

O SUS é para todos!": Percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas

Camila Soares Teixeira

Enfermeira; Mestranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz – Amazônia).
E-mail: cst.enfg@gmail.com

Milene da Silva Morais das Neves

Fisioterapeuta; Docente da Universidade do Estado do Amazonas; Mestranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz – Amazônia).
E-mail: mileneneves@gmail.com

Ellen Roberta Lima Bessa

Cirurgiã-dentista; Mestranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz – Amazônia).
E-mail: ellenrlb@gmail.com

Júlio Cesar Schweickardt

Cientista Social; Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia); Doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Cirurgião-dentista; Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia); Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.

Resumo

Objetivo: analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca do direito à saúde e atuação do Sistema Universal de Saúde brasileiro (SUS) na região de tríplice fronteira do Amazonas.

Metodologia: estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no município de Tabatinga (Brasil, Amazonas) entre outubro de 2017 a fevereiro de 2018. Realizou-se entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais de saúde. A análise das produções discursivas foi baseada no método de análise de conteúdo fundamentado em Bardin.

Resultados: O direito a saúde na tríplice fronteira do Amazonas envolve questões complexas como dupla nacionalidade, processo de migração pendular e o fluxo entre distintos serviços de saúde. Este cenário torna desafiador a construção do perfil de usuários do SUS, assim como da garantia universal do direito à saúde.

Conclusões: A formulação de políticas públicas concretas, que envolvam os países nesta região, é fundamental para o fortalecimento das ações de saúde locais, assim como para o estímulo ao desenvolvimento sustentável e econômico.

Palavras-chave: áreas de fronteira; sistemas de saúde, saúde pública.

Abstract

Objective: To evaluate the health professionals' understandings about the right to health and the performance of the Brazilian Unified Health System (SUS) in Amazon three-way border area.

Method: descriptive survey, with a qualitative approach, conducted in the municipality of Tabatinga (Brazil, Amazon) from October 2017

until February 2018. Semi-structured interviews were carried out with ten health professionals. The content analysis are discussed according to Bardin's perspective. **Results:** The right to health in the Amazonian triple border involves complex issues such as dual nationality, commuting process and the flow between distinct health services. This scenario makes it challenging to build the SUS users profile, as well the indiscriminate guarantee

of the universal right to health. **Conclusion:** The formulation of concrete public policies, involving countries in this region, is fundamental for the strengthening of local health actions, as well as for encouraging the sustainable and economic development.

Keywords: Border Areas; Health systems; Public health.

Introdução

Aproximadamente 10 milhões de habitantes residem na região de faixa de fronteira brasileira, que foi estabelecida pela Lei nº 6.634/79 e está subdividida em 3 partes, sendo estas denominadas: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul. O Estado do Amazonas faz fronteira com 3 dos 10 países fronteiriços, com grandes extensões de fronteiras demarcadas por quilômetros de linhas convencionais ou por divisor de águas. Os adensamentos populacionais que são cortados por fronteiras são denominados cidades-gêmeas, os municípios de Tabatinga – Brasil e Leticia – Colômbia são cidades-gêmeas, que fazem fronteiras com o Distrito Populacional de Santa Rosa – Peru, formando assim a tríplice fronteira no Amazonas².

Na tríplice fronteira Amazônica, a proximidade com os países vizinhos, concentra diversos determinantes para problemas de saúde, como, por exemplo, elevada mobilidade populacional, ocupação desordenada do espaço, falta de acesso aos serviços de saúde e condição de vida precária, tornando assim uma região desafiadora para a implementação das políticas

públicas e cidadania³. Como afirmam Zaslavsky e Goulart⁴, as desigualdades socioeconômicas e nas ofertas dos serviços de saúde favorecem a Migração Pendular (MP). Essa se caracteriza pelo fluxo de cidadãos entre as cidades, prioritariamente em busca de educação, emprego e saúde. Especialmente, em regiões de fronteira, onde há oferta desigual de direitos sociais, esse movimento se intensifica e faz parte do cotidiano da população.

