicas, que contemplem a realização dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Agenda 2030 (PTI, 2019).

³⁴ Retirado do institucional do Parque Tecnológico Itaipu (PTI) que descreve GT Itaipu-Saúde para Integração das Ações de Saúde na Área de influência da Itaipu. Retirado: < <https://www.pti.org.br/pt-br/gtsaude>>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

No entanto, E2 sinaliza a dificuldade do grupo em avançar as discussões para suprir a falta de financiamento.

[...] porque é aquela discussão que eu falei agora há pouco [promovidas pelo PTI para discutir o problema de saúde na fronteira]: nós começamos no PTI, mas é reunião para marcar outra reunião; já faz sete, oito meses que está em discussão e a coisa não avança. [...] E2

Peron e Lisboa (2017), em estudo sobre a atuação do GT Itaipu-Saúde, identificaram que as iniciativas do grupo trazem contribuições para a região, especialmente no que concerne à troca de conhecimento, técnicas, programas, ações e metodologia com boas práticas adotadas nas Secretarias Municipais brasileiras a partir das ideias que nasceram nas reuniões das comissões. Entretanto, enquanto integração de política pública, não houveram avanços e foram realizados apenas acordos informais.

E9 pondera que essa dificuldade é originada devido à diferença entre os sistemas de saúde, com interesses políticos diferentes, principalmente no caso que envolve Brasil e Paraguai.

Eu vou dar um pouquinho das discussões que têm no GT Saúde. e então, eles estavam buscando ter uma integração dos serviços de urgência, que acaba sendo a porta de entrada da maioria desses pacientes, então... uma primeira reunião foi trazido como é que era o perfil epidemiológico de cada uma dessas regiões, do Paraguai, das províncias do Paraguai, da Argentina e aqui de Foz de Iguaçu. Então isso foi interessante, porque eles trouxeram a sua realidade, as suas dificuldades. E aí se buscou, né, desenhar algo que pudesse viabilizar um atendimento independente da nacionalidade, porque essas pessoas acabam circulando, mas eu vejo, assim, como algo um pouco mais difícil, porque você sai do âmbito local, que a gente consegue discutir bem, e aí você vai para o estadual e vai para o nacional, e aí cada um dos países tem seus interesses que muitas vezes são divergentes, né, mas a população continua circulando nesses ambientes. Então eu vejo assim, que falando até de Mercosul, né, se a gente pensar em uma comunidade integrada, a gente teria que pensar também em sistemas de saúde que fossem mais integrados, que pelo menos comessem na urgência, né, daqui a pouco você ter, independente do país, conseguir atender e ser remunerado por esse atendimento, e hoje é difícil, hoje tem uma série de entraves, né? Que já começa aí na própria questão da moeda, a forma de remuneração, os tratamentos. Então eu vejo algo complexo, mas que precisaria ser discutido de forma mais ampla, né? Porque, assim, dentro do GT isso está bem alinhado, agora a dificuldade é de trazer isso para a questão política, para que ela se desenrole e aí se tenha realmente os planos, as ações desenvolvidas para a região. E9

Nós tivemos um morador no hospital, há dois anos, que é do Paraguai. Eles não se importam em dar um jeito de conseguir uma condição para ele ficar lá, então está há dois anos internado aqui, que poderia estar... de repente, ter voltado para casa. Tem que ter uma condição diferenciada sim de atendimento, uma estrutura familiar, uma estrutura de equipamentos, de ventilador pulmonar, CPAP, algumas outras coisas e eles não providenciam.

E o paciente já está já há dois anos e três meses morando dentro do hospital, então eu não vejo nenhuma movimentação do Paraguai nesse sentido, por exemplo. E2

A cooperação internacional é considerada uma estratégia para o desenvolvimento da política externa por meio da inserção internacional, bem como apontada como um mecanismo de dominação. No Brasil, os interesses para cooperação internacional, segundo a Constituição Federal, prezam pelos interesses nacionais aliados ao progresso dos países envolvidos. Na prática, no entanto, percebem-se interesses de soberania e a busca de alianças comerciais e econômicas. Nessa perspectiva, uma das principais linhas de cooperação internacional em saúde que o Brasil avançou foi relacionada ao desempenho técnico do SUS, com orientações de políticas e programas bem sucedidos como, por exemplo, o controle do HIV/AIDS, com envolvimento essencialmente do Ministério da Saúde, da Agência Brasileira de Cooperação e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (BUSS, 2018).

Entretanto, na atualidade, segundo Buss (2018), diante da crise econômica, da globalização excludente, de ambições políticas e do avanço do conservadorismo, parece haver uma estagnação e até mesmo um retrocesso da cooperação internacional.

A integração em regiões de fronteira, principalmente entre cidades gêmeas, é uma realidade. Nessas localidades, as relações econômicas e sociais relativas à busca por trabalho, estudo e por serviços públicos – como saúde e educação –, são os aspectos mais presentes. No que concerne ao âmbito da saúde, dificultam os acordos a diferença dos sistemas de saúde e da organização político-administrativa, assim como as diferentes competências entre os entes nacionais e subnacionais (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Em consonância com o quanto apontado, E14 aponta a necessidade de considerar região da tríplice fronteira como um único distrito sanitário, porém ressalta a dificuldade na gestão compartilhada, principalmente pelas diferenças de organização política, muito embora seja o Brasil o país com melhores condições para a viabilização de uma proposta dessa monta. Ademais, enfatiza que essa definição trata-se de uma política de Estado que, entretanto, no momento atual, parece configurar-se distante, como verifica-se também na fala de E14: “o mundo parece que está querendo erguer muro [...]” E14.

Eu acho que a única estratégia, para mim, dessa situação, é compreender que Hernandarias, Cidade de Leste, Presidente Franco, Foz do Iguaçu, Santa Terezinha, Itaipu, Puerto Iguaçu na Argentina constitui território sanitário único. Esse território sanitário único requer uma gestão compartilhada. Nós temos dificuldade em compartilhar a gestão de três entes federados de um mesmo país, que dirá compartilhar a gestão em três países diferentes, organizações sanitárias diferentes, organizações políticas diferentes,

federativas diferentes. Mas eu acho que essa é a única possibilidade, por exemplo, você organizar esse território do ponto de vista de regulação de urgência e emergência. E tem uma questão que é assim: há um desnível; eu vou dizer para você que o Paraguai é o país com maior dificuldade de recursos estruturais; a Argentina entra em segundo e nós somos, somos os melhores nessas condições. E cabe a gente arcar com isso, entendeu? Então eu acho que a solução para isso é olhar isso como território sanitário único e esses países aportarem os recursos necessários para resolver esse problema. Recursos esses que vão sair uma hora ou outra do Brasil, não tenha dúvida. E aí, é uma questão de política de estado. O mundo parece que vai um pouco na contramão: o mundo parece que está querendo erguer muro, fronteira. Mas eu acho que não vai resolver não. E14

A união dos municípios organizados por região de saúde parece representar uma alternativa para promover a integralidade da assistência à saúde, em meio a muitos modos de governar observados em cada estado e município, a partir da descentralização da saúde. Como seu objetivo é integrar ações e serviços de saúde entre os entes federativos, deve ser formada considerando as particularidades locais e não apenas questões administrativas, considerando a existência de uma gestão compartilhada com as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (SANTOS; CAMPOS, 2015).

No Brasil, o SUS possibilita a criação de consórcios intermunicipais que possibilitam o repasse de verbas entre os municípios, embora sejam mais complicados quando ocorrem em nível internacional (ZASLAVSKY; GOULART, 2017). Casanova et al. (2018), em estudo realizado na região do Alto Solimões na Amazônia, fronteira com Peru e Colômbia, observaram a busca por serviços de saúde no Brasil e a tentativa de acordos de cooperação entre os países, porém sem concretização. Os gestores da região pontuaram que a articulação para formalização seria uma possibilidade para viabilizar o atendimento que efetivamente já ocorre.

