



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS  
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE AOS ESTRANGEIROS DE UM  
MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA):  
UMA ANÁLISE DA POLÍTICA**

**CINTHYA DE FÁTIMA OLIVEIRA STRADA**

Foz do Iguaçu -PR  
2018



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS  
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPD)**

**ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE AOS ESTRANGEIROS DE UM  
MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA):  
UMA ANÁLISE DA POLÍTICA**

**CINTHYA DE FÁTIMA OLIVEIRA STRADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Walfrido Kühn Svoboda

Foz do Iguaçu - PR  
2018

**CINTHYA DE FÁTIMA OLIVEIRA STRADA**

**ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE AOS ESTRANGEIROS DE UM  
MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA):  
UMA ANÁLISE DA POLÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

**BANCA EXAMINADORA**

Orientador: Prof. Dr. Walfrido Kühl Svoboda  
UNILA

Profa. Dra. Gladys Amélia Veléz Benito  
UNILA

Profa. Dra. Eliane Pinto de Góes  
UNIOESTE

Foz do Iguaçu, 27 de Julho de 2018.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação da Biblioteca Latino-Americana  
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA

S895

Strada, Cinthya de Fátima Oliveira.

Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da triplíce fronteira Brasil, Paraguai e Argentina: uma análise da política / Cinthya de Fátima Oliveira Strada. - Foz do Iguaçu, PR, 2018. 112 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade E Política. Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu-PR, 2018.

Orientador: Walfredo Kühn Svoboda.

1. Política de saúde - Fronteira. 2. Estrangeiros. 3. Tríplíce fronteira (Argentina, Brasil, Paraguai). I. Svoboda, Walfredo Kühn. II. Universidade Federal da Integração Latino-Americana. III. Título.

CDU 34:614.2-054.72(1-04)

Dedico este trabalho a DEUS e minha  
família.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me dar força para seguir em frente com otimismo e perseverança.

Ao meu marido Erich Strada, por ser minha base sólida e cuidar dos nossos filhos em minha ausência durante esses dois anos de luta, sempre me motivando a não desistir.

Aos meus filhos Ian Rafael e Gabriela por ser esses exemplos de filhos, que me dão orgulho todos os dias, vocês são herança do Senhor na minha vida, e é para vocês que dedico todo meu esforço diariamente para me tornar uma profissional e um ser humano melhor.

Aos meus pais José Messias e Marcia por serem exemplos de pais e pessoas honestas e integras, sem vocês nunca teria alcançado meu sonho de estudar e realizar minhas metas profissionais.

Aos meus irmãos Fernando e Thaissy pelas trocas de experiências, companheirismo e respeito, e sempre me motivar nos momentos de tristeza, vocês não sabem o quanto são importantes na minha vida, não tem palavras para descrever.

Meus cunhados Lara e Lincoln, Lara sempre realista e desafiadora em suas palavras e sempre me questionando sobre os assuntos da pesquisa, e o Lincoln com sua tranquilidade inabalável ter que escutar nos almoços de domingo sobre minha pesquisa e todas as lamurias de se realizar o mestrado.

Aos meus sobrinhos Cecilia, Lívia, João Vitor e Maria Alice, por me fazer feliz simplesmente por existirem na minha vida.

Meu professor orientador Walfrido Kühl Svoboda não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela sua amizade, sendo comprometido com o seu trabalho e sempre motivado para melhorar a saúde do município, participando ativamente das políticas de saúde.

Aos professores da banca pelas orientações.

Aos colegas de curso pela motivação e companhia nas aulas, sempre lembrarei de vocês com carinho e alegria.

Ao meu colega Eduardo Gomes pelas exaustivas conversas de motivação e humor para não me deixar desistir, admiro sua garra e força para continuar, apesar de todos os problemas enfrentados.

Aos meus colegas de trabalho, que sempre me motivaram a ser uma

profissional melhor, e entender meu cansaço para alcançar esse resultado.

Aos Gerentes e supervisores de distrito que me receberam com carinho para realizar a coleta de dados.

As minhas amigas enfermeiras, que se dispuseram a ajudar na coleta de dados desta pesquisa.

E a todos que direta e indiretamente ajudaram para que esta pesquisa pudesse ser concretizada. Aqui existe inúmeros nomes de pessoas que me auxiliarão e seria impossível descrever cada um, mas saiba que me lembro de todos e que tudo que precisarem estarei sempre pronta para ajuda-los, demonstrando minha gratidão.

*“No que diz respeito ao empenho, ao compromisso,  
ao esforço, a dedicação, não existe meio termo. Ou  
você faz uma coisa bem feita ou não faz”*

*(Ayrton Senna)*

## RESUMO

Foi realizada uma caracterização e análise da política do atendimento prestado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos pacientes estrangeiros residentes ou não no município de Foz do Iguaçu-PR entre 2010 e 2016 para compreender a percepção dos profissionais de saúde que realizaram esse atendimento à população estudada. Pesquisa quanti-qualitativa com coleta sistemática de dados sobre a população estrangeira que frequentou as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Foz do Iguaçu-PR entre 2010 e 2016. Foram escolhidas seis unidades de saúde, por estarem localizadas em Distritos Sanitários diferentes do município, e ainda apresentarem características semelhantes, pois são consideradas portas de entrada para os usuários do SUS. Foram levantados dados quantitativos sobre a existência da população nas bases de dados, por meio dos prontuários (papel e eletrônico) no período de 2010 a 2016 que procuraram os serviços de saúde. Esse recorte temporal foi escolhido devido aos problemas relacionados com as emissões do cartão SUS para estrangeiros no período de 2010 a 2016. O município que tem aproximadamente 300 mil habitantes possuía 800 mil cartões SUS cadastrados, como foi noticiado naquele período. Na pesquisa qualitativa exploratório, foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves: gerentes das UBSs, com o objetivo de descobrir se os profissionais de saúde estavam ou não de posse das informações sobre o atendimento à população estrangeira e o conhecimento das políticas de saúde existentes para essa demanda, e ainda se esses gestores locais conhecem sobre o plano operacional dos gestores do município para o atendimento aos estrangeiros nos serviços de saúde. **Resultados:** Os atendimentos dos estrangeiros correspondem em menos de 1% dos atendimentos registrados no SAÚDEFOZ em 83% das UBSs pesquisadas, insuficiência de registro ou falta de sistematização para arquivar dados de atendimentos tanto de usuários brasileiros quanto de estrangeiros nas UBSs pesquisadas, além do desconhecimento por parte dos profissionais entrevistados a respeito do fluxo destes atendimentos a usuários estrangeiros. **Conclusão:** Algumas estratégias são identificadas e são adotadas por gestores e profissionais, como a utilização do Cartão do Sus para o controle dos atendimentos e tornar a UBS mais resolutiva para a demanda espontânea.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas Públicas, Saúde, Fronteira, Unidade Básica de Saúde.

## ABSTRACT

A characterization and analysis of the policy of care provided by the Basic Health Units (BHU) to foreign patients resident or not in the city of Foz do Iguaçu-PR between 2010 and 2016 was carried out to understand the perception of health professionals who performed this care study population. Quantitative-qualitative research with systematic data collection on the foreign population that attended the Basic Health Units (BHU) of Foz do Iguaçu-PR between 2010 and 2016. Six health units were chosen because they are located in different Sanitary Districts of the municipality, and still present similar characteristics, since they are considered entry ports for SUS users. Quantitative data were collected on the existence of the population in the databases, through medical records (paper and electronic) in the period from 2010 to 2016 that sought health services. This time cut was chosen due to the problems related to SUS card issuance for foreigners in the period from 2010 to 2016. The municipality that has approximately 300 thousand inhabitants had 800 thousand SUS cards registered, as was reported in that period. In the exploratory qualitative research, semi-structured interviews with key informants were conducted: managers of the UBSs, with the objective of finding out whether or not health professionals were in possession of the information about the service to the foreign population and the knowledge of the health policies existing ones for this demand, and even if these local managers know about the operational plan of the managers of the municipality for the service to foreigners in the health services. Results: Inquiries by foreigners correspond to less than 1% of the visits recorded in SAÚDEFOZ in 83% of the UBSs surveyed, insufficiency of registration or lack of systematization to file data from Brazilian and foreign users at the UBSs surveyed, as well as ignorance by the professionals interviewed about the flow of these services to foreign users. Conclusion: Some strategies are identified and adopted by managers and professionals, such as the use of Sus Card to control attendance and make UBS more resilient to spontaneous demand.

**KEYWORDS:** Public Policies. Health. Border. Foreign. Basic Health Unit (UBS).

## RESUMEN

Se realizó una caracterización y análisis político de la atención prestada por las Unidades Básicas de Salud (UBS) a los pacientes extranjeros residentes o no en el municipio de Foz do Iguazú-PR entre 2010 y 2016 para comprender la percepción de los profesionales de salud que realizaron esa atención a la población estudiados. Investigación cuantitativa con colecta sistemática de datos sobre la población extranjera que frecuentó las Unidades Básicas de Salud (UBS) de Foz do Iguazú-PR entre 2010 y 2016. Se eligieron seis unidades de salud, por estar ubicadas en Distritos Sanitarios diferentes del municipio, y aún presentan características similares, pues se consideran puertos de entrada para los usuarios del SUS. Se levantaron datos cuantitativos sobre la existencia de la población en las bases de datos, por medio de los prontuarios (papel y electrónico) en el período de 2010 a 2016 que buscaban los servicios de salud. Este recorte temporal fue escogido debido a los problemas relacionados con las emisiones de la tarjeta SUS para extranjeros en el período de 2010 a 2016. El municipio que tiene aproximadamente 300 mil habitantes poseía 800 mil tarjetas SUS registrados, como se informó en aquel período. En la investigación cualitativa exploratoria, se aplicaron entrevistas semiestructuradas con informantes claves: gerentes de las UBSs, con el objetivo de descubrir si los profesionales de salud estaban o no en posesión de las informaciones sobre la atención a la población extranjera y el conocimiento de las políticas de salud para esta demanda, y aún si esos gestores locales conocen sobre el plan operativo de los gestores del municipio para la atención a los extranjeros en los servicios de salud. Resultados: Las atenciones de los extranjeros corresponden en menos del 1% de las atenciones registradas en el SAÚDEFOZ en el 83% de las UBSs encuestadas, insuficiencia de registro o falta de sistematización para archivar datos de atenciones tanto de usuarios brasileños y de extranjeros en las UBSs investigadas, además del desconocimiento por parte de los profesionales entrevistados respecto al flujo de estas atenciones a usuarios extranjeros. Conclusión: Algunas estrategias son identificadas y son adoptadas por gestores y profesionales, como la utilización de la tarjeta de Sus para el control de las atenciones y hacer la UBS más resolutiva para la demanda espontánea.

**PALABRAS CLAVE:** Políticas Públicas, Salud, Frontera, Unidad Básica de Salud

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS .....	17
2.1.1 <i>POLÍTICAS PÚBLICAS E A REGIÃO DE FRONTEIRA</i> .....	21
2.1.2 <i>POLÍTICAS PÚBLICAS E A TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)</i> .....	27
2.1.3 <i>POLÍTICAS PÚBLICAS E A MIGRAÇÃO NA REGIÃO DE FRONTEIRA</i> .....	28
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	35
2.2.1 <i>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS E O MERCOSUL</i> .....	35
2.2.2 <i>CRIAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DAS FRONTEIRAS (SIS-FRONTEIRAS) PELO MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL</i> .....	39
2.2.3 <i>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NOS PAÍSES PERTENCENTES À TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)</i> .....	40
2.2.3.1 – <i>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ARGENTINA</i> .....	40
2.2.3.2 – <i>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO PARAGUAI</i> .....	41
2.2.3.3 – <i>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL</i> .....	44
2.2.3.3.1 – <i>A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL, A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A SAÚDE NA FRONTEIRA</i> .....	46
2.2.3.3.2 – <i>A ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) COMO PORTA DE ENTRADA NO SUS E COMO ORDENADORA DAS REDES INTEGRAIS DE SAÚDE NO BRASIL</i> .....	55
2.2.4 <i>O MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU-PR E A SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)</i> .....	58
2.2.4.1 <i>IMPACTO DA POPULAÇÃO ESTRANGEIRA E “BRASIGUAIOS” NO SUS EM FOZ DO IGUAÇU-PR</i> .....	61
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>63</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	63
3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	63
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>64</b>
4.1 LOCAL DE ESTUDO .....	64
4.2 COLETA DE DADOS .....	68
4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA.....	69
4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO .....	70
4.5 TIPO DE PESQUISA REALIZADA.....	71
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>72</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>94</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO SISTEMA SAÚDE FOZ.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE RELACIONADO AO ATENDIMENTO .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO 1 – DECRETO 25.072 19 DE JANEIRO DE 2017 .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO 2 – INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003/2015 - SMSA .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO 4 -PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP.....</b>	<b>110</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Faixa de Fronteira do Brasil com demais países da América do Sul (não evidenciados) contendo densidade populacional brasileira na mesma (2010).....	24
<b>Figura 2</b> – Mapa da Tríplice Fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai), de acordo com a Segurança Nacional do Brasil (2011).....	27
<b>Figura 3</b> – Mapa da Região de Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) com raio de 150km.....	28
<b>Figura 4</b> – Números de venezuelanos que migraram para o Brasil e sua cidade de origem na Venezuela.....	34
<b>Figura 5</b> – Mapa da Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina).....	65
<b>Figura 6</b> – Histórico Demográfico de Foz do Iguaçu-PR, Brasil, no período de 2010 a 2016.....	66
<b>Figura 7</b> – Mapa das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Foz do Iguaçu – PR, Brasil, 2017.....	67
<b>Figura 8</b> – Distritos Sanitários pertencentes à Secretária de Saúde do município de Foz do Iguaçu-PR, BRASIL.....	68
<b>Figura 9</b> – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da <b>UBS-A (Distrito Sanitário Nordeste)</b> do município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016.....	73
<b>Figura 10</b> – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da <b>UBS-B (Distrito Sanitário Oeste 1)</b> do município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016.....	74
<b>Figura 11</b> – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da <b>UBS-C (Distrito Sanitário Sul)</b> do município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016.....	75
<b>Figura 12</b> – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da <b>UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2)</b> do município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016.....	76
<b>Figura 13</b> – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da <b>UBS-E (Distrito Sanitário Norte)</b> do	

município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016..... 77

**Figura 14** – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da **UBS-F (Distrito Sanitário Leste)** do município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016..... 78

**Figura 15** – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina do **Pronto Atendimento (PA) Morumbi** do município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016..... 79

**Figura 16** – Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da **UPA João Samek** do município de Foz do Iguaçu – PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016..... 80

**Figura 17** – Atendimentos realizados nas UBSs analisadas no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016..... 81

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Evolução demográfica de Foz do Iguaçu (1960 a 2010 de acordo com o Censo.....	58
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos gestores locais em relação ao tempo de trabalho nas UBS do município de Foz do Iguaçu- PR (2010 A 2016).....	83
<b>Quadro 2</b> - Caracterização dos gestores locais em relação a função exercida e formação profissional nas UBS do município de Foz do Iguaçu - PR (2010 a 2016).....	84

### **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ILAESP	Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

Os municípios de fronteira são definidos por territorialidades heterogêneas, possuindo interações econômicas, culturais e políticas. Estudar essa região é necessário para poder melhorar e conhecer obstáculos à integração, avaliar seus resultados negativos e subsidiar a formulação de políticas para a melhoria da vida e garantia de direitos sociais de saúde da população fronteiriça (MELLO, VICTORIA e GONÇALVES, 2015).