Esse fenômeno é observado na região Amazônica, cenário dessa pesquisa, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS), através de seus princípios garante atendimento universal a todos os cidadãos e estrangeiros em território brasileiro. Enquanto isso, os demais países fronteiriços da região, limitam o acesso aos serviços de saúde para aqueles que não contribuam ativamente ou financeiramente com o sistema de atenção.

Contudo, o planejamento e financiamento dos serviços ofertados pelo SUS são estabelecidos *per capita*, o que não favorece a dinâmica dos

serviços nas regiões de fronteira. Em 2010, Tabatinga possuía 52.272 habitantes, já Letícia no último censo disponível, em 2005, continha 32.450 habitantes, e Santa Rosa, 2.500 habitantes, estima-se que mais de 80 mil pessoas residam nessa região, e que um expressivo percentual utilize os serviços de saúde brasileiros⁵⁻⁷.

Dessa forma, busca-se compreender a complexidade em produzir cuidado e ofertar atenção à saúde na região Amazônica, para essa população vulnerável socialmente, que diversas vezes não encontra a garantia do direito à saúde em seu próprio país. Sendo assim, o estudo procura compreender que o SUS atua como dispositivo-ferramenta democrático, estendendo os princípios de universalidade e equidade para todos àqueles que necessitam. Ademais, garante que a integralidade, presente no cotidiano do serviço, não se limite a um compromisso laboral ou simplesmente a uma prestação de serviços, mas que seja efetiva para o coletivo⁸.

A partir disso, discutiremos acerca do direito à saúde e a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), na fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru no Amazonas, a luz da percepção dos profissionais de saúde brasileiros que atuam no cotidiano dos serviços.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso, de abordagem qualitativa e, de natureza descritiva-analítica,

sobre o entendimento do uso do SUS por estrangeiros e brasileiros na região de fronteira na Amazônia, desenvolvido no município de Tabatinga entre outubro de 2017 a fevereiro de 2018.

A abordagem qualitativa trabalha com representações, percepções e opiniões de indivíduos a respeito de como se sentem e vivem, relacionando-se com significados e atitudes que correspondem a um aprofundamento dos fenômenos e processos⁹. Já o estudo de caso auxilia na compreensão de um evento, dentro de seu contexto no cotidiano, atuando como importante ferramenta para a análise de políticas públicas de saúde, principalmente em cenários específicos¹⁰.

Participaram voluntariamente desta pesquisa uma amostra por conveniência composta por 10 profissionais de saúde que atuavam no SUS e que atuavam no município no período da coleta de dados e que concordaram com sua participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os entrevistados foram identificados com siglas e números de acordo com a função exercida profissionalmente, a fim de garantir o anonimato.

Realizou-se entrevistas semiestruturadas, individuais e em grupo focal, com roteiro elaborado previamente pelos pesquisadores, organizado em blocos com as seguintes temáticas: atenção à saúde em região de fronteira; o direito à saúde; a atuação do SUS em área de fronteira e sua relação com os demais

sistemas de saúde da região. A coleta de dados deu-se com a gravação das entrevistas, seguida das transcrições das mesmas de forma integral.

A Análise de Conteúdo (AC) fundamentou a análise dos dados coletados. Primeiramente realizou-se a leitura do *corpus*, com posterior categorização das unidades temáticas. Duas categorias de análise emergiram a partir da leitura inicial, são elas: O direito à saúde em área de fronteira e Vivências e desafios da atenção à saúde na tríplice fronteira do Amazonas. Posteriormente, o aplicou-se a AC, ressaltando que esta não se baseia na descrição do conteúdo, mas sim nos ensinamentos e representações que estes podem proporcionar aos pesquisadores¹¹.

Diante do exposto, justifica-se a escolha devido ao interesse em aprofundar-se nas vivências e percepções dos profissionais de saúde desse cenário, através da produção de inferências de entrevistas para sua conjuntura social de maneira objetiva.

O estudo está de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹² e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE: 20016613.7.0000.5020.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 10 profissionais de saúde, sendo 05 enfermeiras, 03 agentes comunitários de saúde e 02 farmacêuticos, todos atuavam na rede municipal de Tabatinga. A partir da

condução das entrevistas e dos relatos expressos pelos profissionais, emergiram duas categorias temáticas, que serão abordadas a seguir.