O Mercosul foi citado pelos informantes-chave como possibilidade de auxiliar o financiamento do atendimento da população flutuante. Todavia, as falas parecem não ser factíveis:

Com o tempo, acho que seria muito interessante se a gente conseguisse até servir de exemplo para o mundo; se a gente conseguisse criar aqui um hospital do Mercosul [...]E4

Então, eu acho que pensando em Mercosul e outras coisas talvez construir aqui uma região trinacional com hospital federal, com a característica da UNILA, isso seria algo que seria interessante pensar. E13

[...] Tivesse uma conversa, um acordo, pelo próprio Mercosul, eu acho, uma coisa mais ajustada. E3

Os propósitos iniciais do Mercosul na sua criação, em 2001, foram direcionados a uma integração majoritariamente econômica. A partir de indicadores de aumento da pobreza devido às instabilidades das relações de trabalho e ao desemprego impulsionando limitações do desenvolvimento dos Estados Partes, em 2007 foi criado o Instituto Social do Mercosul (ISM). O ISM considera a dimensão social como eixo estratégico para a integração entre os Estados Partes e inclui a proteção social em saúde para diminuir as desigualdades, tanto entre os países do Mercosul, como no interior de cada um. Entretanto, manifestam sinais de retrocessos com os atuais governos dos países que compõem o bloco, que demonstram afinidade com as propostas neoliberais (NOGUEIRA, 2018).

Outra iniciativa para promover uma cidadania regional foi a elaboração o Plano de Ação que projeta a criação do Estatuto da Cidadania do Mercosul em 2010. A meta de implantação é até 2021 e tem como propósito consolidar uma cidadania comum entre os países membros do Mercosul, por meio de um documento que reúne direitos e deveres, e inspirada no modelo da União Europeia. A possibilidade da construção de uma nova cidadania pode estabelecer uma democracia com redução das diferenças, mais inclusiva e com maior reconhecimento dos direitos humanos. Contudo, ao analisar o documento não estão incluídos direitos além dos já previstos no Acordo de Residência de 2002, que facilita migração e residência para qualquer Estado Parte, sem que seja considerada a dimensão social. O Acordo de Residência é regulamentado de forma bilateral, entre o país que emitiu a autorização de residência com o país de origem do indivíduo, não compartilhando, portanto, dos mesmos moldes da União Europeia (MOURA, 2018).

Fagundes, Nogueira e Kreutz (2018) pesquisaram sobre as iniciativas, regulações e acordos entre os países membros do Mercosul, entre os anos de 2000 a 2017, com ênfase nas regiões de fronteira dos Estados Partes, por ser uma região de relevância de integração social. Os autores verificaram indicativos para a construção de uma cidadania social entre os Estados Partes, porém destacaram o número significativo de normativas e acordos não implantados quando voltados para as necessidades sociais em saúde, devido ao fato de serem influenciadas por vários interesses, incluindo, sobretudo, a diferença da concepção de cidadania de cada país. Dessa forma, a autonomia dos países integrantes para a área social transformam as normativas de orientação em longos debates diplomáticos, sem a concretização para a obrigatoriedade dessas normativas.

Da mesma forma que o Mercosul, a OPAS surge nas falas dos informantes-chave de forma superficial.

[...] Eu acho que precisa ser debatido isso de uma forma, até porque o Brasil tem uma linha de fronteira enorme. Isso não seria uma condição só de Foz do Iguaçu: isso é uma condição do Rio Grande do Sul, essa é uma condição de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e aí vai, porque os nossos municípios que fazem fronteira e com países vizinhos, da Bolívia, enfim e tudo, é muito grande, então tem que se pensar nisso até mesmo dentro do Ministério da Saúde como talvez um departamento que possa cuidar da saúde dessa população, linkada, sem sombra de dúvidas, com a OPAS e com relações internacionais, senão você não consegue evoluir. E6

[...] Mas não dispomos no Brasil de uma política de financiamento para municípios de fronteira. Então sabemos que é preciso um movimento nesse sentido e nós, no final do ano passado, procuramos a OPAS Brasil, um escritório na representação regional da OPAS no Brasil, para que pudéssemos estabelecer uma parceria, e desenvolvêssemos conjuntamente, e estamos já nesse processo de desenvolvermos conjuntamente uma metodologia para estimativa de população... a gente chama de população variável. [...] E15

A OPAS é uma organização de saúde fundada em 1902 que trabalha com países do continente Americano para promover saúde e qualidade de vida e:

comprometida em conseguir que cada pessoa tenha acesso à atenção de saúde da qual precisa, com qualidade, sem ter que passar por dificuldades financeiras. Em seu trabalho, promove e apoia o direito de todas e todos à saúde [grifo nosso] (OPAS) ([s.d])³⁵.

Os Termos de Cooperação Técnica são instrumentos que definem resultados, indicadores e ações para fortalecer e aprimorar o SUS e assim consolidar as cooperações Sul-Sul. Entre os 104 termos da OPAS, identificaram-se três de foco internacional: Cooperação Internacional de Saúde, com vigência entre 31/3/2006 e 30/12/2015; Fortalecimento Institucional da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde, com vigência de 19/5/2009 a 18/05/2014.; e Fortalecimento da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA) em parceria com outros países e atores internacionais na temática de saúde, bem como em consonância com as estratégias nacionais de saúde e as prioridades da política externa brasileira, com vigência prevista entre 5/9/2018 e 5/9/2023 (OPAS, [s.d.]).

A AISA foi criada em 1998 e atua na condução dos termos internacionais do Ministério da Saúde. Nasceu da intensificação da globalização e do reconhecimento da importância da saúde para os interesses do Estado no cenário internacional. Sua prioridade consiste nas relações com países da América do Sul, entretanto enfrenta mais dificuldades em

35

Website institucional da OPAS Brasil. Retirado de: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672>. Acesso: 10 de maio 2019.

regiões de fronteira, pela complexidade das diferenças entre os sistemas de saúde, regimes normativos distintos, coordenação com estados e municípios e carências logísticas. Os desafios que a AISA enfrenta são relacionadas: à configuração internacional que entrelaça a saúde com a economia; à necessidade de coordenar diversos atores nacionais e não nacionais e; ao cenário político com descontinuidade das políticas vinculadas às mudanças ministeriais (FREDERICO, 2018).

Uma estratégia apontada por E8 versa sobre o empoderamento do paciente como forma de possibilitar o conhecimento sobre seus direitos:

[...] Mas existe, nesse intermeio, um desconhecimento sofrível dos pacientes, que não sabem de si, não sabem dos seus direitos, não sabem os fluxos, e uma coisa que eu considero muito séria: eles ainda não perceberam que eles têm que assumir o pertencimento do seu tratamento, eles têm que ter pertencimento, domínio daquilo que sugere ser aplicado ou realizado neles. Existe ainda uma imaturidade aí, acho que tem que melhorar, que seria o empoderamento do paciente sobre o seu atendimento [...] E8

A educação também é tida como um direito fundamental e possibilita o empoderamento do indivíduo e da comunidade a partir da possibilidade de participação na fiscalização de políticas públicas em saúde, e está intimamente relacionada à capacidade de demonstrar interesses e reivindicar direitos. A maioria dos estudos sobre a temática versa sobre o cuidado com sua própria condição de saúde por meio do autocuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; BURGOS et al., 2018; GAIO; ROCHA; SOUSA, 2019).

A partir da construção do SUS, a participação social passou a ter espaços para atuar no planejamento, formulação de estratégias, fiscalização e na gestão administrativa e financeira do SUS por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), instituída em 2006 e revisada em 2014 (MIRANDA; ROCHA, 2018). A PNPS prevê ampla participação social para promoção da saúde com articulação das RAS e das demais redes de proteção social (BRASIL, 2014b). Nesse contexto, oportuno destacar o empoderamento mencionado nos artigos 4º e 7º da Portaria nº 2.446 de 2014:

Art. 4º A PNPS adota como princípios [...] IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais;

Art. 5º São diretrizes da PNPS [...] V - estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde;

Art. 7º São objetivos específicos da PNPS [...] VII - promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida [grifo nosso] (BRASIL, 2014b).

O conceito de empoderamento surgiu nos anos 1970 em decorrência dos movimentos negros e feministas pelos direitos civis nos Estados Unidos. O termo abrange transformação da realidade por meio do diálogo para resolução dos conflitos entre os sujeitos e grupos com avanço na gestão do conhecimento (MIRANDA; ROCHA, 2018).

A fala do indivíduo E8 explicita que os pacientes desconhecem seus direitos e fluxos. Para qualificar a participação social é necessário ampliar o conhecimento por meio da informação. No entanto, a sociedade mostra-se cada vez mais individualista e, ordenada pelo capitalismo, enfraquece a democracia na saúde (MELO; POSSA, 2016) e, de certa forma, gera processos de passividade na postura da população.