No Brasil, a saúde é regulamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sendo definido como um conjunto de ações de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, ou por entidades a eles vinculadas. É um direito conquistado pela população brasileira, que está consolidado na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O SUS tem como característica a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, e permite igualmente uma assistência tida como atividade livre à iniciativa privada, incorporando uma diversidade entre o público e o privado no financiamento da atenção à saúde (FERREIRA, MARIANI e BRATICEVIC, 2015).

Os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos são inegáveis, porém torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Para compreender melhor as necessidades e problemas de saúde nas áreas fronteiriças, o governo brasileiro criou o projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS - Fronteiras), em 6 de julho de 2005, com o propósito de ampliar a capacidade operacional, através de um sistema de compensação financeira, de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha de fronteira e que atraem visitas regulares de pacientes oriundos dos países limítrofes (FERREIRA, MARIANI e BRATICEVIC, 2015).

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS – Fronteiras) criado pela Portaria GM 1120/05 do Ministério de Saúde do Brasil, é uma forma de política pública de saúde e um instrumento legal que visa atender à necessidade dos serviços de saúde na fronteira, viabilizando o desenvolvimento de ações com o acesso à saúde de pessoas que passam a residir em solo brasileiro (ALMEIDA

PRADO, AMARAL, 2013).

O caso da saúde nas fronteiras do Brasil foi considerado setor estratégico para o desenvolvimento sustentável, e começou a atrair a atenção dos planejadores de políticas voltadas para a integração. Isso refletiu a constatação de que sem um planejamento integrado os problemas no desenvolvimento dessas regiões e dificuldades nos processos de integração regional não serão superados (GADELHA e COSTA, 2007).

Em municípios fronteiriços, os serviços de saúde oferecidos assumem um importante fator no cotidiano dos sujeitos que ali residem e transitam, na medida em que podem facilitar ou limitar o acesso destes usuários, em função de seu local de residência, contribuindo ou impedindo a garantia de direitos à saúde. Devido às fortes evidências empíricas de que os serviços de saúde nessas cidades do Brasil são amplamente utilizados por clientela brasileira que reside nos países vizinhos e por estrangeiros como paraguaios, que buscam os serviços de saúde em trânsito pela cidade ou que nela residem, veio o interesse em pesquisar essa parcela da população. Entretanto, essa demanda não é considerada no planejamento dos serviços e pode causar impacto na qualidade da atenção prestada (CAZOLA *et al.*, 2011).

Sabe-se que a saúde é um direito de todos os brasileiros e o sistema de saúde garante atenção gratuita a todos os seus cidadãos, porém, nos municípios de fronteira é complexa essa garantia, pois assumem uma importante dimensão no cotidiano dos sujeitos que ali residem e transitam, na medida em que podem facilitar ou limitar o acesso destes usuários, em função de seu local de residência, contribuindo ou impedindo a garantia de direitos à saúde (MELLO, VICTORIA e GONÇALVES, 2015).

O desenvolvimento do setor saúde é uma prioridade, pois está relacionado ao bem-estar da população, sendo priorizados ainda a inclusão social, o combate à pobreza e às desigualdades diversas, o desenvolvimento da voz política dos menos favorecidos e historicamente marginalizados da sociedade e o resgate da dívida social. Dentre todos, a saúde apresenta-se como um dos setores em maior evidência para a realização de políticas públicas (GALLO e COSTA, 2004).

Trabalhar políticas de saúde em região de fronteira pode apresentar uma série de dificuldades onde o sistema de saúde do Brasil (o SUS) acaba por não garantir de forma efetiva o direito à saúde para estrangeiros e/ou cidadãos residentes em

outro país.

Segundo notícia veiculada no canal de comunicação G1.globo, em 03 de agosto de 2015, no ano de 2015 “a Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu-PR estima que gasta por mês R\$ 3,5 milhões com o atendimento de paraguaios e de outros estrangeiros. Só com hemodiálise, são R\$ 100 mil mensais” (G1.globo, 2015).

Após o levantamento dos números de pacientes estrangeiros atendidos nas unidades básicas de Foz do Iguaçu-PR, algumas questões serão levantadas como, qual o número de atendimentos aos estrangeiros no serviço de saúde; como ocorre o processo de trabalho frente aos atendimentos realizados com os estrangeiros; se com o estabelecimento de um fluxo de atendimento para esses pacientes estrangeiros, facilitaria o atendimento dos mesmos sendo mais eficiente e eficaz e como as políticas públicas de saúde que existem atualmente garantem o atendimento aos pacientes estrangeiros.

O objetivo dessa dissertação foi realizar uma análise sobre a política de saúde existente no atendimento usuários estrangeiros residentes ou não no município de Foz do Iguaçu-PR que procuraram o serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os anos de 2010 a 2016.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

A ciência das políticas surgiu na América do Norte e na Europa, após a II Guerra Mundial, quando os estudiosos da temática política buscaram um novo entendimento para as relações entre os governos e os cidadãos que explicasse melhor o crescimento da atividade do setor público voltada à criação, cada vez mais ambiciosa, de programas econômicos e sociais (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Não existe uma definição específica sobre política pública. Diversos autores debatem sobre o tema, como:

Mead (1995) que a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, p.24, 2006).

Política pública é um conceito abstrato que se materializa por meio de instrumentos variados, onde o processo de elaboração de políticas públicas também é conhecido como ciclo de políticas públicas. É um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECHHI, 2014).

Howlett, Ramesh e Perl (2013) define a política pública como um “conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessário para alcança-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio, ao alcance desses atores”.

A política pública caracteriza-se pela abrangência universal e não discriminatória, não é de um governo específico e, muito menos, de uma matriz partidária, sendo, um conjunto de programas, projetos e serviços demandados pela população e respaldados pela legislação e que devem ser executados pelo Estado,

através dos governos, nos diferentes níveis da federação e com participação ativa da sociedade civil organizada, mediante o controle social democrático. Por causa das políticas públicas é que são formulados, desenvolvidos e postos em prática programas de redistribuição de bens e serviços, regulados e providos pelo Estado, com a participação e o controle da sociedade (GOMES e MACHADO, 2015).

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, assim qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade, razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (SOUZA, 2006).

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, sendo uma orientação à atividade ou à passividade de alguém. Possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público. Em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (SECHHI, 2014).

A maioria das políticas envolve várias decisões que contribuem cumulativamente para um efeito ou impacto, assim uma política voltada para a saúde, consiste numa série de decisões sobre a construção de equipamentos específicos, certificação de pessoal e de medicamentos e o financiamento da produção de serviços ou cuidados próprios à área, entre outros muitos itens. Essas várias decisões inter-relacionadas são, muitas vezes, tomadas por diferentes indivíduos ou órgãos no interior do próprio governo, como o Ministério da Saúde, o Ministério da Fazenda ou o Ministério do Desenvolvimento e Bem-estar Social, e por vários departamentos e divisões a eles vinculados (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

De acordo Sechhi (2014) existem sete fases principais da política pública: a primeira é a identificação do problema, depois a formação da agenda, com pautas específicas para a intencionalidade pública, como terceira fase a formulação de alternativas, tomada de decisão, a implementação das políticas públicas, a avaliação e por fim, a extinção. Os partidos políticos, os agentes políticos e as organizações não governamentais são alguns dos atores que se preocupam constantemente em identificar problemas públicos. Do ponto de vista racional, esses atores encaram o

problema público como matéria-prima de trabalho. Um político encontra nos problemas públicos uma oportunidade para demonstrar seu trabalho ou, ainda, uma justificativa para a sua existência. A agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes. Ela pode tomar forma de um programa de governo, um planejamento orçamentário, um estatuto partidário ou, ainda, de uma simples lista de assuntos que o comitê editorial de um jornal entende como importantes.

Para que a agenda contenha conteúdo de interesses públicos, existem indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel essencial na arena política. São os atores políticos que tem uma relevância no processo de política pública, onde tem a capacidade de influenciar direta ou indiretamente, o conteúdo e os resultados da política pública. São eles que conseguem sensibilizar a opinião pública sobre problemas de relevância coletiva e que tem a influência na decisão do que entra ou não na agenda, portanto estudam e elaboram propostas, tomam decisões e fazem que intenções sejam convertidas em ações (SECCHI, 2015).

Porém, sabe-se que determinar um problema público e inseri-lo na agenda governamental é um grande desafio, isso significa levantar os recursos existentes para conduzir da melhor forma e pensar nas alternativas para solução dos problemas (DEUBEL, 2014).

Existem dois tipos de agenda: (1) Agenda Política, também conhecida como agenda sistêmica, é o conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública; (2) Agenda Formal: também conhecida como agenda institucional, é aquela que elenca os problemas ou temas que o poder público já decidiu enfrentar (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

A formulação de alternativas é o instrumento supremo de poder, porque a definição de alternativas é a escolha dos conflitos, e a escolha dos conflitos aloca poder. O estabelecimento de objetivos é o momento em que políticos e demais atores envolvidos no processo resumem o que esperam que sejam os resultados da política pública (SECHHI, 2014).

A tomada de decisão representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas (SECHHI, 2014).

A fase de implementação da política pública sucede à tomada de decisão e antecede os primeiros esforços avaliativos. É aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações. A importância de estudar

a fase de implementação está na possibilidade de visualizar, por meio de esquemas analíticos mais estruturados, os obstáculos e as falhas que costumam acometer essa fase do processo nas diversas áreas de política pública (saúde, educação, habitação, saneamento, políticas de gestão etc. A avaliação da política pública é o “processo de julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em prática”. A avaliação é a fase do ciclo de políticas públicas em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou (SECHHI, 2014).

A dinâmica política é bastante diferente em países onde há total espaço para contestação pública contra o governo e países pouco liberais nesse sentido. No outro eixo, é possível distinguir países quanto ao nível de inclusão social (participação de vários segmentos sociais) nos processos decisórios. Uma rede de políticas públicas é uma estrutura de interações, predominantemente informais, entre atores públicos e privados envolvidos na formulação e implementação de políticas públicas. Os atores da rede possuem interesses distintos, mas interdependentes, e tentam resolver problemas coletivos de uma maneira não hierárquica. As redes de políticas públicas são compostas de atores públicos e privados que se sintam motivados para debater e agir em torno de temas de interesse comum (SECHHI, 2014).

A implementação política, muitas vezes, depende de servidores públicos e de funcionários administrativos para estabelecer e gerenciar as ações necessárias. Embora os políticos sejam atores importantes nas decisões que levam ao processo de implementação e possam desempenhar papel ativo nos esforços subsequentes de supervisão e avaliação, a maior parte das atividades do dia a dia da administração pública compete, comumente, a servidores público assalariados (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Para que as políticas se efetivem é fundamental a participação da sociedade civil organizada, no processo de elaboração, execução, fiscalização orçamentária, com vista ao alcance de três princípios fundamentais: universalização, responsabilidade pública e gestão democrática, estes princípios estão previstos na Constituição Federal de 1988 e sua efetivação requer compartilhamento na tomada de decisão e nas ações executadas pelos diferentes entes federados. Esse processo

não está dado, mas requer contínua revisão, problematização e construção de mecanismos que possibilitem avançar na direção do fortalecimento de políticas efetivamente públicas, garantidoras de direitos (GOMES e MACHADO, 2015).

Uma política pública possui dois elementos fundamentais: (1) intencionalidade pública e (2) resposta a um problema público, assim a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2015).

