

ACESSO DO TRANSFRONTEIRIÇO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CIDADES GÊMEAS DO PARANÁ

Solange Aikes*
Maria Lucia Frizon Rizzotto**

RESUMO

Objetivo: compreender a dinâmica de acesso do transfronteiriço aos serviços de saúde. **Método:** pesquisa exploratória, descritiva e de campo em quatro cidades gêmeas do Paraná (Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão). Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada aplicada aos gestores de saúde e submetidos à análise temática de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** quatro categorias temáticas discutidas criticamente com a literatura, observou-se no estudo que a) há um maior acolhimento nos municípios menores, sobretudo na atenção básica; b) o financiamento como principal entrave para o acesso do transfronteiriço; c) a decisão discricionária do profissional de saúde no momento do atendimento face à ausência de diretrizes institucionalizadas que perdurem. **Considerações finais:** verificou-se que o acesso ao serviço de saúde do transfronteiriço é instável e confuso, mas a disseminação do pensamento integrador e de solidariedade entre os povos, a partir do nível local, poderá contribuir para ampliar a noção de cidadania e de acolhimento ao transfronteiriço.

Palavras-chave: Política de Saúde. Saúde na fronteira. Acesso aos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma faixa de fronteira terrestre de 15.719 quilômetros e nessa região estão sediados 588 municípios que fazem divisa com 10 países da América do Sul⁽¹⁾. No estado do Paraná, existem 139 municípios na faixa de fronteira⁽²⁾. Os municípios fronteiriços vêm sendo tratados como áreas de identidades híbridas e ambíguas, com linhas-limites que são ultrapassadas face aos processos de integração produzidos pela população desses locais. Dessa forma, a ressignificação da fronteira como espaço integrador foi uma exigência econômica.

Nesse sentido, no Brasil destaca-se o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) do Ministério da Integração Nacional^(2,3). O meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades gêmeas⁽¹⁻³⁾. O Estado do Paraná possui quatro municípios cujas sedes são caracterizadas como cidades gêmeas: Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão^(2,3,4). Nessas cidades, as interações transfronteiriças envolvem um conjunto de interações materiais e imateriais, culturais e identitárias. São espaços onde o local e o internacional se articulam, estabelecem dinâmicas próprias, construídas e reforçadas

pelos transfronteiriços^(2,4). A classificação teve por base os modelos de análises nos quais, cada cenário corresponde a um arranjo de situações dinâmicas particulares, tais como: margem, progressão, frente, sinapse e capilar. O modelo sinapse, termo importado da biologia, refere-se às cidades gêmeas que apresentam o maior grau de interação.

Governos brasileiros têm compreendido as cidades gêmeas como um espaço-laboratório de integração. Nos últimos anos, houve tentativas de oficializar a integração de base realizada entre as populações fronteiriças. Sabe-se que a integração fática de base (informal) nas fronteiras, precede os projetos de integração de vértice (formal). De qualquer forma, ambas são relevantes e complementares nos processos de integração regional⁽¹⁾.

A integração entre as populações transfronteiriças pode ser potencializada por meio de políticas públicas. No entanto projetos e ações de integração fronteiriça, em muitos casos, entram em choque com os limites das políticas estatais, dos direitos civis, políticos e sociais nacionalizados. Entre as diferentes dinâmicas migratórias nas faixas fronteiriças se destacam os serviços públicos como saúde e educação. O sistema de saúde brasileiro universal, integral e igualitário, é apontado como motivador do

*Biomédica. Mestre em Saúde pública. UNILA. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: solange.aikes@gmail.com.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7467-4804>.

**Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: frizon@terra.com.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362>.

deslocamento de estrangeiros em nossa direção^(3,4).