O direito à saúde em área de fronteira

Com relação ao direito à saúde em regiões de fronteira, os profissionais ressaltaram a universalidade e integralidade presentes no sistema de saúde brasileiro. As falas demonstram que no cotidiano de atendimento desses profissionais, não há distinção entre o cuidado ofertado aos brasileiros e aos estrangeiros.

A gente não encaminha, continua o tratamento aqui, o paciente tá aqui a gente continua aqui. (E1)

Então, eles têm livre acesso, tem grávidas que chegam aqui com nove meses de gestação e fala que vai começar o pré-natal aqui. (E1)

Primeira consulta não se nega, nós nunca negamos atendimento. (E3)

O bebê nasceu com um problema no coração, veio um avião pegar, sendo que não era brasileiro, mas depois que caiu aqui na UPA é paciente. Mandaram a criança pra Manaus, fizeram a cirurgia, já tudo, foi embora pra cidade dela, entendeu? (ACS3)

Apesar da influência neoliberal na construção dos sistemas de saúde dos países da América Latina, o Brasil não seguiu esse movimento e em 1988 instituiu o SUS, após uma reforma sanitária, que expressa em seus princípios norteadores a ampla influência da participação social¹³.

Destacou-se também nos relatos, que tanto os profissionais, como os usuários do SUS que são estrangeiros, reconhecem a legislação brasileira, e como o direito à saúde é assegurado constitucionalmente.

Mas da mesma forma que o brasileiro quando eles vêm sem estar na agenda, sem consulta agendada, eles também são atendidos, a gente não faz essa distinção entre estrangeiro e brasileiro, não. O SUS é para todos, é bem claro a 8.080 né?! (E5)

alguns estrangeiros até conhecem a nossa legislação. Eles dizem "Brasil é um país de todos. É obrigação do prefeito, da saúde, né? É dever do estado, da família" (E5)

A legislação brasileira, em diversos momentos, reitera o direito à saúde em todo seu território. A Lei nº 8080, referida pela entrevistada, bem como o Artigo nº196 da Constituição Federal, e posteriormente as diretrizes do Pacto em Defesa do SUS, presentes no Pacto pela Saúde, em 2006, reiteram a definição da saúde como direito fundamental, e estabelece o Estado como responsável pela provisão das condições para efetivação do mesmo¹⁴⁻¹⁶. Entretanto, outros países como Colômbia e o Peru, estabeleceram seus sistemas de saúde com concepções e regimes de financiamento distintos.

Na Colômbia, durante a década de 1990 houve a criação da Lei 100, que integrou o sistema de saúde colombiano ao Sistema Geral de Seguridade Social (SGSS)¹⁷. Essa legislação definiu a saúde como serviço público, de responsabilidade do Estado, com a provisão dos

serviços de saúde através das empresas privadas. Boletins governamentais demonstram que 92,4% da população de centros populacionais¹⁸, como Letícia, está afiliada ao SGSS, contudo Salazar, Gallego e Usme mencionam que o acesso a saúde sempre foi um desafio histórico para o sistema¹⁹.

Já o Peru, em 2013 estabeleceu um processo de reforma, pautado no direito humano à saúde, mas com dificuldades frente a promoção da cobertura universal²⁰. A estratégia resultou na atual organização do sistema de saúde peruano, governado pelo *Ministerio de Salud* (MINSA) e supervisionado pela *Superintendencia de Salud* (Susalud)²¹.

Quando questionados acerca dos contrastes do sistema de saúde brasileiro, com os sistemas peruano e colombiano, os participantes da pesquisa ressaltam a dificuldade do acesso aos sistemas internacionais, por conta dos próprios cidadãos, uma vez que o distrito populacional de Santa Rosa e o município de Letícia encontram-se em região de vulnerabilidade social, com pouca disponibilidade de serviços de saúde.