Existe uma necessidade de ampliar o entendimento sobre a autonomia do poder local, articulada com as diretrizes de descentralização territorial e políticas de saúde, sendo uma exigência para a garantia de igualdade em ações e serviços de saúde (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

“Um resumo dos debates nas escalas de poder político aponta três eixos de análise sobre a relação entre direitos e territórios: no campo geoeconômico, político-administrativo e sociojurídico. Tais eixos não são estanques, mantendo forte articulação interna e sendo possível o desdobramento apenas para fins analíticos” (NOGUEIRA e SILVA, p. 83, 2009).

O eixo geoeconômico debate sobre o papel e a função dos Estados nacionais e recoloca a partir dos processos transnacionais ou o que vem sendo designado como globalização, com repercussão distinta em países capitalistas periféricos e democracias frágeis, impactando de forma diferenciada as áreas urbanas e rurais e especialmente regiões fronteiriças. Existe uma forte massificação dos serviços sociais prestados à população e a impossibilidade de uma presença participativa dos interessados na gestão dos programas. As políticas sociais passam a ter como referência a descentralização para instâncias subnacionais, além de novas formas de gestão das políticas sociais, com desenho institucional conformado em função do território (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

“Quanto aos direitos sociais, há a ampliação do campo analítico em razão de uma nova articulação entre o local, o nacional e o global. Se, anteriormente, a preocupação estatal, no plano dos direitos, limitava-se às suas garantias no espaço territorial, na atualidade, é preciso enfrentar os desafios de novas cidadanias, ou cidadanias em construção, nas quais os limites e as formas de intercessão no plano global são fluídos e incertos. Emergem identidades transfronteiriças, conformando cidadanias não mais derivadas da ideia de nação, de pátria, mas culturais e territoriais. Sinalizando para essas novas tendências, podem ser citados os acordos vicinais entre os países, garantindo igualdade de direitos em faixas de fronteira” (NOGUEIRA e SILVA, p. 98, 2009)

## 2.1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E A REGIÃO DE FRONTEIRA

O limite internacional é geralmente compreendido no senso comum como uma fronteira natural. A imagem de um rio, de uma serra ou montanha vem constantemente a nossa cabeça como o marco natural que divide nações, estados e municípios. Mesmo quando os indivíduos não conhecem as fronteiras internacionais, estudam na escola, através de mapas, estes acidentes geográficos que servem para demarcar os limites naturais das nações. Utiliza-se a palavra fronteira tanto no aspecto territorial, delimitando espaços geográficos ocupados pelos mais heterogêneos agrupamentos humanos, como no sentido metafórico, onde existe de fato, uma inflação do uso do termo fronteira para as mais distintas situações sociais e culturais nas ciências sociais contemporâneas. A fronteira é tida como um espaço social privilegiado, porém cheio de especificidades, tendo uma compreensão que abrange desde sua ocupação até mesmo aos problemas típicos dos convívios sociais. Toda fronteira é vista como uma organização social desenvolvida baseada nas relações e contrastes altamente seletivos capazes de alterar identidades e interações. Muitas vezes são utilizados os termos fronteira, limite e divisa como sinônimos, mas existem diferenças específicas entre essas palavras. A fronteira é “vista geralmente como uma zona, uma faixa ou região entre dois países, é um espaço mais amplo de relações sociais de um lado e outro do limite político”. Não tem uma extensão precisa, podendo variar em cada situação. Muitas vezes, os Estados nacionais definem juridicamente uma faixa de fronteira como área de segurança nacional. O limite é abstrato e invisível, fruto de um tratado jurídico internacional ou delimitação. A divisa representa a visibilidade na paisagem geográfica deste limite invisível, sendo percebido através da construção de marcos visíveis (a demarcação) e da criação de controles alfandegários e de instituições militares que fiscalizam a saída e entrada de mercadorias e pessoas (ALBUQUERQUE, 2010).

O município de fronteira é definido por territorialidades heterogêneas enquanto produto de interações econômicas, culturais e políticas, e ainda, espaço para teste com relação a políticas públicas de integração e cooperação, um espaço de exemplos das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional. Por isso, é importante estudar essas regiões para melhor conhecer obstáculos à integração, avaliar seus resultados negativos e subsidiar a formulação de políticas para a melhoria da vida e garantia de direitos sociais de saúde da população fronteiriça (MELLO, VICTORIA e GONÇALVES, 2015).

Assim, a zona de fronteira é composta pelas faixas territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que, embora internacionais, criam um meio geográfico próprio de fronteira, só perceptível na escala local/regional das interações transfronteiriças. Portanto, é importante observar suas interações internacionais, que independente do reconhecimento e da existência de legislação específica, acordos ou arcabouço legal dos países, ou entre os países, ela existe, e as interações acontecem (BRANCO e TORRONTÉGUY, 2013).

O meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades-gêmeas, que são municípios, cidades ou povoados que possuem cidades correspondentes no país vizinho, que dependendo do tipo de conectividade, se terrestre, fluvial com ponte ou fluvial sem ponte, o fluxo de pessoas ou a interação entre as cidades se acentua ou atenua. Como pode ser verificada na definição dada por Gadelha: “São adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira, seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura (BRANCO e TORRONTÉGUY, 2013).

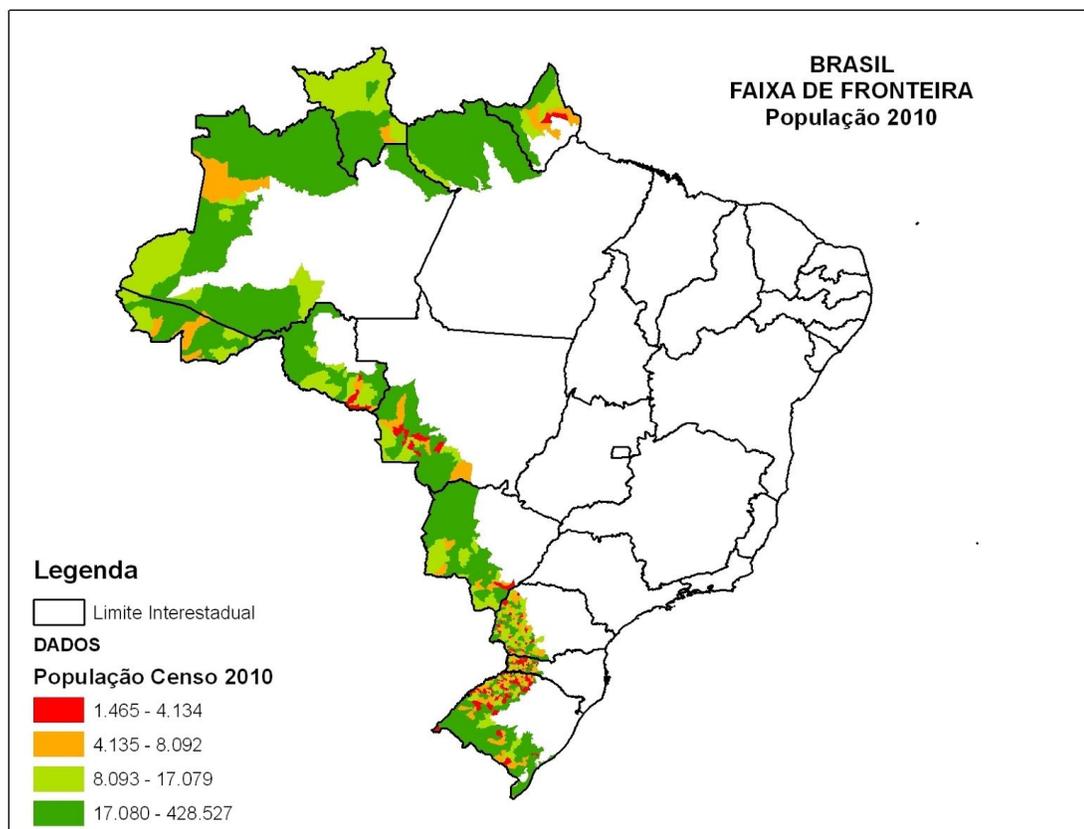
O Brasil é um país que possui onze estados que fazem fronteira com 10 países limítrofes, possuindo 588 municípios localizados na faixa de fronteira, sendo que dentre os municípios fronteiriços, se verifica, embora ainda não se tenha dados quantitativos, essas populações de países vizinhos buscam atendimento no sistema de saúde brasileiro. O estrangeiro fronteiriço ao Sistema Único de Saúde (SUS), e em que medida ele tem esse direito, considerando que, no Brasil, não há um marco regulatório único para tratar de atendimento a estrangeiros no SUS, com exceção a acordos estabelecidos com país vizinho conforme interesses brasileiros e dependendo da relação política existente nem normas e regras aplicáveis a todas as cidades de fronteira na área da saúde (BRANCO e TORRONTÉGUY, 2013).

O Brasil tem uma Faixa de Fronteira extensa de 15.719 km, que se configura como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico marcado por profundas iniquidades sociais 69 municípios brasileiros estão localizados na linha de fronteira, isto é, seu território faz divisa com os três países fundadores do MERCOSUL: Argentina (1.263 km), Paraguai (1.339 km) e Uruguai (1.003 km). Esta região é mais intensamente afetada pela dinâmica transfronteiriças decorrente da integração econômica promovida pelo MERCOSUL (WINTER, 2009).

A região da Faixa de Fronteira do Brasil caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre

brasileira, que abrange 588 municípios de 11 Unidades da Federação: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia Roraima e Santa Catarina. Essa área corresponde a 27% do território brasileiro e reúne uma população estimada em dez milhões de habitantes. O Brasil faz fronteira com dez países da América do Sul e busca a ocupação e a utilização da Faixa de Fronteira (FIGURA 1) de forma compatível com sua importância territorial estratégica (BRASIL, 2009).

**FIGURA – 1** Faixa de Fronteira do Brasil com demais países da América do Sul (não evidenciados), contendo densidade populacional brasileira na mesma (2010).



Fonte: <http://cdif.blogspot.com/>, (2010)

Nas fronteiras existem múltiplas dimensões e cada uma delas possibilita um processo particular de construção de identidade, e ainda existe um limite que separa dois ou mais Estados-Nação, as fronteiras representam também o encontro de distintas relações, onde há um intercâmbio social, cultural e político que propicia um

processo de ambivalência, contribuindo para a construção e reconstrução de identidades (FERREIRA, MARIANI e BRATICEVIC, 2015).

Em relação aos municípios fronteiriços, verifica-se um fluxo mais intenso nas divisas com o Paraguai e o Uruguai do que com a Argentina. Entre os segmentos de maior fluxo transfronteiriço, destacam-se o Paraná e Mato Grosso do Sul que fazem fronteira com o Paraguai. Verifica-se também que a intensidade desse fluxo vai depender do tipo de acesso que se tem, da infraestrutura, e da proximidade entre a cidade brasileira e a estrangeira (BRANCO e TORRONTÉGUY, 2013).

Nos territórios de fronteiras internacionais, seja linha, área ou faixa de fronteira, e principalmente nas cidades gêmeas, o questionamento a respeito da cidadania e da garantia de direitos sociais é ampliado por duas razões: são regiões usualmente distantes dos circuitos nacionais e espelham as similitudes e as contradições entre os países. Configuram-se por distinções quanto ao atendimento às condições existenciais básicas, os limites dos direitos pensados em relação aos Estados nacionais decorrentes da precariedade das políticas públicas e pactos inovadores entre os países que colocam em evidência o fenômeno da desnacionalização, como os acordos e as áreas de livre-fronteira (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

Em 2000, foi criado o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) como alternativa de retomar o crescimento em toda a Faixa de Fronteira e foi estruturado de forma a buscar permanentemente a valorização das potencialidades locais e a integração com e entre os países da América do Sul (FEITOSA, 2015).

Intensificaram-se os debates sobre a Faixa de Fronteira, tendo em vista os processos de regionalização em curso, e pelo Brasil ter limites internacionais com os demais países da América Latina, e especialmente os integrantes do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), vêm sendo objeto de preocupações, visto que tais processos afetam sobremaneira as regiões fronteiriças. Com a constituição do MERCOSUL, essa preocupação assumiu características mais específicas, tanto no plano econômico quanto no social (PREUSS, 2007).

A situação dos sistemas de saúde em região de fronteira entrou na agenda do debate internacional mais pelas consequências do reordenamento econômico, devido à crise dos anos 1990-2000, e menos pela insatisfação e demanda dos gestores e da população residente na área (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

No campo da saúde, a ideia de continuidade territorial, conformando um

território único, ainda que em países distintos, não pode deixar de ser levada em conta. Igualmente, não se pode descurar do impacto da globalização sobre o cotidiano fronteiriço dos sistemas e serviços de saúde (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

Apesar de, a área de fronteira ser estratégica para a integração sul-americana e corresponder à aproximadamente 27% do território nacional e reunir cerca de 10 milhões de habitantes, configura-se como uma região pouco desenvolvida, historicamente abandonada pelo Estado e marcada pela dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, pela falta de coesão social e pela inobservância de condições de cidadania (BAUERMAN e CURY, 2015).