Para os mecanismos e estratégias adotados no enfrentamento em relação ao atendimento da população flutuante em Foz do Iguaçu, os entrevistados apontam que o recurso para bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar não é suficiente para cobrir as despesas, que demandam do município uma participação além do previsto pela legislação. Apontam ainda sobre a necessidade do olhar para o município com suas particularidades: ser uma fronteira trinacional, altamente turística e marcada por uma população flutuante que busca por serviços de saúde para atendimento de suas necessidades e problemas. Contudo, os informantes-chave parecem não considerar os turistas brasileiros como relevantes para a adversidade do atendimento da população flutuante. Cabe lembrar que, ao identificarem esses atendimentos, os turistas brasileiros não são contabilizados no per capita para repasses e reiterar que os recursos provenientes da MAC, por meio da Tabela SUS, não cobrem os gastos totais de uma internação hospitalar, embora tenham o atendimento garantido pelo SUS.

O mapeamento para o atendimento da população parece ser uma estratégia importante a aperfeiçoada, com mecanismos para adequada identificação do usuário, nacionalidade e local de residência, além das informações de morbidade já existentes. A integração em saúde surgiu como forte estratégia entre os entrevistados, mesmo com as dificuldades para sua concretização, com a necessidade de envolvimento de órgãos como GT Itaipu-Saúde, Mercosul, OPAS e participação da sociedade.

8 Considerações finais

No cotidiano das regiões de fronteira, especialmente em cidades gêmeas, o questionamento sobre a cidadania limitada ao país de origem é uma realidade observada em diversos estudos. A cidadania está ligada à fruição dos direitos sociais, incluindo o direito à saúde e o principal discurso para a defesa do limite é no que tange ao aspecto financeiro (GUIMARÃES, GIOVANELLA, 2005; AUGUSTINI, NOGUEIRA, 2010; NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018).

O financiamento é essencial para a organização dos sistemas de saúde, consequentemente relacionado ao direito à saúde (CARRILLO ROA, 2016). Assim como os demais direitos sociais, o direito à saúde é sustentado pelos recursos financeiros e o Estado tem a responsabilidade planejar e repassar os recursos suficientes para efetivação dos direitos (RUMBOLD et al., 2017).

Dessa forma, o direito à saúde foi a escolha para sustentar a presente pesquisa, pois é a premissa do direito fundamental à vida, como prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos. As políticas de financiamento, por sua vez, vieram da necessidade de contextualizar e justificar a injustificável restrição do direito à saúde.

No Brasil, o direito à saúde é garantido a todos os cidadãos como dever do Estado pela Constituição Federal de 1988, inspirado na igualdade e na democracia. A democracia, como um valor construído no país, prevê propostas mais inclusivas, baseadas nos direitos humanos e protagonismo dos atores envolvidos.

No entanto, os valores que se fazem presentes na sociedade brasileira da atualidade permeiam o individualismo, a rejeição para a diferenciação e o conservadorismo que materializam uma penosa constatação: sinais de exclusão. A fala do E14 descreve sua visão do momento atual: “o mundo parece que está querendo erguer muro [...]”. A doutrina neoliberalista, a perspectiva do Estado mínimo e a opção político ideológica de vários países, incluindo o Brasil, incentivam essa postura e a cobertura universal de saúde, bem como o modelo hospitalocêntrico, patrocinado por organismos internacionais e que fragilizam o direito à saúde universal do SUS. Diferentemente, o Sistema Universal visa a assegurar o acesso aos serviços de saúde sem discriminação, valorizando a vida e a construção da cidadania plena.

Os conflitos e contradições também mostraram-se presentes nesta pesquisa por meio dos discursos sobre inclusão ou exclusão principalmente dos estrangeiros ao acesso a serviços de saúde. Os brasiguaios foram vistos pela maioria dos entrevistados como pessoas com direito aos serviços do SUS, porém ressaltaram a falta de financiamento para o atendimento desse grupo.

Analisar o financiamento no atendimento à população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais da tríplice fronteira em relação às dificuldades e às possibilidades, segundo os gestores locais em Foz do Iguaçu, foi um processo relevante diante da complexidade do cenário. Adicionalmente, identificar a origem do paciente não residente da 9ª Regional de Saúde e a morbidade a partir da admissão na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro e o valor total das AIH dessa população são elementos que podem contribuir para traçar estratégias de organização do sistema local.

Todo o percurso para concepção da presente investigação foi um desafio. O olhar para o objeto de pesquisa, a influência da vida pessoal, o cenário atual e, especialmente a leitura de tantos pesquisadores, contribuíram para a formulação de algumas considerações:

- o cenário de Foz do Iguaçu inclui processos histórico-culturais, sociais, econômicos e quantidade volumosa de pessoas que transitam pelo município. Esses aspectos se somam à influência da existência e trânsito permanente entre as fronteiras com Argentina e Paraguai, situação fortalecida pelo turismo, e que leva à necessidade de revisão da destinação de recursos financeiros para a garantia do direito à saúde na região;

- a diferença entre os sistemas de saúde entre os países que compõem a tríplice fronteira é apontada como principal motivo para a procura por atendimento à saúde nos serviços de saúde brasileiros. Mesmo que na Constituição Federal brasileira e paraguaia garantam a universalidade da proteção à saúde, esse processo parece não acontecer no Paraguai. Assim como no Paraguai, a Argentina tem forte relação do vínculo empregatício da população para o acesso a serviços de saúde públicos, desse maneira que a universalidade do direito à saúde, portanto, é regulada em ambos os países;

- no Brasil, o direito à saúde para o turista brasileiro não leva esse grupo a enfrentar dificuldades no acesso. No entanto, parece que não são convergentes o Artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) que garante a saúde a todos como dever do Estado e a Lei da Migração (BRASIL, 2017b). A referida lei define que, para os estrangeiros e para os brasileiros residentes do outro lado da fronteira, incluindo os brasiguaios, o direito ao acesso aos serviços públicos de saúde deve ser autorizado pelo sistema de saúde local, excluindo os casos de urgência e emergência, que caracterizam omissão de socorro. Assim, essa população moradora na região da tríplice fronteira parece que, além de acessar a Rede de Urgência e Emergência como porta de entrada para os serviços de saúde, se utilizam de táticas e estratégias para adquirirem o Cartão SUS e, dessa forma, garantirem o exercício do direito à saúde;

- existem vários olhares sobre o direito à saúde em regiões de fronteira, causando dilemas éticos e políticos. Exemplo particular na região são os estudantes da UNILA. No estudo de Silva e Neri (2017), os estudantes da universidade não conheciam seus direitos relacionados à saúde e alguns tiveram atendimento negado nos serviços de saúde do SUS, assim como citado pelos entrevistados da presente pesquisa, muito embora a Lei de Migração lhes confira esse direito. Dentre outras situações mencionadas pelos entrevistados, destaca-se a eventual diferença no atendimento do estrangeiro pelos profissionais da saúde, principalmente pela percepção sobre a possibilidade de deixarem de atender um brasileiro e da fragilidade da Atenção Básica no município, que ficou evidenciada pelos dados de internação de CSAP coletados no SIH/DATASUS, no período de 2008 a 2018, sinalizando necessidade de estudos relacionados específicos a essa temática;

- segundo os relatos dos informantes-chave, os estrangeiros e brasileiros residentes do outro lado da fronteira, quando acessam os serviços de saúde pela Rede de Urgência e Emergência e precisam de internação, a integralidade da atenção à saúde parece ser preservada, apesar da inexistência de fluxos de atendimento. Contudo, tais informações indicam que investigações sobre a integralidade da atenção da população flutuante em regiões de fronteira merecem ser realizadas;

- o financiamento para o atendimento da população flutuante é pontuado como a principal dificuldade para garantia do direito à saúde em Foz do Iguaçu pelos entrevistados, assim como em outros estudos (GUIMARÃES, GIOVANELLA, 2005; AUGUSTINI, NOGUEIRA, 2010; NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018). Entretanto, os entrevistados também indicaram que as AIH não cobrem os custos das internações hospitalares, os problemas de gestão que o município enfrentou recentemente, o déficit de profissionais para o atendimento da população local, a carência de leitos hospitalares no município e dificuldade de habilitação de leitos de UTI. Tais relatos indicam para a possibilidade do subfinanciamento do SUS no município e a fragilidade do sistema de saúde para garantir o direito à saúde para a população geral do município. Adicionalmente, nos processos de descentralização ocorre transferência de responsabilidades pela prestação de serviços, todavia aparentemente não acompanhada pela descentralização de recursos financeiros, sobrecarregando, dessa maneira, o município.