Então eles não têm acesso à saúde de maneira nenhuma no País deles, então eles vêm buscar aqui no nosso País (E5)

Eu acredito que a procura deles, seja mais por isso mesmo. Por lá não ter essa atenção à saúde. (F1)

Se for lá é tudo pago. (ACS3)

O SUS é universal, mas os programas, os planos de saúde deles não incluem os brasileiros então

assim, pra nós é dificultoso, se tu não tiver dinheiro... (E4)

*A maioria das pessoas que vem para nossa área que são estrangeiras são de baixa renda, entendeu? **que tem necessidade mesmo*** (ACS1)

*Principalmente no Peru. Colombiano é mais difícil, geralmente elas usam um plano, né? **Quem tem paga uma taxa que não é tão alta, então elas conseguem, inclusive essa moça, que eu tô te falando, uma das últimas que eu fiz o pré-natal da Colômbia, ela deixou de pagar o plano, por causa das condições financeiras.*** (E2)

*Eu tava estudando agora as legislações de cada país, **eles cobrem até uma certa parte e se tiver uma certa complexidade eles têm que pagar, entendeu, pelo o Brasil cobrir tudo eles vêm pra cá.*** (E1)

*A tal da imunização, a vacina, HPV **lá é dois milhões de pesos, uma dose de HPV...*** (ACS2)

A heterogeneidade entre os sistemas fica evidente na forma de financiamento e organização dos serviços. O Peru oferta 3 distintos regimes: o subsidiado financiado por recursos fiscais, que cobre àqueles em situação de pobreza; o regime contributivo direto, financiado pelos empregadores, e que formam o *Seguridad Social en Salud: Seguro Social de Salud* (Essalud); e o regime privado, financiado individualmente, pela adesão à planos de saúde. Na Colômbia, encontra-se um sistema de seguridade, com regime de contribuição, que promove acesso à saúde pelas Empresas Promotoras de Saúde (EPS), responsáveis pela oferta e administração dos serviços de saúde,

que irão contratar instituições para a execução das atividades assistenciais.

Singularidades na oferta de serviços e necessidades entre usuários dos três países caracterizam os fluxos de atenção à saúde e a complexidade do território na relação com as iniquidades em saúde. O distrito de Santa Rosa, por conta de sua discreta extensão territorial com baixa demográfica populacional, apresenta apenas um posto de saúde. Sendo assim, casos de maior complexidade e que requerem atenção especializada, devem ser encaminhados para Iquitos, cidade peruana e capital do departamento de Loreto, referência federal para os usuários do sistema de saúde¹⁵.

Letícia, conta com instituições de média e alta complexidade e para à assistência de baixa complexidade há aproximadamente sete centros de saúde que dão suporte à 82 pequenos postos de saúde, que atendem à população espalhada em comunidades afastadas da área urbana⁵. De maneira semelhante ao que ocorre nos países vizinhos, os casos mais graves também são encaminhados para as capitais, no caso Bogotá.

Enquanto isso, Tabatinga apresenta uma Unidade de Pronto Atendimento 24HS, a Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Laboratório de Fronteira, unidades de atendimento à população indígena e serviços para doenças infectocontagiosas. Contudo, há escassez de

profissionais especialistas em áreas como neurologia, ortopedia e dermatologia, casos que requerem esse tipo de atenção são encaminhados para Manaus, para continuidade do atendimento.

Por outro lado, os profissionais, reiteram que há brasileiros que apresentam maior renda e melhor condição econômica buscam os serviços especializados disponíveis em Letícia. Além disso, há também os que utilizam os dois sistemas de saúde concomitantemente.

*A diferença é que quem tá aqui prefere buscar o sistema lá, **porque o médico vem de Bogotá pra cá**. Aqui não, você tem que se deslocar pra Manaus ainda... (F2)*

*E a gente tem brasileiro que faz pré-natal na Colômbia, **ele vai lá faz os exames tudinho mas ele é acompanhado por aqui**. Ela vai com o ginecologista obstetra, **faz os exames e retorna na unidade**. (E4)*

*Agora, tipo assim da UPA, eles vêm de Letícia, **fazem o pré-natal lá e ganha o bebê aqui na UPA**. Porque lá é pago, cesárea... (ACS3)*

Esse tipo de interação gera uma configuração única das regiões de fronteira, chamada de migração pendular (MP) com a finalidade do uso de serviços de saúde, como mencionam Zaslavsky e Goulart⁴. A busca por atendimento gratuito e integral em regiões de fronteira, é presente em pesquisas que abordam o tema^{3,22}. Entretanto, nessas regiões, o fenômeno distinto, da MP em busca de serviços privados de saúde é uma questão raramente

abordada, embora amplamente citada e observada em Tabatinga.