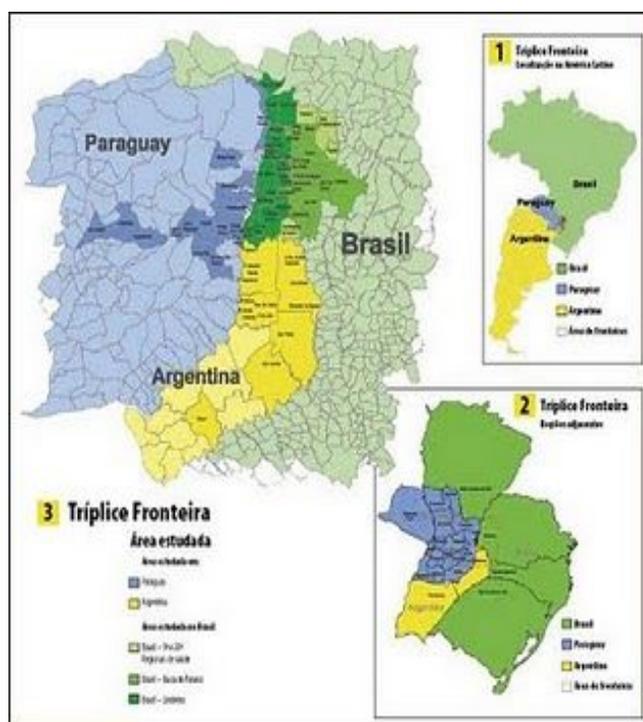
A compreensão acerca das inter-relações cidadania, direitos, fronteiras e desigualdades em saúde é condição primeira para superar os desafios impostos pela tradição de não-atenção à saúde aos estrangeiros pelo fato de não serem cidadãos brasileiros. Isto, permite aos gestores estabelecer políticas e programar ações no campo da saúde, adotando uma visão aberta de fronteira, incorporando a concepção de território como construção social, não-cindido em limites topográficos, com a integralidade territorial contígua entre os países. Esta possibilidade hoje é real em face dos acordos bilaterais e da implementação dos Pactos pela Saúde (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

Nas fronteiras do Brasil inexistem sistemas integrados de saúde com políticas específicas para cada fronteira, porém, a importância de igual nível de atenção e prestação de serviços, pois as doenças não reconhecem fronteiras. Há uma grande assimetria nos diferentes países do MERCOSUL e a saúde é extremamente complexa, pois são sistemas nacionais de saúde distintos e divergentes em termos de universalismo, equidade, cobertura, modelos de atenção à saúde, modalidades de oferta e de financiamento. Da mesma maneira, há também profundas diferenças em relação à concepção do direito à saúde no discurso e na prática (PREUSS, 2007).

## 2.1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)

De acordo com a Segurança Nacional do Brasil (2011) a Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) é caracterizada pela Faixa de Fronteira do Brasil que foi estabelecida pela Lei 6.634/79, compreendendo uma faixa interna de até 150 km (cento e cinquenta quilômetros) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, e regulamentada pelo Decreto 85.064/80 (FIGURA 2).

**FIGURA 2-** Mapa da Tríplice Fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai), de acordo com a Segurança Nacional do Brasil (2011)



Fonte: Segurança Nacional, Brasil, 2011.

A Lei 6.634 de 2 de maio de 1979 dispõe sobre a Faixa de Fronteira: “considerada área indispensável à Segurança Nacional a faixa interna de 150 Km (cento e cinquenta quilômetros) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, que será designada como Faixa de Fronteira” (FIGURA 3).

**FIGURA 3** - Mapa da Região de Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) com raio de 150 km.



Fonte: André da Silva Britto – Centro de Controle de Zoonoses de Foz do Iguaçu-PR (2017).

As interações como os países vizinhos são fortemente regidas pela expansão de interesses e de imigrantes brasileiros nos países limítrofes, incluindo desde o processo de arrendamento de terras por empresários brasileiros ligados à rizicultura no Uruguai até a frente de “brasiguaios”, como são conhecidos, nos Departamentos do Alto Paraná e Canindeyú (Paraguai) onde vivem atualmente cerca de 350 mil brasileiros e seus descendentes (WINTER, 2009).

### 2.1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A MIGRAÇÃO NA REGIÃO DE FRONTEIRA

Para se discutir políticas públicas em região de fronteira é necessário falar sobre migração. Uma discussão que se iniciou há muito tempo quando nas primeiras teorias sistemáticas das migrações em 1889, Ravenstein foi um dos primeiros estudiosos a falar sobre a migração e atribuía isso a um “clima pouco atraente” o fato “de ter produzido e ainda produzir fluxos migratórios” (entre outros fatores, como leis ruins ou opressivas, um ambiente social hostil ou, mais importante, em sua opinião, as motivações econômicas) (KAEZING e PIGUET, 2011).

As diferentes expressões da mobilidade contemporânea representam não só

oportunidades para o desenvolvimento como também riscos de natureza muito diversas, como o tráfico de pessoas, a xenofobia, a ilegalidade e a desproteção dos migrantes, cuja abordagem requer um enfoque integral. A maioria dos países são simultaneamente destino e origem, e outro número importante serve de escala de trânsito. Por este motivo para que as ações sobre migração sejam realistas e eficientes, não podem se limitar a medidas unilaterais, existe a necessidade de enfrentar a governabilidade da migração internacional mediante o diálogo e a cooperação, com uma visão multilateral que reconheça a complexidade do fenômeno e respeite os espaços de autonomia nacional para a elaboração e aplicação das políticas (CEPAL, 2002).

A compreensão acerca das inter-relações cidadania, direitos, fronteiras e desigualdades em saúde é condição primeira para superar os desafios impostos pela tradição de não-atenção à saúde aos estrangeiros pelo fato de não serem cidadãos brasileiros. Permite aos gestores estabelecer políticas e implementar ações no campo da saúde, adotando uma visão aberta de fronteira, incorporando a concepção de território como construção social, não-cindido em limites topográficos, com a integralidade territorial contígua entre os países. Esta possibilidade hoje é real em face dos acordos bilaterais e da implementação dos Pactos pela Saúde (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

Para Martine (2014) em relação as migrações internacionais a serem enfrentadas no século 21, é preciso entender como a globalização afeta os deslocamentos espaciais da população, onde o horizonte do migrante não se restringe à cidade mais próxima, nem à capital do estado ou do país, ele vive num mundo onde a globalização dispensa fronteiras, muda parâmetros diariamente, ostenta luxos, esbanja informações, estimula consumos, gera sonhos e, finalmente, cria expectativas de uma vida melhor.

Nos dias atuais, existe uma preocupação de falar sobre os direitos e o seu impacto em territórios fronteiriços, pois requer uma revisão e uma atualização das referências teóricas vinculadas a tais temas, considerando as mudanças ocorridas nas relações entre os atores políticos nos planos global, nacional e local. A crescente autonomia do poder local é relevante na implementação das políticas públicas nos municípios, sendo a descentralização territorial uma das diretrizes dessas políticas no Brasil (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

A migração é, portanto, classificada como um fenômeno social decorrente do

deslocamento de pessoas, podendo ser definitivo ou temporário. Quando ocorre dentro de um mesmo território/país é chamada de migração interna, e de um território ou país para outro território ou país, é classificado como migração externa. As migrações podem ainda ser subdivididas em voluntárias ou forçadas. As migrações voluntárias geralmente são movidas pelas vulnerabilidades sociais e advêm do desejo de mudança e de melhoria da condição de vida, por parte dos migrantes. Já as migrações forçadas são provenientes da necessidade de abandonar um local, como no caso dos asilados, exilados, os desterritorializados. A imigração e a emigração movimentam as fronteiras nacionais e criam e diluem outras tantas barreiras jurídicas e políticas. O migrante internacional é geralmente um indivíduo que saiu de um determinado país e ingressou em outro, visto que há um predomínio do Estado nacional na organização política das sociedades contemporâneas (ALBUQUERQUE, 2010).

Nas alfândegas (terrestres, aeroportos e portos), para que ocorra as travessias das pessoas, são necessários os documentos básicos que garantam a cidadania moderna no país de origem (cédula de identidade, cadastro de pessoa física, carteira de motorista, carteira de trabalho, título de eleitor, etc.) onde perdem a validade e novos documentos são necessários para que pessoas permaneçam legalmente em novo território nacional. Mesmo que os deslocamentos sejam entre países vizinhos e para uma distância que, a maioria das vezes, não ultrapassa 100 km do limite internacional, esses indivíduos deixam de ser reconhecidos como cidadãos e assumem a identidade ou são classificados oficialmente ou/e pela população nativa do país receptor como estrangeiros (ALBUQUERQUE, 2010).

A garantia do direito à saúde no SUS, considerando as suas diretrizes, que garantem a gratuidade e a universalidade, tornam um importante fator motivacional para a migração internacional, principalmente da população fronteiriça dos países do MERCOSUL (RUFINO e AMORIN, 2012).

Assim, descreve que os fluxos migratórios oneram de maneira suntuosa os gastos públicos com saúde, acarretando em dificuldades para os gestores, em especial aos municipais, pois parte do financiamento relativo à saúde é feito com base *per capita*, de maneira onde é excluído o planejamento e a programação dos atendimentos à população itinerante. Mesmo sendo elevada a procura dos atendimentos em saúde por parte dos estrangeiros, podendo ser classificadas em frequentes ou muito frequentes, não foram encontrados estudos que as

quantifiquem. Sabe-se que 69% dos municípios de fronteira no Brasil não registram os atendimentos prestados, os demais realizam apenas estimativas mensais. A migração gera inúmeros desafios para as cidades fronteiriças, que não podem ser encarados como sendo apenas deslocamentos/mudanças de endereços. Ela influencia diretamente os aspectos demográficos, sociais e econômicos de uma região, por apresentar particularidades advindas do conjunto de culturas, estilos e condições de vida do estrangeiro, com interações únicas e diferenciadas das demais cidades do país (MOCHIZUKE, 2017).

A área da saúde em municípios fronteiriços desperta interesse pelo fato que além do aspecto econômico, há um significativo número de pessoas estrangeiras que procuram pelos serviços e ações de saúde no Brasil. Essas pessoas não possuem titularidade formal de cidadania e os gestores dos sistemas locais de saúde sentem-se pressionados a atender a população fronteiriça, não possuindo, muitas vezes, condições técnicas e recursos financeiros para tanto. Diante disso, instala-se a dificuldade em prover o acesso à saúde de maneira universal e integral, preconizado pela Constituição Federal de 1988 (PREUSS, 2007).

Essas características, aliadas à liberdade de circulação da população entre os países sem a necessidade de autorização dos órgãos de imigração, facilitam a busca de serviços de saúde gratuitamente oferecidos pelo SUS no Brasil.

Existem várias definições no caso de migrações, um dos mais recentes estudos se refere à migração pendular que pode ser definida como os movimentos cotidianos das pessoas entre seu local de residência e local de trabalho ou estudo (INE, 2003).

“No entanto, para que possa caracterizar uma migração pendular, é necessário que as pessoas residam em um município e se desloquem para outro para tais finalidades (sejam eles no mesmo país ou em países vizinhos) ou residam na zona rural e se desloquem para área urbana para esses fins. Esse é um fato importante, pois é o que diferencia a migração pendular da imigração, visto que, nesse segundo caso, existe uma troca definitiva de local de residência” (ZASLAVSKY, p. 54, 2017).

Devido à existência de várias formas de mobilidade, pode ser definido pelos seguintes como ser temporário e ter períodos de estadia com duração limitada; Ser renovável: muitos períodos são possíveis; Ser “circulatório”: liberdade de movimento entre origem e destino deve ser possível durante estadia; Ser legal; Deve haver respeito aos direitos dos migrantes; Deve estar coerente com a demanda de trabalho de certo país e a possibilidade de os indivíduos migrantes suprirem essa demanda

pelo outro. Com um volume tão grande de pessoas deslocando-se todos os dias, certamente muitas delas acabam por usar serviços públicos de saúde de maneira esporádica e, caso considerem ser de melhor qualidade do que os de sua cidade de origem, procuram maneiras de fazer uso regular desses serviços (ZASLAVSKY, 2017).

No Brasil, ela é prevista legalmente através da lei 8080/1990, a qual enfatiza nos artigos 8 e 10 que o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de maneira hierarquizada e regionalizada e prevendo que os municípios possam criar consórcios intermunicipais para realizar ações e oferecer serviços conjuntamente (BRASIL, 1990).

De acordo com a descrição de Zaslavsky (2017), existem três facetas da migração pendular internacional para busca dos serviços de saúde na referida tríplice fronteira:

“Primeiro, a desconexão do gestor municipal a respeito da realidade da busca por serviços de saúde brasileiros por parte de estrangeiros em função de não haver secretários que consideram muito frequente a busca (enquanto aqueles que são atores da atenção à saúde no município de Foz do Iguaçu percebem cotidianamente a grande quantidade de Paraguaiois que buscam os serviços); segundo, a ausência de monitoramento dessa demanda transfronteiriça por atenção à saúde, o que traz, como consequência, todas as outras lacunas que acompanham esse desconhecimento, como desconhecer o custo que essa demanda acarreta ao município e não saber se existem diferenças epidemiológicas entre as pessoas residentes em lados diferentes da fronteira que buscam o mesmo serviço; e terceiro, com uma população assistida efetivamente maior que a do município, mas sem o registro do tamanho da demanda que chega por migração pendular internacional, o município fica impossibilitado de solicitar repasses diferenciados ao governo federal, operando, portanto, permanentemente, em subfinanciamento” (ZASLAVSKY, p.69, 2017).

Um estudo realizado por MELLO (2015) em Foz do Iguaçu-PR, levantou algumas questões sobre o atendimento de imigrantes no município, ao ser contemplado com o recurso do SIS-Fronteiras em 2006, decidiu construir o Centro Materno Infantil (CMI) para poder lidar com a alta demanda de gestantes “Brasiguaias” (brasileiras moradoras do Paraguai) que procuravam o centro obstétrico apenas para a realização do parto, atendimento que não poderia ser negado, pela garantia que o bebê teria pelo fato de ser brasileiro nato e pela ausência de serviços públicos brasileiros para a realização do pré-natal dessas mulheres. O objetivo do CMI seria oferecer atenção pré-natal à gestante Brasiguaias.