Face às barreiras diplomáticas, legais e burocráticas, compreender a problemática e os mecanismos de acesso de estrangeiros aos serviços públicos, fornece elementos que podem contribuir para conjunturas futuras mais favoráveis à realidade desses municípios. O objetivo desse estudo foi compreender a dinâmica de acesso aos serviços de saúde do transfronteiriço na perspectiva de gestores e profissionais de saúde nas quatro cidades gêmeas do Paraná.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa descritiva, exploratória e de campo com abordagem qualitativa.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, realizada junto aos gestores municipais e profissionais de saúde. Como critério de inclusão e delimitação de participantes foram incluídos os gestores atuais de saúde municipais no ano de realização da pesquisa, mediante agendamento prévio para aplicação de um questionário semiestruturado, sendo esse gestor responsável pela indicação de outros informantes-chave com, pelo menos, um ano de experiência. Para critério de fechamento amostral, observou-se a saturação de informações e o período disponível para realização da pesquisa. O grupo entrevistado foi multiprofissional, totalizando treze participantes que atuam ou atuaram recentemente em cargos de gestão nos serviços de saúde pública das quatro cidades gêmeas, sendo quatro de Foz do Iguaçu, três de Guaíra, três de Santo Antônio do

Sudoeste e três de Barracão.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra em programa de edição de textos para posterior análise descritiva, utilizando a análise temática de conteúdo, proposta por Bardin⁽⁵⁾, com três fases: pré-análise, exploração dos dados, e interpretação dos achados. Na exploração do material buscou-se identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, procurando compreender a lógica interna por meio de um diálogo com a literatura, resultando em quatro categorias temáticas⁽⁵⁾. (1) Caracterização dos municípios de fronteira e a descentralização do SUS; (2) o direito restrito do estrangeiro aos serviços de saúde; (3) o financiamento da saúde como fator restritivo; e, (4) integração em cidades gêmeas.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa sob parecer nº 1.741.583. Para assegurar o sigilo, houve a omissão de trechos que pudessem identificar os participantes, e suas falas foram caracterizadas por meio da letra P, seguida de um número inteiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Caracterização dos municípios de fronteira e a descentralização do SUS

Os municípios fronteiriços possuem particularidades que, muitas vezes, não são consideradas no momento de proposição de políticas públicas de saúde em nível federal. Na tabela 1, constam dados gerais, da estrutura, da rede de atenção à saúde dos municípios que abrigam as quatro cidades gêmeas campo do presente estudo.

Tabela 1. População geral, população coberta com planos de saúde, repasse federal, cobertura atenção básica e por estratégia saúde da família dos municípios de Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão.

Dados Gerais/ Municípios	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
População (2016):	263.915	32.784	20.059	10.273
% da população com plano de saúde (2016):	26,09	10,77	2,52	6,46
PAB-Fixo (<i>per capita</i>)	Faixa 3 24,00	Faixa 2 26,00	Faixa 1 28,00	Faixa 1 28,00
Repasse federal mensal em R\$	511.436,00	67.194,83	44.445,33	22.857,33
Cobertura Atenção Básica	60,89%	78,00%	100%	100,00%
Cobertura Estratégia Saúde da Família	46,00 %.	78,00 %	100%	100,00%

Fonte: Nota Técnica DAB/SAS (2017).

Do ponto de vista do tamanho dos municípios, apenas Foz do Iguaçu é considerada de médio porte, e os demais são de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 50 mil habitantes. Do total das 197 cidades brasileiras localizadas dentro da faixa de fronteira, apenas 18 contêm população acima de 20.000 habitantes⁽²⁾. Em relação à cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), municípios de pequeno porte em geral possuem maior cobertura, ao mesmo tempo em que possuem menor porcentagem de pessoas com planos de saúde, o que significa uma maior dependência dos serviços públicos de saúde, como o caso dos municípios de Barracão e Santo Antônio do Sudoeste (tabela 1). Ainda como dado complementar, o município de Foz do Iguaçu possui gestão plena do sistema municipal, o que implica em repasses de recursos federais diferenciados, uma vez que o município se responsabiliza por todos os níveis do sistema, Atenção Básica (AB), Média e Alta Complexidade (MAC).

A descentralização após a criação do SUS foi baseada na municipalização e marcou um processo de intensa transferência de competências, recursos, responsabilidades, planejamento e organização para os municípios. A municipalização autárquica implicitamente passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal, era necessário instituir no município o maior número de serviços de saúde possível, o que gerou uma competição intermunicipal desleal e destrutiva por recursos financeiros escassos.^(6,7)

Os sujeitos da pesquisa reconhecem os problemas comuns dos municípios fronteiriços, mas salientam a necessidade de serem tratados individualmente, dadas as diferenças existentes entre eles:

[...] a realidade era diferente de outras realidades
[...] começou-se a ver uma diferença local, a fronteira de Foz do Iguaçu era diferente da de Barracão, é diferente de Novo Mundo (P4).