A partir desse resultado, por conta da diferença na oferta de serviços dos dois sistemas de saúde, evidencia-se a discussão entre a cobertura universal e os sistemas universais em saúde. Como destacam Giovanella et al.²³, o Brasil apresenta-se como único país latino que aderiu, e sustenta o modelo de sistema universal de saúde.

Tal medida garante atendimento e acesso de acordo com as necessidades daqueles que buscam o SUS. Sendo assim, a presença dessa oferta independe da classe social ou filiação do usuário à algum plano de saúde. Contudo, apesar de sua concepção ideal, o sistema universal encontra pontos de fragilidade quando se refere à locais de desigualdade social, como cita Sousa²⁴, o limite de acesso à saúde e seus serviços pode afetar a garantia do atendimento integral.

Entretanto, quando um sistema de saúde, fundamenta-se na cobertura universal, como é o caso da Colômbia, o que se observa é uma “cidadania residual”, em que há necessidade de associação do cidadão à algum seguro ou pacote de serviços, que normalmente se adequa a sua condição financeira. Ou seja, o que determina o acesso do cidadão não é sua necessidade, mas o quanto ele pode pagar pela saúde. Nesse tipo de configuração, o que ocorre é o desenvolvimento das especialidades médicas, uma vez que o lucro é diretamente proporcional a complexidade dos

casos assistidos. Já quando se tem a universalidade do sistema, a ideia é que a atenção básica seja eficaz, fornecendo acesso aos serviços e a promoção à saúde, consequentemente evitando que a condição de saúde do usuário se agrave.

Vivências e desafios da atenção à saúde na tríplice fronteira do Amazonas

Com relação as a vivências e desafios da atenção à saúde na tríplice fronteira do Amazonas, os profissionais relataram as dificuldades com relação à documentação, cartão SUS, e o correto cadastro dos estrangeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF).

*Não tem documentação nenhuma, não tem nada e a gente tem que se virar nos trinta, abre prontuário, abre cartão, atende a gestante, **cria o cartão SUS**, se for preciso pra o atendimento, e acompanha, **a gente não pode negar atendimento, nem deixar a paciente sem ser atendida.**(E1)*

***Muitos não têm registro de estrangeiro, né? Porque pra eles terem o registro de estrangeiro, eles têm que ir na Federal e tem que pagar uma certa taxa, e muitos deles não tem, às vezes, condições de pagar.** (E3)*

não dá pra dizer assim, não vou atender, tem que atender e aí o que a gente faz, corre atrás pra tirar o cartão do SUS, pra fazer o acompanhamento...(E4)

*Fez o cadastro tudo, **ele era estrangeiro** e hoje eu fui atualizar o mês de julho e **já está com a identidade de brasileiro** e aí fica como? (ACS2)*

Como observado nos relatos, uma grande dificuldade está presente na identificação e documentação daqueles que não residem em Tabatinga. Ao longo da coleta de dados, em diversos momentos, diferentes personagens da pesquisa relataram que muitos estrangeiros que não residem no território brasileiro, conseguem adquirir documentos como Registro Civil (RG) e o Cadastro de Pessoa Física (CPF). Há também um interesse em se obter o Cartão SUS, pois, entende-se que com ele, o atendimento não poderia ser negado. A mesma questão fora observada por Ferreira, Mariani e Braticevic, em um estudo realizado no município de Corumbá²².

Diversos desafios da rotina nos serviços de atenção à saúde surgiram quando os profissionais foram questionados sobre suas vivências, o fluxo de estrangeiros e as especificidades de atuar em uma região tão distinta das grandes capitais e regiões metropolitanas.

Com relação ao fluxo de estrangeiros utilizando os serviços de saúde no município de Tabatinga, ressaltou-se que este é contínuo. A ideia de fronteira física e restrita, mencionada por aqueles que não pertencem ao território, se dissipa diante de um cotidiano em que atravessar a fronteira faz parte da rotina. As equipes da atenção básica, seguem essa rotina inclusive em seus atendimentos e visitas domiciliares.