A globalização traz à tona e de forma mais expressiva as desigualdades, motivo que impulsiona a demanda migratória em busca de melhores condições de

vida. No momento atual, exceto no caso dos conflitos armados e dos desastres naturais, a globalização é o principal fator de migrações internacionais. Faz-se necessário reconhecer que o processo de migração sempre existiu na história do Brasil e que sua inevitabilidade enquanto fenômeno é indiscutível o que se faz iminente a necessidade de um planejamento quanto ao atendimento a esta demanda no Brasil (RUFINO e AMORIN, 2012).

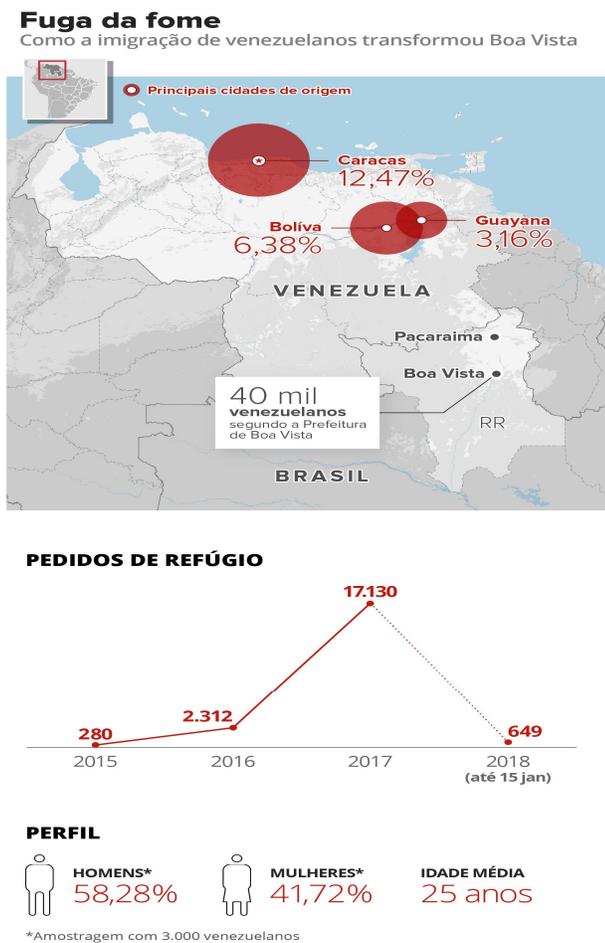
Na Europa, também existe problemas relacionados a imigração, cujas soluções não são fáceis ou imediatas e exigem por parte de todos os países uma grande flexibilidade e cooperação na sua resolução. Um dos grandes problemas é o da imigração ilegal, cuja extensão é total, sendo que 2009, só na União Europeia, residiam ilegalmente cerca de 4.5 milhões de pessoas. Os números são expressivos e incluem pessoas que procuram condições de vida melhores ou que fogem do país de origem por razões jurídicas ou humanitárias, pelo que é uma tarefa extremamente difícil identificar os verdadeiros refugiados. O controle deste tipo de migrações é um problema de grande expressão para os governos, que todos os anos veem milhares de imigrantes de todos os pontos do planeta entrar ilegalmente no seu território, muitos deles através de redes de tráfico humano. Outra questão problemática é a dos refugiados e exilados, que continua a gerar discussões e um consenso relativamente a políticas comuns nem sempre é atingido. Até 1990 havia entre os estados europeus uma grande divergência na definição de refugiado, o que criava um obstáculo para a harmonização das políticas dos vários países. Em 1997, com o tratado de Amsterdã houve uma tentativa de gerar unanimidade e criar uma legislação comum na União Europeia. Não há no entanto, ainda hoje, uma total conformidade de opiniões neste tópico e um dos desafios constantes da Europa é o da agilização destes processos, que podem permitir a muitos cidadãos uma vida em segurança e liberdade (NUNES, 2012).

No caso dos imigrantes da Venezuela, que estão tomando conta de Roraima no Brasil, pode-se identificar que o problema não é somente a violência, mas também a saúde. Segundo a Polícia Federal, o posto de Pacaraima registrou 58.211 entradas no Brasil entre outubro de 2015 e outubro deste ano. As autoridades dizem que o fluxo se acelerou nos últimos cinco meses e isso está sobrecarregando o hospital local. Os venezuelanos representam hoje entre 60% e 70% dos atendimentos feitos na unidade de saúde de Pacaraima. Por causa disso, o hospital sofre com falta de medicamentos, como antitérmicos e anti-inflamatórios. A unidade

de saúde também é obrigada a lidar com um outro problema que é consequência direta da situação da escassez de alimentos do país vizinho: a subnutrição de crianças. Entre 10% e 15% das crianças venezuelanas estão com subnutrição. (GLOBO, 2016).

Em 2018 o canal de notícias G1 divulga reportagem que nas contas da prefeitura de Boa Vista -RR, imigrantes representam mais de 10% da população da cidade. O reflexo se vê nas ruas: praças ocupadas, abrigos lotados e casas com até 31 moradores. O fluxo migratório começou em 2015, bateu recordes em 2017 e está aumentando em 2018 (FIGURA 4).

FIGURA 4- Números de venezuelanos que migraram para o Brasil e sua cidade de origem na Venezuela (Polícia Federal *apud* G1, 2018)



Fonte: Polícia Federal



Infográfico elaborado em: 05/02/2018

Fonte: Polícia Federal, 2018.

Nem todos os venezuelanos são considerados refugiados porque o refúgio é concedido àqueles que são forçados a deixar seu país devido a perseguições políticas, étnicas e religiosas. No caso de muitos, a fuga tem motivação econômica, apesar de existirem casos de pessoas que são vítimas de perseguição política ou relacionada à instabilidade e à insegurança na Venezuela. Eles pedem o visto de refúgio porque, mesmo tendo apenas a solicitação em mãos, já podem trabalhar legalmente no país.

Estudos com a experiência europeia, na esfera social, direitos e garantias de cidadania ultrapassam os limites geográficos e legais das instituições e práticas de cada país, passando a ser compartilhados em todo o bloco, ainda que sob estrita regulação. Assim, a integração é compreendida não como um fim em si mesma; é, antes, um processo em diversos domínios, com diferentes passos, multidimensional e com múltiplos níveis (PREUSS, 2007).

Em relação aos municípios fronteiriços, verifica-se um fluxo mais intenso nas divisas com o Paraguai e o Uruguai do que com a Argentina. Entre os segmentos de maior fluxo transfronteiriço, destacam-se o Paraná e Mato Grosso do Sul que fazem fronteira com o Paraguai. Verifica-se também que a intensidade desse fluxo vai depender do tipo de acesso que se tem, da infraestrutura, e da proximidade entre a cidade brasileira e a estrangeira (BRANCO e TORRONTÉGUY, 2013).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

### 2.2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS E O MERCOSUL

Em 1991, foi assinado o Tratado de Assunção, onde o MERCOSUL tornou-se o mais importante projeto de política externo do Brasil, uma das mais bem-sucedidas iniciativas diplomáticas na história da América do Sul. Tem uma evolução positiva e é um dos elementos centrais do quadro político de entendimento e cooperação entre os países do Cone Sul, onde a expansão dos fluxos de comércio e investimento intra-regionais passou a constituir importante instrumento para a promoção do desenvolvimento dos países-membros (CAMPBELL, 2010).

É uma forma de política pública, que no início da criação, foi um acordo comercial que prevê a ampliação das dimensões de mercado dos países que o

compõe, dado continuidade principalmente pelo Brasil e Argentina como um projeto de cooperação bilateral na segunda metade da década de 80, e em 1991 com o Tratado de Assunção, assinado pelos presidentes da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, e foi definitivamente instituído com o Protocolo de Ouro Preto, de 1994 (WINTER, 2009).

A formação do Mercosul teve uma forte conotação política, significando uma resposta à marginalização da região dos anos de 1980. Os países do Cone Sul, que estavam na defensiva econômica e política no final de seus respectivos governos militares, começaram uma política de aproximação. Brasil e Argentina, desde a assinatura do acordo de Itaipu, em 1979, substituíram a antiga rivalidade pela cooperação, que ficou mais explícita com a solidariedade brasileira em relação à Argentina na Guerra das Malvinas e a decepção argentina com a negação de apoio por parte dos Estados Unidos. Já no Governo José Sarney, o contencioso do Brasil com os Estados Unidos se ampliou, marcado pela insistência do Brasil em manter a reserva de mercado para a informática. Na defesa de suas posições, o governo brasileiro tinha o apoio de vários partidos, inclusive de oposição, e de militares. O que estava em jogo era a continuação do projeto brasileiro de desenvolvimento tecnológico e nuclear. Para avançar o projeto, estabeleceu com a Argentina mecanismos de cooperação nuclear e, logo em seguida, a discussão sobre a formação de um mercado comum. O objetivo principal era, então, Brasil e Argentina fortalecerem-se mutuamente ante a possível marginalização no sistema mundial (MOREIRA *et al.*, 2010).

Com a criação do Mercosul, foi articulado um espaço regional e logrado um considerável sucesso no incremento comercial entre os países membros, e ainda, criado uma economia de escala que valoriza a região na disputa pela captação de investimentos internacionais e instalação de indústrias. Entretanto, internamente não ocorreram avanços no setor social, pois o desemprego crescente e a aplicação de medidas de cunho neoliberal têm mantido ampla parcela da população fora do mercado de consumo (MOREIRA *et al.*, 2010).

A nova matriz de política externa tem como principais características o aprofundamento da integração regional (seguido de uma mudança de enfoque), a retomada da tradição multilateral do Brasil, um novo perfil crítico das relações assimétricas entre os Estados, a busca de parcerias estratégicas com países similares em todos os continentes e uma reaproximação aos países subdesenvolvidos, bem como a manutenção de relações com os países desenvolvidos. Além disso, verifica-se a retomada de uma ofensiva diplomática através da construção de uma agenda de temas sociais. Em relação ao entorno regional, como principal prioridade da agenda percebe-se a reconstrução do Mercosul e a integração sul-americana, criando um espaço para a liderança brasileira. Analisando a integração sul-americana e do Mercosul definidas como a principal prioridade, ofereceu-se aos vizinhos uma parceria para retomar o crescimento da economia, a efetiva integração física (IRSA) e uma ação estratégica no plano global para reverter a marginalização da região. (MOREIRA *et al.*, 2010).

No Brasil, as fronteiras com os países da América do Sul, são motivos de

intervenção pública devido a necessidade de garantia a segurança nacional. Nos últimos anos, a integração entre as nações tornou-se um dos meios de fortalecimento político e econômico dos países sul-americanos tendo em vista a globalização das economias mundiais (MELLO *et al.*, 2015).

O Arco Sul se caracteriza por espaço com influência socioeconômica e cultural europeia e é intensamente afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente da integração econômica promovida pelo MERCOSUL. Ainda que, em termos populacionais, os municípios da linha de fronteira não tenham grande relevância, sua presença é mais importante nos Arcos Sul e Central, que abrigam também o maior número de cidades gêmeas e é neles que ocorrem as principais interações transfronteiriças. Potencialmente, esses municípios de divisa internacional são os espaços de maior procura por serviços de saúde por estrangeiros e brasileiros não residentes, e por isso constituíram o universo de municípios da pesquisa (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

De acordo com a divisão político-administrativa do MERCOSUL o Brasil, há vinte e seis estados, constituídos por municípios, uma área de 8.514.215 km<sup>2</sup>, representando 66,30% da superfície territorial dos países do MERCOSUL. Na Argentina, existem vinte e três províncias, que se dividem em departamentos/município, e uma área de 3.745.247 km<sup>2</sup>, 29,16% da superfície territorial destes países. O Paraguai é constituído por dezessete departamentos, que se dividem em distritos, e uma área de 406.752 km<sup>2</sup>, representando 3,17% da superfície territorial dos países do MERCOSUL. No Uruguai os estados também são chamados de departamentos, num total de dezenove, dividindo-se em distritos ou províncias, dependendo de cada departamento, e área de 176.215 km<sup>2</sup>, 1,37% da superfície territorial destes países. A Venezuela é constituída por vinte e três estados que se encontram agrupados em nove regiões administrativas, numa área de 916.445 km<sup>2</sup> (PREUSS, 2007).

Na relação Argentina-Brasil, registra-se uma diferença de prioridades nas respectivas percepções do significado do projeto regional. A população do Brasil é cinco vezes maior que a da Argentina, o território é três vezes maior e o PIB é mais de duas vezes superior. O Brasil responde por cerca de dois terços do PIB total do MERCOSUL. Nesta condição, seu desempenho econômico, suas políticas domésticas e sua posição negociadora dentro do bloco condicionam estreitamente a

evolução global do processo de integração, sua metodologia e sua agenda de negociações (CAMPBELL, 2000).

Autores como Dal Prá (2007) destacam que a migração que ocorre entre os países do MERCOSUL tem como importante fator motivacional o direito assegurado à saúde constitucionalmente, além da busca por melhores condições de vida e poder econômico. Contudo, os fluxos de migrações, oneram de maneira suntuosa os gastos públicos com saúde, acarretando em dificuldades para os gestores, em especial aos municipais, pois parte do financiamento relativo à saúde é feito com base *per capita*, de maneira onde são excluídos o planejamento e a programação da população itinerante (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Silva (2014) refere que a busca dos estrangeiros por atendimento no SUS sobrecarrega a rede pública de saúde dos municípios de fronteira. Assim, diante da tentativa de negar este atendimento, em 2007 o Ministério Público Federal propôs uma ação civil pública contra a União, o estado do Paraná e o município de Foz do Iguaçu, com o objetivo de garantir o atendimento tanto aos brasileiros que moram no Paraguai (conhecidos como “brasiguaios”) quanto aos estrangeiros em trânsito no Brasil.