As dificuldades da municipalização são maximizadas nos municípios fronteiriços, que, além dos problemas comuns, ficam responsáveis por solucionar os decorrentes da transfronteirização dos serviços públicos. A municipalização originou realidades diferenciadas, de um lado os grandes municípios

com maior potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os municípios menores com baixa capacidade operacional, pequeno poder de endividamento e pouca autonomia⁽⁷⁾.

O reconhecimento dessa situação fez com que outra diretriz do SUS, a regionalização, fosse priorizada a partir da década de 2000, como instrumento essencial para a integralidade da atenção e para a equidade no acesso às ações e serviços de saúde no território nacional⁽⁶⁾. O processo de regionalização deve ser dividido em dois: a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, e a criação de regiões de saúde. Essas regiões definem-se como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura⁽⁸⁾. O Pacto pela Saúde, firmado em 2006, reforçou a regionalização e a territorialização da saúde como base para a organização do sistema, levantando a expectativa de mudanças importantes na gestão do SUS, entre elas uma que gerou grandes expectativas foi a implementação das redes de atenção à saúde⁽⁷⁾.

Na definição das regiões de saúde, por entraves legais e burocráticos, não são incluídas as cidades estrangeiras contíguas como participantes da região sanitária, o que representaria a realidade vivenciada socialmente. Com isso, perde-se o caráter político e social do processo de regionalização nesses territórios⁽⁹⁾, e a possibilidade de uma maior integração das ações de promoção e prevenção à saúde de base territorial⁽⁶⁾.

Apesar da adesão ao pacto, não se ampliou o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros, e houve imposição de condicionantes para o repasse de recursos financeiros, interferindo de maneira autoritária e centralizadora nos municípios fronteiriços⁽¹⁰⁾.

2. O direito restrito do estrangeiro aos serviços de saúde em cidades gêmeas do Paraná

As circulações transfronteiriças se estabelecem justamente pela heterogeneidade entre um lado e outro da fronteira. O Acordo de

Residência do Mercosul facilitou essas circulações nos últimos anos entre países do bloco. A dinâmica dos processos de transfronteirização é de difícil compreensão, bem como a sua quantificação e qualificação justamente por se tratar de uma construção social que é alterada no tempo e no uso do território compartilhado⁽¹¹⁾.

A fronteira é uma linha que existe no mapa, na cartografia, na vida real as pessoas transitam. Elas transitam por conta do comércio, transitam por conta do turismo e transitam por causa da saúde ainda mais que a saúde é um bem vital (P5).

[...] as pessoas vão onde seu problema é resolvido, não adianta você achar que vai resolver construindo um muro, não vai! As pessoas pulam o muro, vão por debaixo do muro (P2).

As assimetrias existentes entre os municípios margeados e as conjunturas individuais são estímulos para que ocorra a migração temporária ou permanente, muitas vezes decorrentes de vínculos sociais, afetivos e/ou solidários entre os transfronteirizos. Esses vínculos são utilizados no momento de comprovação de endereço, exigido para atendimento regular no SUS.

[...] geralmente esse paciente tem duas identidades, duas nacionalidades, ou ele aluga uma casa aqui para conseguir o atendimento [...] às vezes o esposo está doente, é argentino, mais a mulher trabalha no município, paga seu imposto consome aqui, então ele acaba sendo atendido por causa do vínculo dela (P10).

O comprovante de residência em região de fronteira pode ser classificado como um dispositivo de fronteirização seletivo, que estabelece quem está incluído ou excluído de determinados direitos, serviços e benefícios sociais. Em outros estudos a questão dos documentos também é mencionada como um entrave^(3,11).