*Hoje nós temos **cadastrados 942 estrangeiros na minha área.** (ACS1)*

Isso aí depende, não dá pra dizer que é mais ou

menos porque isso aí é todo o dia, todos os dias a gente tá atendendo estrangeiro seja ele pra que for, pra tomar vacina, fazer exame, início de pré-natal, tudo tem que passar por nós, então assim, é uma situação que todo os dias a gente tá nesse meio. (E4)

Ele não morava nessa nossa área, e ele deixou claro que ele queria fazer o teste pra confirmar e ser acompanhando pela gente no Brasil. E aí, nessa situação, eu encaminhei ele pro DST. Eu acredito, pelo que eu entendi, que ele tava sendo acompanhado sim, por lá, eles iam dar um jeitinho de acompanhar. Pelo tratamento, ele preferiu fazer no Brasil. (E2)

Mas assim, eu vejo, ao meu ver que o Peru é mais complicado, Leticia porque tá bem aí e o Peru não, eles vêm atravessando, vem de lá e as condições são bem mais precárias. (E4)

Verificou-se que tanto colombianos, quanto peruanos usam os serviços de saúde brasileiros. Entretanto os relatos apontam maior uso dos peruanos, supostamente pelas condições de maior vulnerabilidade dos distritos populacionais adjacentes.

Os sistemas de saúde devem atuar como ferramentas de justiça social, entretanto, concorda-se com Travassos e Castro²⁴, na perspectiva de que as diferenças nos sistemas de saúde refletem no acesso à saúde por parte de seus cidadãos. Tal questão é claramente vislumbrada diante da análise do cenário estudado e dos relatos dos profissionais.

A dificuldade em obter atendimento, seja por não pertencer a nenhum regime do contributivo, ou pelo déficit de profissionais e instituições de saúde em Santa Rosa, favorece a

MP de peruanos para o SUS, muitas vezes em condições tão críticas que se faz necessário o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o transporte do porto da cidade até a UPA.

A busca por consultas pré-natais, e assistência durante o parto e nascimento também foram presentes em outros estudos realizados em áreas de fronteira^{21,25,26}. Contudo, diferente do que mencionam Oliveira et al.²⁵, na região os profissionais relatam o interesse em que as crianças possuam a cidadania brasileira.

A maioria dos estrangeiros que a gente atendeu, que é mais peruano do que colombiano. Vieram assim, por conta do pré-natal. (E2)

O Peru é muito mais difícil, aqui a gente tem a área de fronteira como se fosse um municípioinho do Peru, Santa Rosa, acho que eles não têm uma UBS nessa complexidade, imagina um hospital. Tudo eles encaminham pra Iquitos, que nem aqui que encaminha pra Manaus, e em Leticia é do mesmo jeito, encaminha pra Bogotá. E aí só vai o caso que tem plano de saúde né? De acordo com a legislação deles. (E1)

Apesar da localidade mais próxima ser o distrito de Santa Rosa, este faz parte de Yavari, que comporta outros 55 centros populacionais de pequeno porte. Alguns profissionais relatam que moradores de Santa Rosa, Caballo Cocha e Islândia também são frequentes na rede de saúde de Tabatinga.

Uma profissional reconhece que há valorização do atendimento recebido no SUS, e sugerem

que há relação com a gratuidade na oferta dos serviços, quando em seus países de origem há dificuldade em acessar ou obter atendimento.

*Então eles dão bastante valor ao nosso atendimento. Pra pré-natal principalmente. (...) Como eu falei, esses são os que mais vêm, **menos faltam, tão sempre aqui.** (E3)*

Quando questionados sobre as integrações e realização de ação conjuntas, observa-se que estas ocorrem com mais frequência entre as equipes e os usuários, e raramente entre as gestões locais dos três países. Em estudo de revisão, Santos-Melo, Andrade e Ruoff²⁷ relatam que os acordos entre países, objetivam a garantia do direito à saúde, entretanto as dificuldades operacionais surgem por conta das diferenças entre o modo de organização dos sistemas de saúde.