A integração das políticas de saúde pública entre países do MERCOSUL baseia-se no princípio da harmonização dos sistemas de saúde, onde é um direito fundamental do cidadão do bloco. Os acordos assinados a partir de 2006 impulsionaram a integração de políticas regionais em relação ao controle do tabaco, promoção da segurança alimentar e nutricional, acesso a medicamentos e critério de patentes, regulamentação de listas de espera para transplantes de órgãos, ações para a redução da mortalidade materna e neonatal e fortalecimento de sistemas regionais de gestão da saúde pública. Desta forma, o Ministério da Saúde do Brasil desenvolve projetos de cooperação e assistência técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), junto com a Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados e com o Subgrupo de Trabalho nº 11. Essa cooperação tem por objetivo desenvolver as políticas públicas de saúde no MERCOSUL, apoiando a integração das políticas regionais de saúde (LIMA, 2012).

Acordos e programas de saúde voltados para municípios brasileiros fronteiriços apoiam esforços de garantia e atenção integral e humanizada para o fortalecimento das políticas nacionais de saúde. E, coloca que as cidades fronteiriças têm concretizado a articulação local ainda com autonomias diferenciadas

e graus variados de dependências das instâncias nacionais preparatórias para entendimentos multilaterais. Neste sentido, os investimentos, recursos e estratégias para o planejamento conjunto na fronteira incentivam a cooperação e a solidariedade, bem como propicia fortalecer os entes locais na gestão do sistema saúde. Desta forma, um dos objetivos a ser superado pelos gestores das políticas públicas de saúde é a escassez de infraestrutura para a coleta e análise de dados. As falhas no processamento de dados, a escassa vinculação entre a gestão e o sistema de informação para a tomada de decisões são obstáculos presentes nos municípios de fronteira (LIMA, 2012).

### 2.2.2 CRIAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DAS FRONTEIRAS (SIS-FRONTEIRAS) PELO MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL

A saúde nas fronteiras é um tema recente nas esferas governamentais e não governamentais, sendo os assuntos mais relevantes as doenças transmissíveis e reemergentes, os refugiados, o tráfico e suas consequências (MELLO *et al.*, 2015).

De acordo com Branco (2013), os municípios que negam o atendimento ao estrangeiro fronteiriço, faz com que esse estrangeiro busque formas de obter acesso ao sistema de saúde brasileiro, e em sua maioria de forma ilegal. Por outro lado, os recursos recebidos pelo município para financiamento de suas ações de Atenção Básica são calculados com base em um valor *per capita*. Portanto os municípios fronteiriços não possuem orçamento para atender a demanda da população fronteiriça estrangeira, bem como do brasileiro que reside do lado estrangeiro da fronteira. O Ministério da Saúde, por sua vez, não repassa recursos correspondentes ao atendimento do estrangeiro fronteiriço por falta de registro, uma vez que o sistema de identificação utilizado possui base domiciliar nacional.

Sensibilizado em melhor compreender as necessidades e problemas de saúde nas áreas fronteiriças, o governo brasileiro criou o projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), em 6 de julho de 2005, com o propósito de ampliar a capacidade operacional, através de um sistema de compensação financeira, de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha de fronteira e que atraem visitas regulares de pacientes oriundos do país limítrofe (FERREIRA, MARIANI e BRATICEVIC, 2015).

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) foi instituído pelo Ministério da Saúde para identificar as potencialidades e deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde existente nos municípios fronteiriços. Em sua implementação, esse Ministério estabeleceu parcerias com as Universidades Federais para possibilitar a troca de saberes entre pesquisadores e a população dos municípios pesquisados. Primeiro foi elaborado um diagnóstico que contempla os aspectos assistenciais, pedagógicos, epidemiológicos, sanitários e ambientais da saúde pública nos municípios fronteiriços. Posteriormente, viabilizou a criação de uma rede de cooperação entre países vizinhos para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população (TAVARES *et al.*, 2007).

Devido a isso, é importante manter acordos entre países de fronteira, com o objetivo de estabelecer parcerias entre os países para melhorias do atendimento à população fronteiriça nos serviços de saúde disponíveis.

### 2.2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NOS PAÍSES PERTENCENTES À TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)

#### 2.2.3.1 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ARGENTINA

A Argentina está localizada no extremo sudeste da América do Sul. Abrange uma área de 3.761.274 km<sup>2</sup> e faz fronteira com a Bolívia, o Paraguai, o Brasil, o Uruguai, o Chile e o Oceano Atlântico. Tem uma forma de governo representativa, republicana e federal. Politicamente, o país é organizado na Cidade Autônoma de Buenos Aires e em 23 províncias que formam uma federação, distribuída em cinco regiões geográficas. Entre 1990 e 2014, a população cresceu cerca de 32,7%, atingindo cerca de 42,7 milhões em 2014. A população envelheceu e sua estrutura ficou estacionária. A esperança de vida ao nascer em 2015 foi de 76,6 anos (80,4 nas mulheres e 72,8 nos homens). Um total de 91% da população vive em áreas urbanas e 2,4% da população é indígena, com 31 grupos indígenas em todo o país (PAHO, 2017).

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

forma de “programas” do primeiro nível de atenção. O sistema de saúde na Argentina reflete a natureza do governante do país, as províncias mantêm o controle da saúde em suas jurisdições específicas. O sistema de saúde divide-se em três subsetores: público, privado e seguridade social, ou seja: (1) Público 37,4% da população tem acesso à rede pública de serviços de saúde a cargo dos ministérios da saúde nacional e provincial; (2) Seguridade social 51,2% – obras sociais e (3) Privado 7,9%: medicina pré-paga. Outros 3,2 %: população com dupla cobertura de seguro, principalmente através de planos privados (filiação voluntária em pré-pagos, mútuos, etc.) (WINTER, 2009).

Acordo Bilateral Brasil-Argentina, República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas é uma articulação que se propõe a criar instrumentos que promovam uma maior integração entre as comunidades fronteiriças, buscando a melhoria da qualidade de vida de suas populações, facilitarem a convivência das localidades fronteiriças vinculadas e impulsionar sua integração através de um tratamento diferenciado à população no que se refere às questões econômica, de trânsito, de regime trabalhista e de acesso aos serviços públicos e de educação. Este Acordo é aplicado nas localidades fronteiriças vinculadas, aos nacionais das Partes com domicílio, de acordo com as disposições legais de cada Estado (PREUSS, 2007).

#### 2.2.3.2 – POLÍTIICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO PARAGUAI

O Paraguai é um país do centro da América do Sul, limitado a norte e oeste pela Bolívia, a nordeste e leste pelo Brasil e a sul e oeste pela Argentina. Sua capital é a cidade de Assunção. O Paraguai é um dos dois países da América do Sul que não possuem uma saída para o mar, juntamente com a Bolívia. Possui uma área de 406.752 km<sup>2</sup>, um pouco maior que o estado brasileiro de Mato Grosso do Sul. O nome do país é derivado da palavra guarani *paraguái*, que significa “de um grande rio”. O “grande rio” é o rio Paraguai, que divide o país em duas regiões, *Region Oriental* e *Region Occidental* (ou Chaco). Situado no centro-sul da América do Sul, o Paraguai possui extensa área plana no leste, onde se cultiva soja, o principal produto de exportação. A região de cerrado do Gran Chaco, a oeste, é usada para a pecuária. O rio Paraguai, que liga o norte ao sul, é a principal via comercial num país

sem acesso ao mar. Vivem no Paraguai muitos brasileiros, os “brasiguaios”, que ocupam uma área cada vez maior junto da fronteira com o Brasil, fonte de tensão com os habitantes locais. Famoso centro de contrabando, o país é rota do tráfico internacional de drogas. Após décadas de ditadura, o regime político é instável e padece de alto grau de corrupção. As usinas hidrelétricas construídas em associação com o Brasil (Itaipu) e a Argentina (Yaciretá) fornecem energia abundante e barata ao país. A despesa pública em saúde é de 2,6% do PIB e as despesas privadas em saúde 5,1%. A mortalidade infantil era de 20 por mil nascimentos em 2005. A mortalidade materna foi de 150 por 100.000 nascidos vivos em 2000. O Banco Mundial ajudou o governo paraguaio para reduzir a mortalidade materna e infantil do Paraguai. O *Mother and Child Basic Health Insurance Project* teve como objetivo contribuir para a redução da mortalidade, aumentando a utilização de serviços selecionados de salvação de vidas incluídos no *Mother and Child Basic Health Insurance Program* (MCBI) por mulheres em idade fértil e crianças menores de idade em seis áreas selecionadas. Para este fim, o projeto também teve como objetivo a melhoria da qualidade e eficiência da rede de serviços de saúde dentro de determinadas áreas, além da gestão do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS). Em 2000, cerca de quatro quintos dos paraguaios tinham acesso a água potável (de cerca de três quintos, em 1992), mas, em geral, o governo gastou menos para a assistência médica. Cerca de quatro quintos dos paraguaios não têm seguro de saúde. O Instituto de Previdência Social (IPS) é financiado por contribuições do governo, empregadores e empregados. Oferece pensões, assistência médica, e subsídios durante a doença, mas atinge apenas uma pequena percentagem dos trabalhadores assalariados (JANE, 2011).

Em 2015, a população era de 6.755.756 habitantes, 1,8% dos quais indígenas. A população cresceu 59,5% entre 1990 e 2015. Em 2015, a expectativa de vida ao nascer era de 70,1 anos. A economia paraguaia está crescendo. O país é o maior exportador de eletricidade das Américas e o quarto maior exportador de soja e sexto maior exportador de carne bovina do mundo. Durante a última década, a economia paraguaia cresceu a uma taxa média anual de 5%. Seu produto interno bruto (PIB) per capita foi de US \$ 8.911 em 2014, enquanto a renda nacional bruta per capita foi de US \$ 8.470 naquele ano (PAHO, 2017).

O artigo 68 da Constituição de 1992 do Paraguai discute sobre o direito à saúde e prevê que o Estado deve realizar a promoção e proteção à saúde da

população, como um direito fundamental do indivíduo e de interesse da comunidade. O Conselho Nacional de Saúde, constituído por instituições-chave do setor e presidido pelo Ministro da Saúde, tem a responsabilidade legal de coordenar e controlar os planos, programas e atividades das instituições públicas e privadas do setor. A Lei nº 1.032/96 estabelece a regulação do Sistema Nacional de Saúde, a existência tanto de sistema público quanto privado, e os serviços de saúde são dirigidos por três subsetores: público, paraestatal e privado. No subsetor paraestatal, encontramos o Instituto de Previdência Social (IPS), a Cruz Vermelha Paraguai e o Hospital da Universidade Católica Nossa Senhora da Assunção. A maior cobertura dos serviços de saúde está vinculada a instituições do setor público, especialmente ao Ministério da Saúde, que junto com os serviços de saúde militar e policial atende aproximadamente a metade da população Paraguai. O mesmo Ministério opera no âmbito de 18 regiões sanitárias atualmente correspondem aos 17 departamentos do país mais a região de Assunção, que por sua densidade de população e sua situação de capital, constitui uma região sanitária independente (WINTER, 2009).

O país fez progressos significativos no sentido de garantir o pleno direito à saúde para todos os paraguaios. Entre 2011 e 2015, a cobertura de saúde para a população do quintil mais pobre aumentou, atingindo 66% em 2015. Essa conquista foi facilitada pelo livre acesso aos serviços e pelo progresso na capacidade de coordenação e tomada de decisões da Rede Integrada de Serviços de Saúde. Houve progresso na eliminação da malária, do sarampo e da síndrome da rubéola congênita, com a potencial eliminação da raiva e da doença de Chagas. Houve também progresso no desenvolvimento e introdução de tecnologias de informação e comunicação. Embora, por lei, a autoridade de saúde seja o Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social, a liderança é fraca e, na prática real, as operações do Sistema Nacional de Saúde são descoordenadas e fragmentadas, com diferentes modalidades de financiamento, regulamentação, registro e prestação de serviços. O aumento dos pagamentos diretos de fundos próprios (60%) para cuidados de saúde está a ser abordado nas estratégias da Política Nacional de Saúde 2015–2030, que deve ser alargado a todo o país até serem alcançadas alterações substanciais que garantam a todos os cidadãos o direito à saúde. A crescente prevalência de doenças não transmissíveis (DNTs) e seus fatores de risco representa um desafio. Políticas, instrumentos legais e planos estratégicos foram criados para prevenir fatores de risco e tratar as principais DNTs (PAHO, 2017).