A hipótese inicial na construção do projeto de pesquisa não se confirmou quando supôs que o Paraguai fosse a principal origem da população flutuante atendida na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira, no âmbito brasileiro. Fato esse que pode ser justificado, no entanto, pela omissão do país de origem no momento do atendimento,

pela falta de registros locais ou pela possibilidade dos brasileiros não residentes nos municípios da 9ª Regional de Saúde realmente representarem o maior grupo da população flutuante atendida em hospitais locais. Contudo, confirmou-se a hipótese de que os gestores municipais possuem propostas significantes para atuar nas políticas públicas no atendimento à população flutuante em situação de urgência e emergência.

Entre os mecanismos para enfrentamento do atendimento da população flutuante em Foz do Iguaçu, os entrevistados indicaram que as transferências de recursos do FNS para o FMS não consideram a população flutuante e as particularidades da região que, além de ser fronteira com dois outros países, é uma das principais cidades turísticas do Brasil. Ainda declararam que: o financiamento para a MAC não cobre os custos de internação hospitalar; a porcentagem de recursos próprios para saúde é acima da determinada pela legislação; o estado do Paraná reconhece a demanda e repassa um recurso extra pelo Programa Saúde do Viajante, porém que não há suporte financeiro proveniente do Governo Federal.

Quando confrontadas as falas dos entrevistados com dados do SIOPS, verificou-se que a Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar representam o bloco que mais utilizou recursos, mesmo depois da unificação dos blocos de financiamento em 2018, situação não diferente de outros municípios brasileiros. Em Foz do Iguaçu, entre 2008 a 2018, a média dos recursos próprios em saúde foi de 28,08%, acompanhando o processo de descentralização com diminuição do financiamento federal para a saúde.

Diante das considerações, o confronto das falas dos entrevistados com a literatura e a perspectiva teórica construída no desenvolvimento da investigação, apontaram à pesquisadora a ciência de que o assunto não se findou. Certamente, a aproximação com o objeto e a forma de interlocução com o mesmo, mediadas por técnicas diversas de pesquisa e sujeitos da ação no município, contribuíram para o crescimento da pesquisadora, tendo em vista que o estudo permitiu a ampliação acerca da compreensão da temática, a possibilidade de análise de diferentes aspectos e dimensões, bem como a utilização de algumas estratégias puderam ser usadas a elaborar:

- identificação da necessidade de formulação de políticas públicas que considerem a saúde internacional de fronteira, promovendo integração na região, considerando a possibilidade de um distrito sanitário único, buscando promover acordos bilaterais ou mesmo trilaterais de saúde. O GT Itaipu-Saúde, Mercosul e OPAS foram apontados como possibilidade para articular e promover essa integração;

- configuração da estratégia de mapeamento dos atendimentos da população flutuante. Sugere-se a necessidade do aprimoramento do Sistema de Informação nos níveis federal,

estadual e municipal, evidenciada pela dificuldade da coleta de dados tanto nos dados públicos do DATASUS como nos dados primários das duas instituições pesquisadas para a identificação da nacionalidade como para o município de residência. A recomendação é para que o Sistema de Informação seja compatível para região de fronteira e que permita a regulação em saúde, a referência e contrarreferência, de maneira a promover a identificação do atendimento com a integralidade da atenção em saúde;

- organização o fluxo e de protocolos efetivos para o atendimento da população flutuante. A determinação do fluxo pode colaborar para promover a integração na região, como a segurança do usuário, a integralidade da assistência e o direito à saúde da população excluída;

- vislumbre da educação em saúde como uma possibilidade do empoderamento dos cidadãos, tanto no campo individual, como no coletivo, para permitir escolhas, autonomia e defesa dos direitos sociais.

Os achados – mesmo com limitações apontadas na introdução desta pesquisa, principalmente relacionados à fragilidade dos dados quantitativos – oferecem elementos conceituais e operacionais que possibilitam o aprimoramento da organização do financiamento no município de Foz do Iguaçu para melhor atendimento da população flutuante dessa região e de outras regiões fronteiriças do país.

Legitimar o atendimento da população flutuante, em especial do estrangeiro e dos brasileiros moradores em países que fazem fronteira com o Brasil, é reconhecer um atendimento que já existe. Portanto, planejar o sistema de saúde local considerando as particularidades e necessidades de saúde mostra-se essencial para orientar a formulação de políticas públicas que garantam o direito à saúde universal para a população residente dessa região.

Referências

ABELDANO, R. A.; GONZALEZ, L. M. Cobertura de seguro de salud en Argentina entre los años 2001 y 2014: lectura de los avances y cuestiones pendientes. **Revista Latinoamericana de Desarrollo Economico**, La Paz , n. 26, p. 99-114, nov. 2016.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, e00182117, 2018.

ALBUQUERQUE, J. L. C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s)**, Madrid, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.

ALBUQUERQUE, J. L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **Revista Tomo**, Cristóvão, v. 26, p. 97-122, 2015.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 118-137, 2017.

ALDAO, M.; CLÉRICO, L.; DE FAZIO, F. La protección del derecho constitucional a la salud en Argentina. **Gaceta Laboral**, Maracaibo, v. 21, n. 3, p. 239-275, 2015.

ALMEIDA, C. M. et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, 2010.

ALUM, J. N. M.; DE BEJARANO, M. S. C. Sistema de salud de Paraguay. **Revista Salud Pública del Paraguay**, Assunción, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2011.

ANDRADE, P. A.; CARVALHO, D. B. B. Cooperação internacional para o desenvolvimento científico e tecnológico: um caminho para equidade em saúde. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 49-67, 2015.

ANDRADE, M. V. et al. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). **PloSone**, California, v. 13, n. 8, p. e0201723, 2018.

ANDRÉ, C.; BATIFOULIER, P.; JANSEN-FERREIRA, M. Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification. **International Social Security Review**, v. 69, n. 1, p. 3-23, 2016.

ANDREAZZI, M. F. S. et al. A luta pela universalidade da saúde. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, p. 75-84, 2017. Número especial.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017.

ATUN, R. et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **The Lancet**, London, v. 385, n. 9974, p. 1230-1247, 2015.

AUGUSTINI, J.; NOGUEIRA, V. M. R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira MERCOSUL. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 222-243, 2010.

AZEVEDO, S. T.; SOUZA, E. B. C. O tranfronteiriço e o atendimento público de saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Perspectiva geográfica**, Marechal Cândido Rondon, v. 7, n. 8, 2012.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, e00067218, 2018.

BARBOSA, E. C. 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-102, 2013.

BARBOSA D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARBOSA, M. L. et al. Assistência à saúde prestada pelo SUS: a experiência de estudantes estrangeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160092, 2016.

BARBOSA, T. C.; RAKSA, V. P.; RIBEIRO, A. L. U. Necessidade de leitos hospitalares para o SUS no estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 27-34, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, F. P. C. et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271, 2016.

BARROS, F. P. C.; DELDUQUE, M. C.; SANTOS, A. O. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v. 15, p. 51-55, 2016. Suplemento 1.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

BARROS, M. E. D. B.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA S. F.; ROSA, A.C. (Orgs.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. p. 101-138.

BELL, D. et al. Transnational healthcare, cross-border perspectives. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 124, p. 284-289, 2015.

BELLÓ, M.; BECERRIL-MONTEKIO, V. M. Sistema de salud de Argentina. **Salud Publica de Mexico**, Cancun, v. 53, p. 96-109, 2011. Suplemento 2.

BONTEMPO, C. G. C.; NOGUEIRA, V. M. R.; GIMENEZ, R. P. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 908-919, 2014.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRANCO, M. L.; TORRONTÉGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 932-945, 2013.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 90, de 29 de novembro de 1971. Aprova o Acordo Sanitário entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai, firmado em Assunção, a 16 de julho de 1971. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 nov. 1971. Seção 2, p. 9737.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. 168 p.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990; 19 set.

BRASIL. Representação da UNESCO. **Declaração universal dos direitos humanos**. 1998.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000). Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14, set, 2000.

BRASIL. **Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: SIS-Fronteiras e a Integração em Busca da Equidade**. Brasília: Secretaria Executiva/Secretaria de Atenção à Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Proposta de Reestruturação do Programa da Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Processo nº. 25000.137111/2006-03**. Solicita subsídios para defesa da união no processo nº 200670020071089 que requer o fornecimento de medicamentos para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela saúde**. 2006b. Disponível em: <<http://tinyurl.com/yapna4bc>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Portaria nº 160, de 23 de janeiro de 2007. Homologa a Fase I do SIS FRONTEIRAS, que compreende o Diagnóstico Local e o Plano Operacional do Município de Foz do Iguaçu (PR). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 2007a.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2007b.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código civil brasileiro e legislação correlata. – 2. ed. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. **Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1559, de 01 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008c.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Programa de Desenvolvimento de Faixa de Fronteira**. Brasília, Ministério da Integração Nacional, 2009.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.299, de 29 de setembro de 2011. Altera as Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, para permitir, excepcionalmente, a definição do cálculo e aplicação dos recursos do Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo para fins de execução das ações relativas ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e respectivos componentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 set. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 5.