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que o Estado será o grande regulador do acesso e de serviços, e no Brasil a saúde é um direito inerente à condição de cidadão⁽¹²⁾. As fronteiras alteram a condição objetiva e subjetiva entre cidadão nacional e estrangeiro, gerando uma reavaliação de conceitos como

nacionalidade, cidadania e soberania. Os deslocamentos e a busca de direitos sociais do outro lado da fronteira geralmente são vistos pelos Estados como ações ilegítimas. O imigrante transfronteirizo é um cidadão de várias ordens, a cidadania moderna apesar de reivindicar direitos universais é profundamente nacional, uma vez que é no âmbito do Estado-nação que esses direitos são efetivados e operados na prática política cotidiana. Ela expressa dispositivos de inclusão e exclusão territoriais marcados por lugares de nascimento e moradia, e pela existência ou ausência de documentos pessoais⁽¹¹⁾.

O acesso de estrangeiros aos serviços de saúde nos municípios estudados não segue um padrão, ou seja, é uma ação discricionária de cada gestor municipal decidir sobre que política adotar. Alguns restringem o atendimento as urgências e emergências, conforme prevê a lei brasileira:

Só no caso da emergência que vai ter um atendimento estabelecido, daí não tem como não fazer [...] eu sei que nos casos graves o serviço tem que atender (P1). O arcabouço normativo do SUS ele é claro no tocante ao atendimento ao estrangeiro. Toda pessoa em território nacional independente da sua condição tem direito de ser atendido em condições de urgência/emergência (P2).

A constituição e a legislação ordinária brasileira asseguram, implicitamente, o direito do estrangeiro ao atendimento, uma vez que o direito à saúde é uma garantia indissociável do direito à vida. A negação do atendimento aos estrangeiros fere não apenas os princípios constitucionais brasileiros, como também os tratados firmados pelo Brasil, entre eles o Pacto de San José da Costa Rica – a Convenção Americana sobre Direitos Humanos⁽¹³⁾. Alguns municípios do estudo, sobretudo os de menor porte, além dos casos de urgência e emergência, acolhem o estrangeiro nos serviços de Atenção Básica (AB), que é de responsabilidade do município. No geral, o atendimento ao estrangeiro é percebido como um ônus para os serviços, muitas vezes insuficientes para as necessidades da população residente.

O maior impacto para nós é a gente conseguir as vagas quando é um procedimento de média e alta complexidade. Nós temos uma fila de

espera que leva até 02 meses para conseguir. Se vier uma demanda dessas, essa demanda vai concorrer e competir com os residentes da nossa área de abrangência (P6).

A restrição do acesso aos níveis de maior complexidade do sistema não ocorre apenas para estrangeiros, também para os cidadãos brasileiros face à ausência de profissionais, sobretudo em pequenos municípios, e por meio de filas de espera, onde a AB acaba funcionando como filtro. O estrangeiro representaria ainda uma sobrecarga de trabalho para as equipes de saúde:

É compreensível que o nosso trabalhador se incomode de atender [...] ele já se acha sobrecarregado com o brasileiro, e ainda estão trazendo mais essa sobrecarga para ele (P2).

As equipes de AB e as equipes de pronto atendimento, muitas vezes, atuam no limite, com demandas acima de suas capacidades, o que constitui uma dificuldade adicional ao estrangeiro.

Nós temos uma insuficiência de estrutura de atenção para nossa população. A gente tinha um déficit de pessoal, pensa que só médico que falta? Falta médico, falta enfermeiro, falta agente, falta recepcionista, falta administrativo, falta tudo [...] precisaria redimensionar a sua rede em função da sua população mais a população externa (P2).

Esses aspectos precisam ser levados em consideração na definição de políticas específicas para as cidades fronteiriças. A inexistência de normas claras sobre o atendimento aos estrangeiros, no limite, deixa a critério dos profissionais que estão na ponta do sistema decidirem sobre o acesso. Critérios subjetivos com base em valores éticos e morais acabam sendo decisivos na tomada de decisão:

É muito difícil falar para não atender, se for um adulto e não estiver numa situação grave, mas se ele estiver numa situação grave, se for uma criança então (P11).

Mas, a maior dificuldade de acesso parece estar nos casos crônicos, de tratamento prolongado, que necessitam de acompanhamento em outros níveis do sistema.

O problema se dá quando precisa de uma complexidade maior que foge da esfera do município, o paciente vai usar outras esferas de

complexidade, isso é um problema (P10). A gente tem dificuldade também de atendimento especializado se o paciente não tem documentação [...] o primário a gente até fornece mais o secundário a gente não consegue (P9).