A atenção primária à saúde é particularmente importante, mas atualmente esse sistema cobre menos de 30% da população. Como parte do esforço para melhorar a atenção primária e aumentar o acesso aos serviços de saúde, em dezembro de 2008, o Ministério da Saúde começou a criar unidades de saúde da família (USFs). Até o final de 2015, havia 754 USFs e até o final de 2016, foram 796. O Sistema Nacional de Informações em Saúde (SINAIS) desenvolveu o sistema de informações epidemiológicas, o sistema de informações econômicas, financeiras e administrativas, o sistema de informações sociodemográficas e o sistema de informações clínicas. O direito à saúde está consagrado na Constituição Nacional da República do Paraguai em termos do direito à vida, à integridade física e mental e à qualidade de vida. A constituição também estabelece a responsabilidade do Estado de proteger e promover a saúde (PAHO,2017)

### *2.2.3.3 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL*

O Brasil é uma significativa potência econômica, política e diplomática. É o 5º país do mundo em superfície, sendo superado pela Rússia, o maior país do mundo. Encontra-se na mesma categoria que o Canadá, a China e os Estados Unidos (incluindo o Alasca e o Havai). Igualmente grande pela dimensão de sua população, 5ª posição também, superado pela China e Índia. Em relação à fronteira, possui 15.719 quilômetros de faixa correspondente à linha divisória com países da América do Sul, dos quais apenas o Chile e o Equador não estão dentre os países vizinhos. Detentor de grandes diversidades geográficas, econômicas e sociais. E ainda, é reconhecido como um dos países mais abertos e tolerantes às diferenças culturais. Convive lado a lado com pessoas das mais diferentes origens, etnias, e credos, o que contribui para uma rica e diversificada cultura (BRANCO e TORRONTÉGUY, 2013).

No Brasil, a faixa de fronteira foi definida como área geográfica sob regime jurídico pela primeira vez em 18 de setembro de 1890, por meio da Lei 601. Atualmente, os instrumentos legais que regulamentam a ocupação na faixa de fronteira são a Lei 6.634, de 2 de maio de 1979, e o Decreto Presidencial 85.064, de 26 de agosto de 1980, que consideram a faixa de fronteira uma área de Segurança Nacional. A Constituição brasileira classifica como faixa de fronteira a área

compreendida dentro de cento e cinquenta quilômetros perpendiculares à linha limite do território brasileiro. Em discussões mais recentes, o país adotou o conceito linha de fronteira, que serve para delimitação do território municipal que compõe a divisa nacional (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

A estrutura federativa brasileira apresenta a distribuição de atribuições relativas à gestão e a implementação das políticas sociais entre a União, os estados e os municípios. Entre tais competências existem as que são comuns ou compartilhadas entre os três entes, as concorrentes sobre as quais tanto a União como os estados podem legislar e, por fim, as competências exclusivas. No primeiro caso, ou seja, nas comuns, existe a possibilidade de se configurar a cooperação entre os entes em áreas como educação, saúde, assistência social e meio ambiente (GOMES e MACHADO, 2015).

A política nacional de saúde está baseada na Constituição Federal de 1988 que fixou os princípios e diretrizes para a assistência de saúde no Brasil, prestada pelo SUS. O SUS tem como princípio fundamental o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, integradas numa rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a participação complementar da iniciativa privada (WINTER, 2009).

O Brasil tem onze estados que fazem fronteira com 10 países limítrofes, possuindo 588 municípios localizados na faixa de fronteira, sendo que dentre os municípios fronteiriços, se verifica, embora ainda não se tenha dados quantitativos, essas populações de países vizinhos buscam atendimento no sistema de saúde brasileiro (BRANCO, 2009).

Com relação, ao direito do estrangeiro fronteiriço aos serviços prestados pelo SUS, não há um marco regulatório único para tratar de atendimento a estrangeiros no SUS, com exceção a acordos estabelecidos com país vizinho conforme interesses brasileiros e dependendo da relação política existente, assim não existindo normas e regras aplicáveis a todas as cidades de fronteira na área da saúde (BRANCO, 2009).

As complexidades do território de fronteira, as singularidades do trabalho em saúde e os desafios da saúde coletiva municipal têm exigido novas práticas de atuação (SMS, 2017).

Existe dinâmicas na fronteira do Brasil com o Paraguai, em que o Brasil tem

dimensões continentais, populoso e com um dinamismo econômico respeitável, enquanto do outro lado da fronteira o Paraguai apresenta uma densidade populacional baixa, dimensões territoriais bem menores, e um modesto desenvolvimento econômico. Essas aversões que levam a pensar a fronteira desses dois países como uma das mais dinâmicas do mundo (BAUERMANN e CURY, 2015).

#### 2.2.3.3.1 – A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL, A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A SAÚDE NA FRONTEIRA

Analisando a trajetória de políticas públicas de saúde no Brasil, identifica-se quatro principais tendências. A primeira foi denominada de sanitarismo campanhista onde tinha as campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até 1945. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de transição para o período seguinte, quando se consolida, até o início dos anos de 1980, o modelo médico assistencial privatista. Segue-se o modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o Sistema Único de Saúde (ANDRADE, SOARES e JUNIOR, 2001).

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS e reconheceu a saúde como direito garantido pelo Estado. O artigo 196 registra esse direito, ao afirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012).

Na Constituição Federal de 1988, Lei Magna do Brasil vigente até os dias atuais, foi prevista a criação de um sistema que deve ser organizado por uma rede de saúde regionalizada, descentralizada e hierarquizada que esteja sob o controle de seus usuários e principalmente, o direito de acesso aos serviços de saúde para quem necessitar deles. Portanto não havendo distinção ou discriminação de gênero, raça ou nacionalidade (MOCHIZUKE, 2017).

Baseado nestes preceitos constitucionais, a implementação do SUS, se norteia por seus princípios doutrinários, a Universalidade, que garante a atenção de saúde pelo sistema a qualquer cidadão. A Equidade, que garante ações e serviços de saúde em todos os níveis de acordo com a complexidade requerida por cada

caso, ou seja, todo cidadão é igual perante o SUS, e será atendido conforme suas necessidades. A Integralidade, que considera todo indivíduo como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, onde a unidade prestadora de serviço deve ser capaz de prestar atendimento integral, respeitando uma visão holística (CARVALHO e BARBOSA, 2010). Desta forma, as políticas públicas de saúde no Brasil foram consolidadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentando pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Fazem parte do Sistema Único de Saúde os centros e unidades de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7508, que regulamenta a Lei nº 8080/90 e propõe regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, dentre outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente, visando dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados, em redes de atenção à saúde. Portanto, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São as portas de entrada na Rede de Assistência à Saúde, os serviços de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

De acordo com Lei Orgânica da Saúde compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, incluindo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

Com o SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera

municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O SUS é destinado a todos/as os/as cidadãos/ãs e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. O SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do/a cidadão/ã. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (BRASIL, 1988).

Quanto ao financiamento do SUS, a Lei Complementar 141(2012), dispõe sobre a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, onde os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente 12% da arrecadação dos impostos, os municípios e o Distrito Federal aplicarão 15% e o Distrito Federal aplicará 12%.

De acordo com Giovanella *et al.*, (2007) mesmo sendo elevada a procura dos atendimentos em saúde por parte dos estrangeiros, podendo ser classificadas em frequente ou muito frequentes, não existem estudos que as quantifiquem. Sabe-se que 69% dos municípios de fronteira no Brasil não registram os atendimentos prestados, os demais realizam estimativas mensais.

Em relação ao direito do estrangeiro em solo brasileiro tem-se a Lei Nº 6.815/80 conhecido como Estatuto do Estrangeiro (BRASIL, 1980) que regulamenta a situação jurídica de pessoas estrangeiras em solo brasileiro que em seu Art. 95 garante que “estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis”.

Contudo, nos casos específicos de município de fronteira internacional, como diversos municípios brasileiros que tem fronteira com países vizinhos, tais atendimentos refletem na organização e no desenvolvimento das ações de saúde, gerando uma sobrecarga das redes de atendimento, pois, como lembram Amaral e Carvalho (2013), a política de saúde é planejada e desenvolvida para a população

local, não levando em consideração a necessidade de atendimento aos estrangeiros.

Com isso, a finitude de recursos financeiros seja pelas dificuldades burocráticas ou organizacionais, ou de recursos humanos, demonstra claramente a dificuldade dos serviços de saúde em ofertar atendimentos e garantir a qualidade dos serviços prestados (FERREIRA, 2004).

Pode-se observar a existência de alguns dispositivos legais que vem sendo construídos para atender a esta necessidade, entre estes foi desenvolvido em forma de política pública de saúde o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), através da Portaria GM 1120/05 (BRASIL, 2005) que viabiliza o desenvolvimento de ações com o acesso à saúde de pessoas que passam a residir em solo brasileiro (ALMEIDA PRADO, AMARAL, 2013).

O SIS-Fronteiras tem como objetivo a consolidação e expansão da atuação do Ministério da Saúde em áreas de fronteiras, propondo ações compartilhadas na área de saúde nas fronteiras, o desenvolvimento de um sistema de informação que fomente um sistema de cooperação; e a mobilização de gestores das áreas de fronteiras para que seja desenvolvido um sistema de cooperação. Uma das funções é dar continuidade a integração dos países da América do Sul, sendo uma resposta política para atenuação de problemas de saúde pública nas fronteiras, e tem como resultado final a organização dos sistemas locais de saúde.

E ainda, dentro desses dispositivos para embasar a parte legal de atendimentos nas fronteiras, e a possibilidade de viabilizar a garantia de acesso à saúde de pessoas que passam a residir em solo brasileiro está na Lei 11.107/2005 (BRASIL, 2005), regulamentada pelo Decreto 6.017/2007, que cria os consórcios binacionais.

Esses consórcios de acordo com o Art. 1º da Lei no 11.107, de 2005: poderão “firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo”. E ainda, os consórcios públicos, ou entidade a ele vinculada, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS.

O SUS tem como diretrizes operacionais e descentralização da gestão, a integralidade da assistência e a participação da comunidade. Essa participação social se manifesta principalmente nas duas instâncias formais: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos, que têm caráter permanente,

definem as estratégias e controlam a execução da política sanitária, incluindo-se os aspectos econômicos e financeiros. As conferências são convocadas a cada quatro anos, com ampla participação de todos os segmentos sociais interessados (WINTER, 2009).

Nas fronteiras, há sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes, e a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração onde gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões (MELLO, VICTORIA e GONÇALVES, 2007).

O Ministério da Saúde (2011) viabiliza recursos extras para os municípios dos SIS-Fronteiras, para atender não apenas a fronteira seca, mas os municípios da faixa de fronteira, com ações voltadas para a assistência à saúde e à vigilância sanitária, estabelecendo mecanismos de negociação e de convênios, acordos de cooperação entre o Governo Federal (em parceria com Ministério das Relações Exteriores) e governos dos países fronteiriços, com contrapartida dos mesmos e em articulação com a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando disciplinar a oferta de procedimentos e serviços de saúde aos brasileiros e estrangeiros.

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de promover o processo de regionalização das redes de assistência sanitária, assegurando a capacidade resolutiva do sistema público de saúde. Para isso, propõe e acordam diretrizes e normas gerais sobre a regularização, observando as normas vigentes e os acordos na CIT. Compete também a ele cooperar técnica e financeiramente com as regiões da saúde, por intermédio dos estados e dos municípios, dando prioridade às regiões mais vulneráveis e promovendo a equidade entre as regiões e os estados (WINTER, 2009).

Desde meados da década de 1990, houve o impulso para o fortalecimento da assistência básica (primeiro nível de assistência do sistema) como estratégia para reduzir a desigualdade de acesso e estimular a reorientação da assistência na estrutura de um modelo universal e integral, que antes estava excessivamente centrada na assistência hospitalar. Os mecanismos mais importantes utilizados para expandir a cobertura e reduzir as desigualdades inter-regionais foram os chamados Piso de Assistência Básica (PAB) o Programa de Saúde da Família – PSF (WINTER, 2009).

No Brasil, o sistema de saúde é regulamentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sendo definido como um conjunto de ações de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, ou por entidades a eles vinculadas. É um direito conquistado pela população brasileira, que está consolidado na Constituição Federal. O SUS garante atendimento universal, igualitário e integral a todo cidadão brasileiro que dele precisar, nas unidades de saúde, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados, em visitas domiciliares e mediante ações coletivas de saúde, sem que nada seja cobrado do usuário, sendo pago pelo cidadão, por meio das contribuições sociais e dos impostos arrecadados (FIGUEIREDO, 2012).

O direito à saúde é assegurado pela Constituição de 1988, abrangendo os direitos sociais, culturais e econômicos que se caracterizam por exigirem prestações positivas do Estado. Os direitos de segunda geração conferem ao indivíduo o direito de exigir do Estado prestações sociais (positivas) nos campos da saúde, alimentação, educação, habitação, trabalho, dentre outros. Com fundamento de validade nestes dispositivos constitucionais, o legislador ordinário editou a Lei no. 8.080 de 19 de setembro de 1990, que cria o SUS e afirma categoricamente em seu artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Embora sejam inegáveis os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. E ainda, as políticas de saúde são voltadas hoje, com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, e incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

O atendimento aos não residentes no Brasil, cria um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde, sobrecarregando os serviços de saúde e afeta a qualidade da atenção prestada. As principais limitações para absorver a demanda adicional são a falta de recursos humanos capacitados, a insuficiência de equipamentos para a realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência (CAZOLA *et al.*, 2011).

O modelo de atenção à saúde, utilizados hoje em dia, são ainda fundamentadas nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, por isso, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, demonstrando dificuldades para os enfrentamentos futuros. O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

O caso da saúde nas fronteiras do Brasil foi considerado setor estratégico para o desenvolvimento sustentável, e começou a atrair a atenção dos planejadores de políticas voltadas para a integração. Isso refletiu a constatação de que sem um planejamento integrado os problemas no desenvolvimento dessas regiões e dificuldades nos processos de integração regional não serão superados. Com caráter estratégico, a política de atenção à saúde e da integração das fronteiras entende que a saúde deve ser planejada com qualidade e propulsora de desenvolvimento e ainda, integração regional. Com esse intuito, foi criada a proposta do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) voltada para a melhoria da qualidade de vida, com infraestrutura instalada em seu espaço de cobertura, para uma política de incentivo à gestão, a partir do repasse de recursos financeiros para os municípios de fronteira que, em contrapartida, participarão ativamente da elaboração de um diagnóstico da realidade de saúde local e sendo obrigados a realizar cadastro integral de sua população no cartão SUS. Com isso, busca-se induzir a organização do sistema, aumentar o teto financeiro dos municípios, condicionando este à adesão ao SIS-Fronteiras e criar canais de disseminação sistemáticas das diversas iniciativas relacionadas às fronteiras, sendo um importante instrumento de aprendizado para a gestão local (GADELHA e COSTA, 2007).