*Eles têm uma parceria muito grande com o pessoal de Leticia, não com o pessoal do Peru que fica mais difícil, mas com Leticia não, **quando tem uma ação em conjunta eles fazem na fronteira, então as duas.** (E4)*

*Os convites para as ações a gente tem que fazer, **não pode esquecer deles, a gente tem que visitar a casa deles,** mesmo que ele esteja fazendo controle em Leticia e seja colombiano e está na minha área e está acamado eu tenho que visita-lo, tenho que orientá-lo. (E4)*

Tendo em vista toda a diversidade e organização da rede de saúde, questionou-se os profissionais sobre sua atuação e percepções sobre os desafios vivenciados. Inicialmente nota-se a busca por uma política ou programa à

nível federal que reconheça as distintas demandas das regiões de fronteira.

*Eu que digo né que o **Ministério lá federal vê a gente como Tabatinga, fechadinho, mas não sabe ainda das dificuldades que a gente tem no dia a dia,** enfrentando, tentando atender a população em geral, todo mundo. **Mas deveriam ter essa visão pelas regiões de fronteira, né?** (ENF3)*

*O que a gente quer na verdade é **que tenha uma política pública voltada para o estrangeiro,** onde ele realmente – não, eu sou atendido no Brasil mas eu preciso cumprir essas etapas, este calendário de atendimento. Porque eu como enfermeira **me sinto impotente** como se meu trabalho não tivesse sido feito corretamente, (...) quando eu chego lá e encontro uma grávida com uma consulta e o meu carimbo lá, eu me sinto como se o meu trabalho não tivesse sido feito com eficácia. (E5)*

Nesse tópico, concorda-se com Oliveira et al.²⁵, que a complexidade desses atendimentos requer extensas discussões, que considerem todas as particularidades das regiões de fronteira, respeito o direito à saúde. Em 2004, o SIS-Fronteira despontou como solução para essas regiões, porém 10 anos após sua implementação poucos são os resultados alcançados no Arco Norte.

Diferente do que ocorreu no Arco Sul, Tabatinga não alcançou a Fase II da estratégia, que previa a criação de centros de atendimento específicos para a demanda das regiões fronteiriças²⁶. Ademais, em nenhuma entrevista houve menção ao programa, o que demonstra que poucos profissionais têm conhecimento sobre sua presença no município.

Por último, abordou-se a percepção dos profissionais com relação ao SUS, quando comparado com os demais sistemas de saúde conhecidos pelos mesmos.

Ah, a gente bota no bolsa qualquer um. (ACS3)

Nós acolhemos todos os que entram no nosso país, nós oferecemos todo o nosso sistema de saúde, da mesma forma como um filho nosso, um filho brasileiro. Pra mim, no meu ponto de vista, não têm distinção. (E4)

[...] porque a gente sabe que o Brasil, é único né, é um dos únicos países que oferece assim, a saúde de graça, né? (E2)

Não tem nem comparação. (ACS2)

Tá ganhando o SUS, né? (ACS1)

Observa-se que apesar dos desafios enfrentados diariamente, os profissionais reconhecem a importância da promoção do direito à saúde e da presença do SUS na região de fronteira. Tal questionamento evidenciou a presença do SUS como ferramenta de efetivação da democracia e do direito humano à saúde.

Considerações Finais

As áreas de fronteira se apresentaram com características singulares à adequação e flexibilidade dos serviços de saúde. Observou-se no cenário de tríplice fronteira amazônica o alto fluxo de estrangeiros em busca do acesso à saúde, correspondido ao direito universal garantido constitucionalmente pelo Brasil.

Fortalecendo esse direito, tem-se o Sistema Único de Saúde, que atua nessas regiões em contraposição os sistemas colombiano e peruano. Como a maioria das políticas são pensadas nacionalmente, muitas vezes não particularizando as características do território em que será executada, as regiões de fronteira apresentaram-se como um desafio para o cumprimento de seus objetivos. Uma vez que essas, necessitam de práticas estratégicas adequadas a realidade do território para benefício da população fronteiriça.

A partir dos relatos, observou-se que o princípio da universalidade foi praticado cotidianamente e atuou como instrumento de cidadania internacional. O cuidado promovido na atenção básica ofertado pelo SUS diminuiu as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a demanda dos usuários brasileiros e estrangeiros.