BRASIL. Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014a. Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 abr. 2014. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014b. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2014. Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde**: CNES. Ficha de estabelecimento. 2015a. Disponível em: <<http://tinyurl.com/ydbfsso8>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**, Sistema de informações hospitalares do SUS. 2015b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=05>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 out. 2015c. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Resolução nº 2, de 21 de junho de 2016. Aprovar os valores de áreas territoriais do Brasil, Estados e Municípios, constantes para consulta ou download no endereço abaixo, a partir do próximo dia 30 de junho: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm, segundo o quadro territorial vigente em 01/07/2015, data de referência das Estimativas Populacionais 2015, processada em 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 2016. Seção 1, p. 87.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017a.

BRASIL. Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 maio. 2017b.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2017c.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde** – CNES Ficha de Estabelecimento. 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 27 de março de 2019.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 30 set. 2016.

BURGOS, M. et al. As associações de pacientes como promotoras de cuidados focados nas pessoas da América Latina. 2018. Disponível em: <[https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/White%20Paper_REFASAL_FINAL_Portuguese_18APR2018%20\(1\)\(1\).pdf](https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/White%20Paper_REFASAL_FINAL_Portuguese_18APR2018%20(1)(1).pdf)>. Acesso em: 27 maio 2019.

BUSS, P. M. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1881-1890, 2018.

CABALLERO, E. G.; RODRÍGUEZ, J. C; PERALTA, N. Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. **Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, Assunción, v. 14, n. 3, p. 44-51, 2016.

CAMPOS, C. J. G. et al. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, 2004.

CAMPOS, R. B. et al. Controle da tuberculose em município fronteiriço: análise da capacidade institucional dos serviços de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, e53251, 2018.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007.

CARDIN, E. G. Os trabalhadores das vias públicas de Ciudad del Este: considerações preliminares sobre os mesiteros e suas associações. **Revista História em Reflexão**, Dourados, v. 4, n. 7, p. 1-17, 2010.

CARNEIRO, C. P. F.; DE OLIVEIRA, B. L. Brasil e Mercosul: Iniciativas de Cooperação Fronteiriça. **Acta Geográfica**, Boa Vista, p. 203-219, 2014. Número especial.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CARRILLO ROA, A. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; CARRILLO, ROA A. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2016. p. 75-100.

CARRILLO ROA A.; CANTÓN, G. A.; FERREIRA, M. R. J. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; CARRILLO, ROA A. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2016. p. 37-74.

- CARVALHO, A. L. B.; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 23-33, 2016.
- CARVALHO, E. A. **100 anos de Foz do Iguaçu**: a importância da cidade para o Mercosul. **Orbis Latina**, Paraná, v. 5, n. 1, p. 126-141, 2016.
- CASANOVA, A. O. et al. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3163-3177, 2018.
- CASSIANI, S. H. B. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e a contribuição das Redes Internacionais de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 891-892, 2014.
- CAZOLA, L. H. O. et al. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 3, p. 185-190, 2011.
- CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00056917, 2018.
- CETRÁNGOLO, O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. **Revista de Economía Política de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 8, n. 13, p. 38-42, 2014.
- CIRINO, S. et al. Modelo não linear de localização de instalações de serviços de saúde com indicador de acessibilidade incorporado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00185615, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009
- CONTE, C. H. Foz do Iguaçu na rede de cidades: compreendendo sua importância através dos serviços de saúde. **Geoingá: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 39-57, 2013a.
- _____. Do milagre econômico à construção de Itaipu: configurando a cidade de Foz do Iguaçu/PR. **Revista Economia e Desenvolvimento**, v. 12, n. 2, p. 166-192, 2013b.
- _____. A aglomeração urbana de fronteira de Foz do Iguaçu/PR, Ciudad del Este/PY e Puerto Iguazú/AR e suas dinâmicas. **Revista Espaço e Geografia**, Brasília, v. 21, n. 1, 2019.
- CORAZZA, G. A Unila e a integração latino-americana. **Boletim de Economia e Política Internacional**, Brasília, p. 1-12, 2010.
- COSTA, P. G. et al. Domínio de idiomas estrangeiros por enfermeiros que atuam em serviços de emergência e unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 2, p. 1643-1649, 2015.

- COSTA, C. A.; ALVES, B. R. Bioética e o princípio da justiça: reflexões a partir do acesso dos usuários às políticas de Saúde. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [s.l.], 2018.
- DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.
- D'ANDREA, G. et al. Direito à saúde: uma proposta de conceito para a operacionalização de pesquisas qualitativas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 1, p. 57-74, 2017.
- D'ÁVILA, L. S.; SALIBA, G. R. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 15-38, 2017.
- DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 14ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **The Lancet**, London, v. 388, n. 10047, p. 867-868, 2016.
- DUARTE, L. S.; MENDES, Á. N. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza v. 31, n. 4, p. 1-12, 2018.
- DULLAK, R. et al. Atención primaria en salud en Paraguay: Panorámica y perspectiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2865-2875, 2011.
- FAGUNDES, H. S. et al. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2018.
- FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R.; KREUTZ, I. T. Políticas de saúde no Mercosul: relevância e funcionalidade da dimensão jurídico-norativa. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 150-165, 2018.
- FALAVINA, L. P. et al. Hospitalização durante a gravidez segundo financiamento do parto: um estudo de base populacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03317, 2018.
- FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1137-1150, 2015.
- FERREIRA, J. R. et al. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 267-276, 2016.
- FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.
- FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, v. 23, N. 2, p. 366-375, 2014.
- FOUCAULT, M. A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal. 1989.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol**, São Paulo, v. 18, p. 167-194, 2010.

FOZ DO IGUAÇU (Prefeitura). **Saúde**. 2015a. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

_____. Alterações do Apêndice I da instrução normativa N° 003/2015. Dispõe sobre emissão do Cartão Nacional de Saúde. **Diário Oficial do Município**, Foz do Iguaçu, R, 01 set. 2015b. Ano XIX, ed. 2.612. p. 2.

_____. **Governo do Paraná assina termo de cooperação técnica e financeira com município de Foz do Iguaçu**. 27 dez. 2016a. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=40658>>. Acesso em: 18 maio 2017.

_____. Decreto municipal nº 24.814, de 2 de setembro de 2016. Dispõe sobre a Intervenção Municipal na Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu na modalidade de Requisição Administrativa de Bens, Empregados e Serviços do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, pelo prazo de 6 (seis) meses, para fins de garantia à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Foz do Iguaçu, R, 02 set. 2016b. Ano XIX, ed. 2.879. p. 2.

_____. **Prefeitura implanta novo sistema de atendimento na saúde**. 16 jun. 2018. Disponível em: <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=42234>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

_____. **Saúde**. 2019. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

FRANÇA, T.; PADILLA, B. Cooperação Sul-Sul, uma via alternativa? Um caso exploratório entre Brasil e Argentina. **Fórum Sociológico**, n. 27, p. 61-71, 2015. Disponível em: <<https://sociologico.revues.org/1336>>. Acesso em: 1 maio 2017.

FREDERICO, F. R. A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde: temas e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Política Externa**. Brasília: 2018. p. 23.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, 2018

GAIO, A. V. A.; ROCHA, C.; SOUSA, F. M. Acesso aberto como ferramenta para o empoderamento do paciente. **Cadernos BAD**, Lisboa, n. 1, p. 350-360, 2019.

GIACOMELLI, G. S.; MARIN, S. R.; FEISTEL, P. R. From traditional welfare economics to the Capabilities Approach and the relevance of equity in health to human development. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 89-115, 2017.

GIOVANELLA, L. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S251-S266, 2007. Suplemento.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. São Paulo: FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, 2015.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GOLDWASSER, R. S. et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1-19, 2016

GOLDWASSER, R. S. et al. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 347-357, 2018.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2017.

GONÇALVES JÚNIOR, A. G.; OLIVEIRA, C. B. As políticas públicas e a modernização do conceito de cidadania como meios efetivadores dos direitos sociais e combate a exclusão. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 12., 2015, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2015.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016.

GORCZEWSKI, C.; MARTÍN, N. B. **A necessária revisão do conceito de cidadania: movimentos sociais e novos protagonistas na esfera pública democrática**. Florianópolis: Edunisc, 2011.