As exigências derivadas do Cartão SUS trouxeram um complicador para os gestores de saúde, acentuando a dualidade de entendimentos. No cerne da elaboração desse dispositivo, a proposição era que o cartão deveria identificar os fluxos migratórios, e não ser utilizado como instrumento para restrição do acesso. A falta de posicionamento das demais esferas de governo possibilita que os gestores municipais utilizem o cartão SUS como barreira para o acesso, não só de estrangeiros, mas de brasileiros de outros municípios e ou territórios^(13,14,15).

Tanto a restrição do acesso como a falta de continuidade no atendimento ferem os princípios do SUS, principalmente a integralidade que se constitui como elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a igualdade. A reorganização da AB implica que demandas sejam respondidas na atenção secundária⁽¹⁶⁾. A decisão sobre o atendimento e mesmo sobre encaminhamentos para outros níveis do sistema é mediada pela sensibilidade do profissional e por relações pessoais não institucionalizadas.

Você atende uma criança paraguaia, faz um diagnóstico de leucemia [...] vou mandar de volta para morrer? Não! A gente liga para conhecidos e manda para o Pequeno Príncipe (P2).

A falta de respaldo institucional para o atendimento ao estrangeiro causa desconforto e sofrimento nos profissionais de saúde que estão na ponta do sistema.

Aqui era uma angústia [...] às vezes pegar um caso grave e não poder dar continuidade pegar um caso de uma doença grave que tem que dar em outras instâncias e não poderia porque ela é de outro país, a equipe ficava desesperada (P4).

Pontos comuns foram encontrados em outras realidades^(10,14,17), entre eles a descontinuidade no atendimento ao estrangeiro, a migração em decorrência da gratuidade do serviço público brasileiro e o acesso franqueado aos serviços de urgência e emergência. A

inexistência de políticas e diretrizes específicas para o atendimento ao estrangeiro nas cidades fronteiriças têm se refletido na diversidade de interpretações a respeito do direito à saúde, transferindo para os profissionais que atuam no sistema a seletividade de quem vai ou não ser atendido⁽¹⁴⁾.

3. O financiamento da saúde como fator restritivo para o acesso de estrangeiros nos serviços de saúde em cidades gêmeas do Paraná

A sobrecarga financeira assumida pelos municípios, a carência de profissionais especialistas a oferta insuficiente de consultas em várias especialidades, bem como a dependência do setor privado, são características apontadas como obstáculos para a garantia de acesso na atenção de MC no SUS em municípios de pequeno porte⁽¹⁸⁾.

Dado o histórico subfinanciamento do SUS, qualquer demanda extra é objeto de contestação por parte dos gestores municipais que, com o processo de descentralização, acabaram assumindo a responsabilidade pela oferta de serviços de saúde. Além de uma redução gradativa do aporte da esfera federal no percentual dos recursos do sistema de saúde, os governos estaduais, embora devessem aplicar 12% do seu orçamento em saúde, não repassam esses recursos para os municípios, e quando o fazem, não utilizam critérios claros. Os municípios são os que mais contribuem financeiramente com o setor saúde em termos proporcionais a sua arrecadação⁽¹⁹⁾.

Eu acho que as esferas estaduais e federais têm que dar o auxílio no custeio de gastos, acaba onerando somente o município (P9).

Vários estudos^(3,9,14,17) demonstram que, em geral, a principal insatisfação da gestão municipal em relação ao atendimento ao estrangeiro decorre do repasse de recursos estar vinculado à população residente, estabelecendo assim um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde, uma vez que a população em trânsito não aparece nos dados dos repasses de recursos públicos federais. Branco⁽¹³⁾ ressalta que a Lei nº. 8.080/90 já previa o estabelecimento de outros critérios para fixação de valores transferidos a estados e

municípios sujeitos a notório processo de migração.

Duas iniciativas citadas pelos entrevistados, uma em âmbito nacional e outra estadual, realizaram repasses de recursos para municípios fronteiriços. O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (Sis-Fronteira), lançado em 2005, foi um programa federal que contemplou 121 municípios fronteiriços e propôs a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira⁽¹⁷⁾.