Sendo assim, é premente a necessidade de integração entre os países, com o objetivo gerar ações conjuntas e estratégias dos diferentes serviços de saúde, presentes em regiões de fronteira, de modo a fortalecer as políticas públicas de saúde, tendo em vista que a saúde é um setor estratégico para o desenvolvimento sustentável e econômico de um território.

Portanto, o estudo não se limitou a verificar diferenças entre os sistemas de saúde e sim, demonstrou como a migração pendular nessa localidade da Amazônia provoca a pensar um sistema interativo, integrativo e colaborativo

entre países. A escassez de pesquisas que abordem as fronteiras do Arco Norte, demonstra a necessidade de que outras pesquisas ampliem o campo de conhecimento sobre regiões de vulnerabilidade social,

propiciando maior familiaridade sobre a necessidade da população residente nessas áreas, objetivando auxiliar a formulação de estratégias adequadas à realidade do território.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº6.634, de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o decreto-lei no 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências [Internet]. Brasília-DF, 1979 [cited 2018 nov 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6634.htm
2. Suárez-Mutis MC, Mora Cárdenas CM, Perez Reyes LDP, Peiter PC. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. Mundo Amazonico [Internet]. 2010 [cited 2018 nov 11]; 1. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/10268>
3. Cazola LH de O, Pícoli RP, Tamaki EM, Pontes ERJC, Ajalla ME. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2011 [cited 2018 nov 11]; 29(3):185–90. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n3/185-190/>
4. Zaslavsky R, Goulart BNG. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 12]; 22(12): 3981–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>
5. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2010.
6. DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Bogotá - Colômbia: DANE; 2005.
7. Pícon GB. Isla Santa Rosa: Potencial geoestratégico [Internet]. La Région - Diário Judicial de Loreto. 2011. Available from: <http://diariolaregion.com/web/isla-santa-rosa-potencial-geoestrategico/>
8. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 12]; 41(115):1177–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
9. Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 1a. Minayo MC de S, organizador. Petrópolis, RJ: Vozes; 2016. (Manuais Acadêmicos).
10. Yin Rk. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70 - Almedina; 2011. 223 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília-DF, 2012 [cited 2018 nov 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Rizzotto MLF, Campos GW de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. Saude soc. [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 12]; 25(2):263–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016150960>
14. Brasil. Presidência da República. Lei nº8080, 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 [Internet]. Brasília – DF, 1990 [cited 2018 nov 12]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
15. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília-DF, 2006 [cited 2018 nov 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

16. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
17. Colômbia. Ley 100. Bogotá: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones 1993 [cited 2018 nov 14]; p. 1–97. Available from: <http://secretariajuridica.gov.co/node/2219>
18. Colômbia, Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Boletín del Aseguramiento en salud. Bogotá - Colômbia; 2017.
19. Álvarez Salazar GJ, García Gallego M, Londoño Usme M. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. Revista CES Derecho [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 15]; 7:106–25. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/boletin-aseguramiento-i-trimestre-2017.pdf>
20. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 15]; 33(3):546. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.333.2338>
21. Mezones-Holguín E, Díaz-Romero R, Castillo-Jayme J, Jerí-de-Pinho M, Benites-Zapata V, Marquez-Bobadilla E, et al. Promoción de los derechos en salud en Perú: una aproximación desde la perspectiva de acción de la Superintendencia Nacional de Salud. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 15]; 33(3):520. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.333.2302>
22. Ferreira CMPG, Mariani MAP, Braticevic SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. Saúde soc [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 15]; 24(4):1137–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>
23. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar A de CA, Rosa MC da, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 15]; 23(6):1763–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
24. Sousa AM da C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. Rev. katálysis [Internet]. 2014 [cited 2018 nov 15]; 17(2):227–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>
25. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2012.
26. Oliveira LHC, Palópoli RP, Araujo MEA, Mamoru ET. Atenção primária a estrangeiros residentes em municípios fronteiriços (de fronteira). Salud(i)Ciencia [Internet]. 2014 [cited 2018 nov 15]; 20:829–33. Available from: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/208/135527.pdf>
27. Mello F, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 15]; 20(7):2135–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>
28. Santos-Melo GZ, Andrade SR, Ruoff AB. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. Acta paul. enferm. [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 15]; 31(1):102–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800015>

Submissão: 03/12/2018

Aceite: 06/03/2019