GOSTIN, L. O. et al. The next WHO Director-General's highest priority: a Global Treaty on the Human Right to Health. **The Lancet Global Health**, London, v. 4, n. 12, p. e890-e892, 2016.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

GUERRA, M. R. et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, p. 102-115, 2017. Suplemento 1.

GUIMARÃES L.; GIOVANELLA L. Processo de integração regional no Mercosul e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., 2005, Santiago. **Anais...** Santiago: Consad, 2005. p. 78-82.

GURGEL J. R.; GARIBALDI, D. et al. The National Health Services of Brazil and Northern Europe: Universality, Equity, and Integrality—Time Has Come for the Latter. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 47, n. 4, p. 690-702, 2017.

HELBUSTO, N. B. et al. Cidades turísticas litorâneas: a economia vai bem, mas e a saúde? **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 22, n. 40, p. 425, 2017.

HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTE. **Institucional**. 2017. Disponível em: <<http://www.hmcc.com.br/institucional.php>>. Acesso em: 17 maio 2017.

HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK. **Institucional**. Disponível em: <<https://www.hmpgl.com.br/newsite/index.php>>. Acesso em 26 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente**. Diário Oficial da União, Brasília, 28 ago. 2014.

_____. **Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015

_____. Desemprego sobe para 12,4% e população subutilizada é a maior desde 2012. **Notícias e Releases**. 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24110-desemprego-sobe-para-12-4-e-populacao-subutilizada-e-a-maior-desde-2012>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33855:td-2399-federalismo-integralidade-e-autonomia-no-sus-desvinculacao-da-aplicacao-de-recursos-federais-e-os-desafiosnda-coordenacao&catid=411:2018&directory=1>. Acesso em: 20 maio 2019.

JINKINGS, I. O golpe que tem vergonha de ser chamado de golpe. In: JINKINGS I, DORIA K, CLETO M. **Por que gritamos golpe?**: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 12-15.

KLEINSCHMITT, S. C.; AZEVEDO, P. R.; CARDIN, E. G. A tríplice fronteira internacional entre Brasil, Paraguai e Argentina: contexto histórico, econômico e social de um espaço conhecido pela violência e pelas práticas ilegais. **Perspectiva Geográfica**, Marechal Cândido Rondon, v. 8, n. 9, 2013.

KOERICH, C. et al. Financiamento em Saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-15, 2016.

- KUBOTA, L. C.; LEAL, R. M. **Radiografia das transferências federais para municípios por meio do bloco de Gestão do Fundo Nacional de Saúde (2013-2016)**. Texto para Discussão. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32636>. Acesso em: 18 maio 2019.
- LARA, L.; GUARESCHI, N. M. F.; BERNARDES, A. G. Reforma sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 360-368, 2016.
- LAURELL, A. E. C. Competing health policies: insurance against universal public systems. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2668, 2016.
- LIAROPOULOS, L.; GORANITIS, I. Health care financing and the sustainability of health systems. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 14, n. 1, p. 80, 2015.
- LIMA, J. C. F. et al. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13400>>. Acesso em 16 abr. 2019.
- LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2015. p. 233-253.
- LOBATO, L. V. C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, 2016.
- LYNCH, J. F.; PERERA, I. M. Framing health equity: US health disparities in comparative perspective. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 42, n. 5, p. 803-839, 2017.
- MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, 2018.
- MACIEL, S. M. et al. O Fundo Público e o Financiamento da Política de Saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 97-120, 2017.
- MAFFISSONI, A. L.; VENDRUSCOLO, C.; METELSKI, F. K. Redes de Atenção à Saúde: Movimentos do Ensino e Serviço Rumo à Efetivação do Modelo Assistencial. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 110-116, 2017.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Divulgação em saúde para o debate**, Londrina, v. 52, p. 15-37, 2014.

- MARANHÃO, A. G. K. et al. **Como morrem os brasileiros**: caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009. 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/12475>>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. In: **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. 2016. Disponível em: <<http://economia.saude.homolog.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=140>>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- MARTÍN, A.; CLÉRICO, L.; DE FAZIO, F. La protección del derecho constitucional a la salud en Argentina. **Gaceta Laboral**, Maracaibo, v. 21, n. 3, p. 239-275, 2015.
- MARTINI, S. R.; STURZA, J. M. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 25-41, 2017.
- MARZIALE, M. H. P. Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: contribuições da Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2667, 2016.
- MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, London, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MAZON, L. M. et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 38-51, 2018.
- MEDEIROS, R. S. Insuficiência de leitos de UTI: crise do capital e mercantilização da saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 229-240, 2018.
- MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.
- MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2136-2145, 2015.
- MELO, R. C.; POSSA, L. B. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 4, p. 393-408, 2016.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- _____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, 2014.

MENDES, A.; FUNCIA, F. O. SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 139-168.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Primary Health Care federal funding in the Unified Health System: old and new dilemmas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 224-243, 2018. Número especial.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

MIRANDA, S. S. et al. Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde: análise de um município de médio porte da região Nordeste. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 4, p. 14-21, 2017.

MIRANDA, F. S.; ROCHA, D. G. O uso do Facebook na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 232-243, 2018.

MOCHIZUKE, K. C. A garantia do atendimento à saúde do estrangeiro em solo brasileiro: um desafio. **Revista do Ministério Público do Trabalho do Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, v. 9, n. 4, p. 113-130, 2015.

MORAES, G. F. et al. Gestão em saúde na fronteira: revisão integrativa da imbricância para a assistência hospitalar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 867-874, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

MOTA, C. G. História de um silêncio: a guerra contra o Paraguai (1864-1870) 130 anos depois. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 243-254, 1995.

MOURA, A. B. O Estatuto da Cidadania do Mercosul: é possível uma cidadania regional? **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 135-153, 2018.

NASCIMENTO, V. A.; ANDRADE, S. M. O. As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 24, n. 50, p. 181-214, 2018.

NICKSON, R. A. El gobierno local en Paraguay: un análisis comparativo a través de diez elementos. **Investigación para el desarrollo**, Asunción, 2016.

NOCE, U. A.; CLARK, G. A Emenda Constitucional N° 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1216-1244, 2017.

NOGUEIRA, V. M. R.; DAL, P. K. R; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 227-236, 2007. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/11.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. Políticas de saúde nos países do MERCOSUL: um retorno à universalidade? **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 145-156, jan./jun. 2015.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS Fronteiras—perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2015.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. Direito à saúde, fronteiras nacionais e diretrizes políticas – atualizando o tema. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, out. 2016.

NOGUEIRA, V. D.; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A. Tendência da mortalidade por homicídio em Foz do Iguaçu e Paraná, 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, Itapetininga, v. 5, n. 2, p. 222-234, 2018.

NOGUEIRA, V. M. R. A dimensão social do MERCOSUL em espaços fronteiriços: assimetrias e convergências na atenção à saúde. **Revista MERCOSUR de Políticas Sociais**, [s.l.], v. 2, p. 60-73, 2018.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. Institucionalidades do sistema de proteção social em linhas de fronteira: experiência metodológica e resultados obtidos. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 21, n. 1, p. 263-288, 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Brasil: Organização Mundial da Saúde, 2010.

ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. **Resolución 70/1**. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. New York: ONU, 2015.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007. Suplemento.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. Vi. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja** [online], v. 6736, n. 11, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

PAIM, J. et al. **Saúde no Brasil**. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-60058, 2012.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? **Planejamento e políticas públicas**, n. 49, 2017.

_____. **O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS, 2018.

PARAGUAY. Lei nº 1.032, de 29 de dezembro de 1996. Crea el Sistema Nacional de Salud. **Mcal Estigarribia**, Assunción, 30 dez. 1996.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. **Deliberação Nº 204**. 2015a.

_____. **Deliberação Nº 221**. 2015b

_____. **Resolução Nº 104**. 2016.

_____. Resolução Nº 400. 2017

_____. **Regionais SESA 9ª Região**. 2018a. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2761>>. Acesso em: 1 maio 2018.

_____. Resolução Nº 946. 2018b

PARQUE TECNOLÓGICO ITAIPU. **Institucional**. 2019. Disponível em: <<https://www.pti.org.br/pt-br/gtsaude>>. Acesso em: 07 maio 2019

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016.

PEITER, P. et al. Fronteira e vulnerabilidade: o contexto das cidades gêmeas entre o Brasil e a Guiana Francesa. In: GEOSAÚDE, 9., Blumenau. **Anais...** Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019.