Por meio do Sis-Fronteira, houve um reconhecimento da situação enfrentada pelos municípios fronteiriços, apesar da padronização, do foco em investimentos e da sua brevidade. Com o programa, que ampliou a estrutura dos serviços de saúde, foram construídas unidades de referência para atendimento a estrangeiros, que pela não continuidade do programa acabaram descaracterizadas:

Fizeram mapeamento trouxeram dinheiro para construir unidades de referência, fazia alguns estudos de fluxos, construíram a unidade [...] depois ela se descaracteriza porque a própria unidade não se reconhece mais como unidade que nasceu com essa perspectiva (P2).

Com frequência, os projetos iniciam com recursos para infraestrutura, apesar de a grande questão ser a sua manutenção:

O SIS-Fronteira tinha uma parte de infraestrutura, mas, o maior gargalo de qualquer projeto não é recurso para infraestrutura, é recurso humano e a sua manutenção (P4).

Um dos méritos do programa tenha sido explicitar e publicizar um problema vivenciado cotidianamente pelos trabalhadores e gestores de saúde de municípios de fronteira. Não foi uma ação conjunta dos países, trata-se de um programa brasileiro, planejado unilateralmente para ser operacionalizado de forma conjunta, sendo essa uma das possíveis razões de seu fracasso. Estudo realizado por Ferreira *et al.*⁽¹⁷⁾, revelou que a maior parte dos profissionais relatou não conhecer o programa Sis-Fronteira, diferente da presente pesquisa em que quase todos os entrevistados citaram o programa como uma iniciativa que ajudou a analisar a situação da atenção à saúde dos estrangeiros.

O programa Saúde do Viajante, iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, visou implementar ações que contribuam para a

prevenção, promoção, assistência e vigilância à saúde do viajante. Inclui repasse de recursos financeiros com elemento de despesa custeio,

destinado a municípios com grande fluxo de pessoas.

Tabela 2. Valores repassados aos municípios por meio do Programa Saúde do Viajante. 2016

Dados	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
População Estimada (2012)	255.718	31.013	19.048	9.796
Per capita fator fixo R\$ 27,37	7.000.000,00	848.946,89	521.418,12	268.154,76
PAB acumulado /ano em R\$	6.137.232,00	806.337,96	533.343,96	274.287,96

Fonte: SESA, 2016.

Esse programa representou um aporte importante no orçamento dos municípios, como se pode observar na tabela 2, os valores recebidos representam aproximadamente um ano do PAB mensal acumulado. O fato de os recursos poderem ser utilizados para custeio foi um aspecto positivo ressaltado pelos entrevistados, apesar da falta de continuidade.

A saúde do viajante veio um ou dois anos, mas foi um avanço partiu da iniciativa dessa demanda que não era suprida. [...] antes era onerado tudo no município sobrava para o município, depois da saúde do viajante deu uma melhoria é um recurso que pode pagar consultas, exames, tem recurso que a gente fica engessado (P10).

Os gestores municipais, quando apoiados financeiramente, implementam ações que favorecem e melhoram o atendimento ao estrangeiro. Bento⁽¹⁾ esclarece que as políticas públicas relacionadas aos processos de transfronteirização são um reconhecimento dessa modalidade de integração de base (informal), uma maneira de o Estado valorizar essa produção sociocultural, política e econômica das cidades fronteiriças. Segundo o autor, com ou sem o apoio institucional, as cidades de fronteira continuarão realizando a prática cotidiana da integração, como instrumento fático de existência, ou mesmo de sobrevivência.

4. Integração em cidades gêmeas do Paraná: o desafio de instituir políticas públicas duradouras

As iniciativas de integração, frequentemente pontuais, não decorrem de uma política de longo prazo e avançam ou retrocedem de acordo com situações específicas, sensibilidade das equipes técnicas e visão de cada gestão municipal. O aspecto pessoal das

iniciativas e sua não institucionalização faz com que essas desapareçam com mudanças nos cargos, na gestão, com transferência ou ausência do profissional, sem que haja uma continuidade.

Os programas não são institucionalizados, eles são personalizados vamos pensar assim: a pessoa que se empenha, a pessoa que vai, quando a pessoa sai do cargo que ela ocupava, não tem outra pessoa que dê sequência (P4).

O caráter provisório é motivo de desencanto dos trabalhadores que participam de iniciativas avaliadas como interessantes e que são abandonadas em função de sua não institucionalização como uma política de Estado, muitas vezes nem de governo. A questão da saúde em região de fronteira necessita de maior estabilidade, uma vez que envolve países distintos, acordos que demandam tempo, energia, diálogo e superação de barreiras burocráticas em cada país.

A solução dificilmente partirá da vontade política de um município, então essa é a maior dificuldade de integrar as três esferas dos três níveis de governos, para discutirem efetivamente as soluções do problema como política (P3).

Como se observa na fala acima, a integração em região de fronteira excede o âmbito municipal e requer uma intervenção federal para a sua solução. Ressaltando que a intervenção federal deve estar articulada com o país vizinho para que seja efetivada. Todavia, a nossa Constituição concentra grande parte da competência acerca dos temas de fronteira à União, deixando assim pouca margem de articulação de políticas de desenvolvimento local^(11,13).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As regiões fronteiriças e os problemas ali vivenciados ainda carecem de visibilidade e de políticas específicas para seu enfrentamento. A ausência dessas iniciativas faz com que a população transfronteiriça enfrente discriminações, gere uma dualidade de cidadãos, tornando o acesso do transfronteiriço à rede de atenção à saúde instável e dependente de decisões subjetivas dos profissionais de saúde que estão na ponta do sistema.

Os municípios menores, com 100% de ESF, apresentam maior acolhimento na AB. A regionalização e a organização das redes de atenção, em busca da integralidade e equidade é um desafio no SUS, visto que por vezes o cerne de discussão político-social inerentes a essas políticas é menosprezado, e na prática se limitam apenas a questões burocráticas e administrativas. Outra complicação decorre da diminuição com gastos em saúde pública. No Brasil, a redução dos recursos interfere na oferta de bens e serviços de saúde, e implica em mais e maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde.

O Sis-Fronteira e o Saúde do Viajante foram iniciativas importantes no sentido de reconhecerem a problemática, mas pontuais e descontínuas, o que também ocorre com as iniciativas locais não institucionalizadas. Cabe ressaltar que os dois programas foram unilaterais e hierarquizados verticalmente, não havendo espaço de discussão compartilhada entre os envolvidos, tanto na implantação como no financiamento. A disseminação do pensamento integrador e de solidariedade entre os povos, a partir do nível local, poderão contribuir para ampliar a noção de cidadania e de acolhimento ao transfronteiriço.

Como limitações deste estudo, indica-se a participação voluntária dos respondentes, que pode gerar um viés de auto-seleção nos resultados e/ou inadequada compreensão do significado das perguntas. Seria importante ampliar as discussões de peculiaridades de outras cidades gêmeas.

CROSS-BORDER ACCESS TO HEALTH SERVICES IN TWIN CITIES OF PARANÁ

ABSTRACT

Objective: to understand the dynamics of cross-border access to health services. **Method:** exploratory, descriptive and field research in four twin cities of Paraná (Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste and Barracão). Data were obtained through semi-structured interviews applied to health managers and submitted to the thematic content analysis proposed by Bardin. **Results:** it was observed in the study four thematic categories critically discussed with the literature a) there is a greater reception in smaller municipalities, especially in primary care; b) financing as a major barrier to cross-border access; c) the discretionary decision of the health professional at the time of care due to the absence of institutionalized long-lasting guidelines. **Final considerations:** it has been found that access to cross-border health services is unstable and confusing, but the dissemination of integrative thinking and solidarity among population from the local level may contribute to broadening the idea of citizenship and cross-border hosting.

Keywords: Health policy. Border health. Health Services Accessibility.