PESCUMA JUNIOR, A.; MENDES, A. N. O Fundo Nacional de Saúde e a prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 161-177, 2015.

PEREIRA, A. M. M. et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, 2012.

PEREIRA, F. H. L. C. S.; SOUZA L. M.; ALVERNE, T. C. F. M. Direito à saúde para o residente fronteiriço: desafio para a integralidade do SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, 2018.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. The effects of Constitutional Amendment 29 on the regional allocation of public funds for the National Health Service in Brazil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2016.

PINAFO, E. et al. O gestor do sus em município de pequeno porte: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço para Saúde**, Paraná, v. 17, n. 1, p. 130-137, 2016.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00133816, 2018.

PITTAS, T. M. O estado de cooperação em saúde: Brasil, Mercosul e Unasul. **Revista de Iniciação Científica em Relações Internacionais**, João Pessoa, v. 3, n. 6, p. 138-163, 2016.

PONTES, A. P. M. et al. As fragilidades do princípio de universalidade percebidas pelos usuários do SUS: uma questão de equidade. **Saber Digital**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 36-48, 2018.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, Barueri, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018.

PERON, V. D.; LISBOA, M. T. Cooperação Internacional e Política Públicas: a atuação do GT-Saúde na Tríplice Fronteira. 2017.

QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011.

- RAMOS, E. M. B.; DINIZ, I. M. O Direito à saúde e a ideia de proteção social na Constituição Federal de 1988: notas iniciais. **Revista Direito em Debate**, Ijuí, v. 26, n. 48, p. 159-184, 2017.
- RASANATHAN, K.; DIAZ, T. Research on health equity in the SDG era: the urgent need for greater focus on implementation. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 202, 2016.
- REIS, A. A. C. O que será do Brasil e do SUS? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-124, 2018.
- RIBEIRO, A. B. N. C. A.; SANTOS, H. A.; NASCIMENTO, I. R. T. Democracia e a necessidade de clareza das informações públicas como garantia de participação social ativa. In: CONGRESSO INTERINSTITUCIONAL UNISC/URCA, 1., 2017, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2017.
- RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016.
- ROCHA, G. G. et al. Análise temporal da mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito em Foz do Iguaçu, 2000-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 323-330, 2016.
- RODRIGUES, R.; ANDERSON, M. I. P. Saúde da família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 21-24, 2011.
- ROJAS, N. M.; ARMOA, P. G.; RAMÍREZ, R. Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud en el Paraguay. **Población y Desarrollo**, Assunción, v. 16, n. 28, p. 85-103, 2016.
- RUMBOLD, B. et al. Universal health coverage, priority setting, and the human right to health. **Lancet**, London, v. 390, n. 10095, p. 712-714, 2017.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.
- _____. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 438-446, 2015.
- SANTOS, N. R. SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 582-600, 2015.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, p. e00194815, 2016.

SANTOS, T. C. et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade—(PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 75-99.6

SANTOS, L. M.; GONÇALVES, M. A.; CHARLES, C. As despesas Municipais em Saúde Impactam as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)? Uma Análise em Municípios de Minas Gerais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 1, p. 62-75, 2016.

SANTOS, R. V.; BORGERT, A.; BORGERT, E. A. Relação entre os custos de um hospital universitário e o reembolso do Sistema Único de Saúde-SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS-ABC, 25., 2017, São Leopoldo. **Anais...** São Leopoldo: Associação Brasileira de Custos, 2017.

SANTOS, A. O.; BARROS, F. P. C.; SILVA, J. F. O futuro dos sistemas universais de saúde: o debate promovido pela gestão estadual do SUS. **Conselho Nacional De Secretários de Saúde—CONASS**, 2018.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S.. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SANTOS-MELO, G. Z.; ANDRADE, S. R.; RUOFF, A. B. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 102-107, 2018.

SATO, N. S. T. **A evolução da dimensão social da integração regional: o caso das normas do Mercosul-saúde**. 2014. 133 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SCHUSTER, H.A.; MULLER, S.H.; RODRIGUES JUNIOR, M. M. Avaliação da Eficiência do Atendimento no SUS por meio da Análise Envoltória de Dados: um Estudo nas Microrregiões do Estado do Paraná. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 10, n. 3, 2018.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Políticas de Austeridade e seus impactos na saúde. **Textos para Debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

SCHWARTZ, G.; FUGA, P. H. D. O acesso à saúde nas fronteiras do Mercosul: entre as normas e a realidade. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 42, n. 137, p. 343-364, 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1373-1380, set. 2013.

SILVA, M. G.; NERI, F. S. Atenção a saúde dos discentes estrangeiros nas universidades com vocação internacional—demandas, políticas e práticas e perspectivas para fruição e acesso do direito à saúde dos ingressantes não nacionais na UNILA e UNILAB. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 6., 2017, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: UNILA, 2017.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.

SILVA, J. A.; OLIVEIRA-NETO, A. F.; MARIANI, A. P. M. Reflexões Sobre o acesso à saúde na fronteira Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO). **Revista GeoPantanal**, Campo Grande, v. 12, p. 79-96, 2017.

SILVA, F. H. L. C. et al. Direito à saúde para o residente fronteiriço: desafio para a integralidade do SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, 2018.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, 2015.

SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE. **Manual de uso do sistema**. 2016.

SOARES, R. F. et al. Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 563-586, 2016.

SOBHANI, S. From privatization to health system strengthening: how different International Monetary Fund (IMF) and World Bank policies impact health in developing countries. **Journal of the Egyptian Public Health Association**, Cairo, v. 94, n. 1, p. 10, 2019.

SOUCHAUD, S. A visão do Paraguai no Brasil. **Contexto internacional**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 131-153, 2011.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

STEIN, A. T.; FERRI, C. P. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-4, 2017.

STEIN, A. C.; NETO, E. H.; DECHECHI, E. C. Reflexões sobre os impactos socioeconômicos do turismo no município de Foz do Iguaçu. **Revista Turismo: estudos e práticas**, Mossoró, v. 7, n. 2, 2018.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 3s, 2017. Suplemento 1.

TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. (Orgs.). **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 109-136.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 786-799, 2016.

TEIXEIRA, A. V. A equidade na Filosofia do Direito: apontamentos sobre sua origem aristotélica. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 11, n. 128, p. 88-92, 2012.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-21, 2018. Número especial.

TRINDADE, A. A. M. **Cooperação internacional em saúde no MERCOSUL: Argentina, Brasil e Uruguai**. 2015. 379 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 116-175.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.

XAVIER, J. F. L.; OLIVEIRA, G. B.. Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este: dinâmica econômica. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, Itapetininga, v. 5, n. 2, p. 298-321, 2018.

VERAS, T. C. S.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizations leading causes for maternal disorders. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 401-408, 2014.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIANA, A. L. D.; FONSECA, A. M. M.; SILVA, H. P. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017. Suplemento 2.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

VICENTINE, F. B. et al. Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 51, n. 1, p. 1-11, 2018.

VILLAVICENCIO, J. L. S. et al. Pactos, protocolos e o protagonismo dos atores políticos locais: impasses e condicionantes para o acesso aos bens e serviços de saúde na linha de fronteira do arco sul do Mercosul. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, Itapetininga, v. 5, n. 2, P. 200-210, 2018.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, n. 44, p. 203-220, 2016.

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, 2017.

APÊNDICE 1 – Roteiro Semiestruturado de Entrevista

Etapa 01

Identificação

Data da coleta: ____/____/____ Hora de início: ____:____ hora de término: ____:____

Idade: _____

Sexo: _____

Etapa 02

Formação e exercício profissional

Graduação: () Não () Sim, especificar qual _____

Tempo de formação na graduação: _____

Possui curso de pós graduação: Não () Sim, especificar qual _____

Cargo e instituição vinculada: _____

Como foi escolhido para esse cargo: _____

Qual a função?