ACCESO DEL TRANSFRONTERIZO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN CIUDADES GEMELAS DE PARANÁ

RESUMEN

Objetivo: comprender la dinámica de acceso del transfronterizo a los servicios de salud. **Método:** investigación exploratoria, descriptiva y de campo en cuatro ciudades gemelas de Paraná-Brasil (Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste y Barracão). Los datos fueron obtenidos por medio de entrevista semiestructurada aplicada a los gestores de salud y sometidos al análisis temático de contenido propuesto por Bardin. **Resultados:** cuatro categorías temáticas discutidas críticamente con la literatura, se observó en el estudio que a) hay una mayor acogida en los municipios menores, sobre todo en la atención básica; b) la financiación como principal obstáculo para el acceso del transfronterizo; c) la decisión discrecional del profesional de salud en el momento de la atención ante la ausencia de directrices institucionalizadas que perduren. **Consideraciones finales:** se verificó que el acceso al servicio de salud del transfronterizo es inestable y confuso, pero la diseminación del pensamiento integrador y de solidaridad entre los pueblos, a partir del nivel local, podrá contribuir para ampliar el concepto de ciudadanía y acogida al transfronterizo.

Palabras clave: Política de Salud. Salud en la frontera. Acceso a los servicios de salud.

REFERÊNCIAS

1. Bento FR. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional Sul-Americana. *Conjuntura Austral*, 2015; 6(27-28):40-53. doi: <https://doi.org/10.22456/2178-8839.51125>.
2. Campos HA. O papel estratégico de cidades gêmeas no controle

de mercadorias em regiões de fronteira no contexto do MERCOSUL: Uruguiana (BR) e Paso de los Libres (AR). *Redes*. 2017; 22(1):56-73. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/redes.v22i1.8667>.

3. Mello F, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2015; 20(7):2135-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>.
4. Oliveira ARF, Souza RCM. As cidades fronteiriças na América do Sul: polêmicas e conflitos com o centro oeste brasileiro. *Rev. Tamoios*. 2014; 10(1):67-87. doi: <https://doi.org/10.12957/tamoios.2014.7269>.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª Lisboa: Edições, v.70, 2011.
6. Santos-Melo GZ, Andrade SR, Souza CRS, Erdmann AL, Meirelles BHS. Organization of the health care network in the state of Amazonas - Brazil: a documentary research. *Cienc Cuid Saude*. 2018; 17(3):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.37963>.
7. Viana ALD'A, Melo ABGA, De Negri Filho A, Medina MG. Regionalization and Health Networks. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):1791-98. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
8. Duarte LS, Pessoto UC, Guimaraes RB, Heimann LS, Carvalheiro JRC, Cortizo CT, et al. Regionalization of health in Brazil: an analytical perspective. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):472-85. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>.
9. Mendes A, Louvison M. The debate of regionalization in turbulent times of the unified health system. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):393-402. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200200>.
10. Preuss LT, Nogueira VMR. O pacto pela saúde nas cidades gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. *Textos Contextos*. 2012; 11(2):320-32. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12346>.
11. Albuquerque, JL. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. *Rev. TOMO*, 2015; 26:97-122. doi: <https://doi.org/10.21669/tomo.v0i0.4404>.
12. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and

universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(3):e0001221. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.

13. Branco ML. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. *Cad Ibero Am. Direito Sanit*. 2013; 2(1):40-54. doi: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i1.29>.
14. Agustini J, Nogueira VMR. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. *Serv Soc Soc*. 2010; 102:222-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200003>.
15. Nogueira, VMR, Fagundes HS, Castamann D, Kreutz ITA. Institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. *Serv. Soc. Rev*. 2018; 21(1):263-288. doi: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2018v21n1p263>.
16. Silva S, Carmo F. Princípio da Integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2015; 7(4):94-107. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/373/274>.
17. Ferreira CMPG, Braticevic SI, Mariani MAP. The multiple borders in the health care provided to foreigners in Corumbá, Brazil. *Saúde Soc São Paulo*. 2015; 24(4):1137-1150. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>.
18. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Cien Saúde Colet*. 2017; 22(4):1109-1120. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>.
19. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Brazilian municipalities and their own expenditures on health: some associations. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(3):953-63. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>.
20. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Resolução nº 80/2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2789>.

Endereço para correspondência: Solange Aikes. Avenida Silvio Américo Sasdelli, 1842 - Bairro Itaipu A, Edifício Comercial Lorivo, CEP: 85866-000 - Caixa Postal 2044 - Foz do Iguaçu - Paraná.

Data de recebimento: 04/07/2018

Data de aprovação: 20/08/2019