Possui experiência anterior em **Gestão** na área da saúde: () Não () Sim, especificar o local: _____ e o tempo de experiência: _____

Experiência profissional anterior à atual: especificar a função: _____, o local: _____ e o tempo de experiência: _____

Etapa 03

Temas	Questões disparadoras
Reconhecimento da população flutuante como usuária do serviço de Urgência e Emergência: → Existência da busca → Quem são → Origem	- Existe a procura de atendimento da rede de Urgência e Emergência por pessoas que não são moradoras da 9ª Regional de Saúde? - A busca do serviço é frequente? - Quem são essas pessoas? - Conhece a nacionalidade? - Considera o turista como população relevante para ser contabilizada por esse atendimento?
Caracterização da população flutuantes e que busca atendimento na rede de urgência e emergência → morbidade → tipo de atendimento → principais procedimentos realizados	- O Sr (a) sabe quais são os principais motivos/problemas que essa população procura o serviço? - O Sr (a) sabe quais são as características clínicas da busca desse atendimento?
Caracterização do atendimento dessa população flutuantes → Registro de atendimento → Modo de atendimentos → Dificuldades para atendimento	- Como Sr (a) acredita que os serviços devem ser comportar diante do atendimento da população flutuante? - Existe diferença entre o atendimento entre turista brasileiro, estrangeiro e brasiguaios? Se sim, quais? Se não deveria existir?

<p>→ Necessidade de internação</p> <p>→ Recomendação institucional</p>	<p>- Existe registro ou controle desses atendimentos? Quais? Como?</p> <p>- Em sua vivência, como a equipe atende essa população?</p> <p>- Existem dificuldades para o serviço de saúde para atender essa população? Se sim, quais são as dificuldades?</p> <p>- Qual a recomendação institucional para o atendimento a essa população flutuante?</p> <p>- Sabe se esses atendimentos para essa população geram necessidade de internação?</p> <p>- Quais são os procedimentos nos casos de necessidade de internação?</p>
<p>Financiamento</p> <p>→ Conhecimento da legislação</p> <p>→ Acordos internacionais</p> <p>→ Adequação dos repasses</p>	<p>- Quais as formas de financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro?</p> <p>- O que Sr sabe sobre a legislação para atendimento da população estrangeira?</p> <p>- O que Sr sabe sobre legislação para atendimento da população brasileira?</p> <p>- O que Sr sabe sobre a legislação para atendimento do turista?</p> <p>- O que Sr sabe sobre acordo, legislação que colabora para adequar os recursos e repasses financeiros do Ministério da Saúde para atender essa população?</p>
<p>Percepção sobre o atendimento e apoio do Estado</p> <p>→ Equipe de saúde</p> <p>→ Modo de realização</p> <p>→ Colaboração do nível Estadual</p>	<p>- Quais são as estratégias que você conhece para o enfrentamento da situação do atendimento da população flutuante?</p> <p>- Na sua percepção qual o posicionamento do Estado para o atendimento dessa população?</p> <p>- Qual seria em sua opinião as ações específicas do nível estadual nesta situação?</p> <p>- Na sua opinião, quais ações poderiam colaborar para o enfrentamento da situação de atendimento da população flutuante?</p> <p>- Como percebe que a equipe de saúde atende essa população?</p> <p>- Na sua opinião como os serviços de saúde devem se comportar diante desse tipo de atendimento?</p>
<p>Espaço para livre expressão</p>	<p>- Você gostaria de complementar ou acrescentar alguma coisa que não tenha sido abordado?</p>

Obrigado por sua participação.

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro participante:

Eu, Priscilla Higashi, aluna de pós-graduação, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando um trabalho de pesquisa sob orientação da Profª Dra Silvana Martins Mishima, Professora Titular junto a EERP-USP. Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira – dificuldades e estratégias de superação”, cujo objetivo é analisar as dificuldades de financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira no âmbito brasileiro na visão dos gestores.

A sua participação consistirá na participação em uma entrevista, feita por esta pesquisadora e terá duração aproximada de 40 minutos. A entrevista será realizada em seu local de trabalho ou em outro de sua indicação e preferência, conforme sua disponibilidade e possibilidade, em data e horário previamente agendados.

Suas respostas para as perguntas formuladas irão colaborar para a reflexão e análise da situação de atendimento e financiamento da população flutuante em regiões de fronteira para os atendimentos de urgência e emergência.

Garantimos a confidencialidade das respostas e a preservação de sua identidade. Nenhuma entrevista será levada ao conhecimento de outras pessoas não envolvidas na pesquisa. As respostas de todos os sujeitos da pesquisa serão analisadas pelas pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) envolvidas nesta investigação.

A entrevista será gravada e suas respostas anotadas pelo entrevistador. Ao fim da entrevista, será perguntado se o senhor (a) consente com eventual publicação de todas as respostas fornecidas, com texto fiel ao respondido pelo senhor (a). A gravação da entrevista servirá apenas para análise da pesquisadora e não será em hipótese alguma divulgada. O texto da resposta, entretanto, será identificado preservando o sigilo de sua identidade, pois é da essência da pesquisa que o conteúdo da resposta seja atribuído a um profissional que atua na rede de urgência e emergência.

Os benefícios esperados no desenvolvimento desta pesquisa serão suas contribuições, a partir da vivência de trabalho de gestão do sistema ou de serviços de saúde, assim como na rede de urgência e emergência voltado ao atendimento da população flutuante do município que demanda a estes serviços, visando a identificação de dificuldades e facilidades, assim como de propostas e estratégias que poderão contribuir para a melhoria da qualidade da atenção.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como previsível. O desconforto previsto relaciona-se com o tempo despendido com a entrevista, e para minimiza-lo você será informado do tempo estimado do tempo antes do início, assim como poderá recusar-se a responder algum questionamento caso se sinta constrangido.

Assim, acreditamos ter tomado as providências para que você não sofra riscos, prejuízos e desconfortos. Caso você venha achar que sofreu qualquer dano decorrente da pesquisa, você terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma e faremos, caso necessário, uma interferência junto aos responsáveis pelos setores envolvidos no sentido de sensibilizá-los para a importância da sua participação enquanto sujeito da pesquisa para a produção de conhecimentos que possam contribuir para melhorar a qualidade da atenção prestada.

Informamos que você não pagará nem será remunerado por sua participação. Garanto, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas por mim e pelo grupo de pesquisa, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. No entanto, responder não vai lhe trazer nenhum benefício pessoal direto. Também não vai lhe causar nenhum prejuízo a não ser o tempo que gastar respondendo às perguntas, durante a entrevista. Caso ocorra algum prejuízo, será ressarcido pela pesquisadora, conforme o item IV.3, da Resolução CNS 466/2012.

Assim, garantimos o sigilo de sua identidade e a qualquer momento, antes da publicação do trabalho, podemos, atendendo ao pedido simples do senhor (a), deixar de publicar suas respostas, sem prejuízo algum, pois sua participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida. Para isso, deixo neste termo, meus contatos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP), que tem como finalidade proteger eticamente o participante da pesquisa. O CEP fica localizado na Av. Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre – Campus USP de Ribeirão Preto – SP, com tel (16) 3315-9197, com horário de atendimento de segunda a sexta, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas.

Caso aceite em participar, você precisa assinar este termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador. Certa que sua contribuição será de grande valia para o avanço do conhecimento científico para a Enfermagem, agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Priscilla Higashi
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em
Saúde Pública da EERP-USP - Pesquisadora
Telefones: (45) 30282147/998256644
priscillahigashi@yahoo.com

Declaração do(a) Participante

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) participante:

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na trílice fronteira - dificuldades e estratégias de superação.

Pesquisador: Priscilla Higashi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79812517.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.486.999

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE foi inserido o seguinte trecho:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como previsível. O desconforto previsto relaciona-se com o tempo despendido com a entrevista, e para minimiza-lo você será informado do tempo estimado do tempo antes do início, assim como poderá recusar-se a responder algum questionamento caso se sinta constrangido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- No TCLE foi inserido o seguinte parágrafo, garantindo a entrega de uma via assinada ao participante:
Caso aceite em participar, você precisa assinar este termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador. Certa que sua contribuição será de grande valia para o avanço do

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

CEP: 14.040-902

E-mail: cep@eerp.usp.br

Continuação do Parecer: 2.486.999

conhecimento científico para a Enfermagem, agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

- O TCLE foi adequado à Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Visto que todas as pendências foram adequadamente respondidas, o projeto encontra-se aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1027815.pdf	17/01/2018 15:24:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	17/01/2018 15:23:20	Priscilla Higashi	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	17/01/2018 10:21:25	Priscilla Higashi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/11/2017 17:50:43	Priscilla Higashi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_HMPGL2.pdf	09/11/2017 17:35:04	Priscilla Higashi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_HMPGL.pdf	09/11/2017 17:34:52	Priscilla Higashi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_HMCC.pdf	09/11/2017 17:34:25	Priscilla Higashi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_prefeitura.pdf	09/11/2017 17:31:41	Priscilla Higashi	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	09/11/2017 17:25:49	Priscilla Higashi	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@erp.usp.br

Continuação do Parecer: 2.486.999

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 06 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br