Assim, conhecer o SUS e as leis que o regulamentam tem um papel fundamental no exercício do direito à saúde na busca da qualidade de vida, e por isso entendemos que o direito à saúde ainda é uma conquista a ser feita

(FIGUEIREDO, 2012).

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo de instituir e organizar o sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde reconhece a insuficiência de informações para a elaboração de um sistema que permita integração de determinadas ações de saúde nas fronteiras. E ainda, a utilização do sistema por parte dos estrangeiros, processo este que deveria ocorrer em paralelo com negociação entre os demais países, de forma a garantir reciprocidade nas relações de oferta e demanda dos serviços prestados (GADELHA e COSTA, 2007).

Existe uma necessidade de atuação na região fronteiriça, por parte dos documentos de diretrizes políticas nacionais, devido ao descaso em que a região se encontra. Os problemas peculiares a ela são pouco conhecidos e de difícil solução, uma vez que se depara com barreiras diplomáticas, legais e mesmo burocráticas. A própria natureza da demanda é desarticulada, e, portanto, sem força política (GADELHA e COSTA, 2007).

De acordo com Giovanella *et al.*, (2007) a organização da atenção e da gestão do SUS se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde. E ainda configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônica com fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precariedade e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública.

A pesquisa de Giovanella *et al.* (2007), relata o que os secretários municipais de saúde afirmam sobre o atendimento de saúde dos estrangeiros: Todos os secretários informaram que prestam algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS municipal. Todavia em 28% dos municípios, os estrangeiros são atendidos apenas em situação de emergência, indicando-se o retorno ao país de origem após o primeiro atendimento. Um terço (36%) dos

Secretários Municipais de Saúde informou que presta atendimento a estrangeiros para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação necessitada, e outro terço (36%) que presta atendimento para todos os serviços disponíveis.

No Brasil não há uma regulamentação para tratar do direito do estrangeiro ao sistema de saúde brasileiro, porém existe acordos estabelecidos com alguns dos países vizinhos, como o Paraguai, onde depende de interesses do lado brasileiros e dependendo da relação política existente. Verifica-se que mesmo não havendo previsão há demanda da população fronteiriça por atendimento gerando conflitos, já que não há previsão legal. Verifica-se que alguns municípios atendem essa demanda dependendo do nível de complexidade, outros simplesmente se recusam a esse atendimento. A decisão acaba sendo do gestor local. É importante ressaltar que não há jurisprudência quanto ao direito do estrangeiro fronteiriço ao Sistema Único de Saúde, bem como aporte de recurso estadual ou federal para que o município fronteiriço atenda essa demanda. Existe uma preocupação dos gestores sobre à capacidade financeira para atender essa demanda, uma vez que o recurso recebido é *per-capita*, ou seja, por número de habitantes residentes no município, ficando, portanto, fora da contagem não só o estrangeiro fronteiriço, bem como o brasileiro residente do outro lado da fronteira (BRANCO e TORRONTÉGUY, 2013).

O artigo 196 da Constituição Federal brasileira de 1988 refere que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assim, a universalidade é a garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência. Portanto, todos devem ter acesso gratuito, não importando o sexo, idade, religião, raça, cor, origem ou nacionalidade. Porém, na prática, verifica-se o descumprimento da Constituição e uma omissão do Estado, onde a falta de informação e de preparo adequado de profissionais de diversas áreas do sistema de saúde, enfermeiros e médicos, quanto às especificidades da questão migratória e direitos dos imigrantes, prejudicam a continuidade dos atendimentos.

De acordo com o Decreto nº 7508 de 2011 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa descreve no Artº 2 o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS) que é firmado entre os entes federativos com a finalidade de organizar e integra as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde,

critérios de avaliação de desempenho.

E ainda, as Regiões de Saúde são definidas como espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; a instituição de Região de Saúde situada em área de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais (BRASIL, 2011).

O sistema de saúde brasileiro conta com três grandes fontes de financiamento: a administração pública (por meio de impostos e contribuições sociais arrecadadas pelas três esferas de governo), as empresas e as famílias. O gasto privado em saúde é realizado por meio das famílias e das empresas, estas últimas mediante o fornecimento ou a contratação de seguros, ou mediante planos de saúde para seus empregados e dependentes, de forma voluntária, não obrigatória (WINTER, 2009).

A principal estratégia do governo em garantir a assistência básica à saúde é a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB). O PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias e constitui uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde (WINTER, 2009).

#### 2.2.3.3.2 – ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) COMO PORTA DE ENTRADA NO SUS E COMO ORDENADORA DAS REDES INTEGRAIS DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado há 28 anos exigindo compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS, e é definido como um sistema de saúde vitorioso devido o progresso notável alcançado. Um dos grandes desafios são as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária (APS), onde assegura a linha de cuidado integral e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do território brasileiro (MENDES, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Saúde p.19, (2017) a:

“Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

Assim, a Atenção Básica é a principal porta de entrada para os serviços disponibilizado nos serviços de saúde, sendo a coordenadora do cuidado e ordenados das ações. E ainda, 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 (BRASIL, 2017).

Por isso, a Política Nacional de Atenção Básica (2017) faz cumprir estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigentes e recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, estruturas mínimas para atendimento da população e ainda rede de informações capazes de registrar e monitorar os atendimentos das UBSs (MS, 2014).

Um dos sistemas utilizados pela Atenção Básica é o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), sendo uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (MS, 2014).

Estratégia e-SUS Atenção Básica é apoiada essencialmente por dois sistemas, o Sistema de Informação para a Atenção Básica (SIAB), o sistema de informação nacional, e o Sistema e-SUS Atenção Básica, composto por sistemas de software que instrumentalizam o processo de trabalho nas UBSs. Como estratégia, é fundamental que o e-SUS AB garanta um processo amplo e

padronizado de troca de informações entre sistemas em vários níveis de atenção e no próprio nível da atenção básica (MS, 2014).

Outro instrumento imprescindível para as UBSs é o Cadastro Nacional do Saúde (CNS), ou simplesmente CadSUS, é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde através de um número, único para cada cidadão, válido em todo o território nacional. Coordenado pelo Ministério da Saúde, esse sistema permite a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização. É também o instrumento de informatização necessário para a organização da rede de atenção à saúde e de gestão do SUS, através do acesso a uma base nacional de dados de saúde do cidadão. A Portaria nº 940/GM/MS, de 28 de abril de 2011, regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (MS, 2014).

O Cadastro da Atenção Básica (AB) é uma extensão do CadSUS no que se refere aos dados que apoiam as equipes de AB a mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população adscrita ao território sob sua responsabilidade. Este cadastro está organizado em duas dimensões: domiciliar e individual. O cadastro domiciliar identifica as características sócio-sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Este cadastro busca identificar, ainda, situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2009), no entanto devem ser monitorados pela equipe de saúde. No cadastro domiciliar o vínculo do cidadão ao seu domicílio é feito por meio do CadSUS do responsável familiar. Podendo este cadastro ser vinculado a mais de um responsável familiar e, portanto, a mais de um núcleo familiar. O cadastro individual identifica as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. Esse cadastro é composto por duas partes, sendo elas: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário.

No sistema com coleta simplificada todas as fichas de atendimento passam a ter um cabeçalho identificando a unidade, a equipe e o profissional que realizou o atendimento. Além disso é possível registrar se foi um atendimento compartilhado com outro profissional. Da mesma forma, em todas as fichas é possível identificar os usuários que receberam o atendimento pelo número do CadSUS e ainda o local

do atendimento. A ficha de atendimento individual caracteriza o resumo do atendimento de nível superior, é nesta ficha que os profissionais de nível superior devem informar o que ocorreu no atendimento. Algumas informações são fundamentais nesta ficha, tais como tipo de atendimento, problema/condição avaliada e conduta do atendimento. Complementar a esta ficha vem a ficha de procedimentos, onde se podem registrar os procedimentos e pequenas cirurgias realizadas no atendimento. A ficha de procedimentos ainda é utilizada para registrar procedimentos específicos realizados por técnicos de nível médio da unidade.

#### 2.2.4 O MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU-PR E A SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)

O município de Foz do Iguaçu-PR está localizado no extremo oeste do estado do Paraná na confluência dos Rios Paraná e Iguaçu, e é a cidade Brasileira que compõe a tríplice fronteira Brasil-Paraguai-Argentina juntamente com as cidades Puerto Iguazú (Argentina) e Ciudad del Este (Paraguai). De acordo com a projeção do censo de 2010, no ano de 2016, possui uma população de 263.915 habitantes e abrange uma área territorial de 618.352km<sup>2</sup>, sendo o 102º município do Paraná em termos de território (IBGE, 2016) e o 7º em termos demográficos (PORTAL BRASIL, 2014).

Durante a década de 1970, devido à construção da Usina Hidrelétrica Itaipu Binacional, o município de Foz do Iguaçu-PR passou por grandes transformações urbanas havendo uma evolução demográfica muito grande entre as décadas de 1970 e 1980 conforme os censos do IBGE apresentados na Tabela 1. A população quaduplicou em número de habitantes.

Tabela 1- Evolução demográfica de Foz do Iguaçu (1960 a 2010) de acordo com o Censo (PMFI, 2011).

<b>Censo</b>	<b>População (em mil habitantes)</b>
1960	28.080
<b>1970</b>	<b>33.970</b>
<b>1980</b>	<b>136.320</b>
1991	190.123
2000	258.543
2010	256.063

Foz do Iguaçu é um município absolutamente ímpar no cenário nacional. Sua particularidade é determinada por uma confluência de características que são incomuns mesmo quando consideradas isoladamente e que, em seu conjunto, emprestam à economia local uma expressão absolutamente única no país. Assim, o caráter genuinamente extraordinário da economia de Foz do Iguaçu não resulta desta ou daquela característica isolada, mas da conjunção, em um mesmo território, de um conjunto de características atípicas. É um município brasileiro do estado do Paraná, do qual é o sétimo mais populoso, com 263.647 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sua área é de 617.701 km<sup>2</sup>, dos quais 61.200 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. É localizado na fronteira do Brasil com os seus dois principais parceiros econômicos na América do Sul: Argentina e Paraguai. O protagonismo da Argentina entre nossos parceiros econômicos no subcontinente sul-americano é inquestionável: além de ser nosso terceiro parceiro comercial no mundo em termos de valores exportados e importados (após China e EUA, nesta ordem), a Argentina divide com o Brasil o protagonismo político e econômico do Mercosul (PAIVA, 2014).

A estrutura produtiva do Paraguai (em especial, da região leste) apresenta um padrão de integração e solidariedade com a estrutura produtiva do Brasil (em especial do Oeste Paranaense) que transcende, em muito, a integração econômica e produtiva com a Argentina. Além disso, o processo de integração demográfica – assentado em expressivos movimentos migratórios do Brasil para o Paraguai e vice-versa - tem sido tão intenso que o termo “brasiguai” já se encontra dicionarizado. Objetivamente, estas organizações estão definindo a especialização e a integração

produtiva do leste paraguaio, do oeste paranaense e do sul do Mato Grosso do Sul a partir do confronto dos custos e dos benefícios das distintas atividades em territórios de potencial agropecuário similar, mas marcados por estruturas fundiárias distintas e/ou por diferenciais expressivos nas taxas de salário e de câmbio (PAIVA, 2014).

No Brasil, para além de Foz do Iguaçu, apenas outras nove municipalidades são fronteiriças a mais de um país. Mas mesmo dentre este seleto grupo, o caso de Foz do Iguaçu é absolutamente ímpar. E isto na medida em que *Ciudad del Este*, localizada na margem direita do Rio Paraná e vizinha a Foz do Iguaçu é o segundo maior município do Paraguai (com quase 400 mil habitantes) e a terceira maior zona franca do mundo, com volume de vendas superado tão somente por Miami e Hong Kong. Esta é, justamente, a segunda particularidade do município de Foz, que o torna um dos principais destinos turísticos do Brasil, assim como o Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Fortaleza e Florianópolis. À diferença dos demais destinos turísticos referidos, contudo, Foz do Iguaçu é o único que se situa na fronteira do Brasil com outros países. O que tem todo um conjunto de desdobramentos sobre a dinâmica econômica local e impõe desafios absolutamente particulares ao planejamento do desenvolvimento regional. O que importa esclarecer desde já é que, considerados em conjunto, os três municípios fronteiriços – Foz do Iguaçu, *Ciudad del Este* e *Puerto Iguazú* – perfazem uma unidade socioeconômica que é tão indissociável quanto complexa, porquanto marcada pelas contradições associadas às diferenças culturais, institucionais e econômico-financeiras de seus países-sede (PAIVA, 2014).

Porém, os acordos e tratados bilaterais e trilaterais, como é o caso de Foz do Iguaçu, ainda demandam contatos ministeriais para concretizar, por exemplo, a formalização do atendimento das necessidades básicas em saúde, como a confecção ou a portabilidade do cartão-SUS. Apesar de o SIS-Fronteiras haver garantido, desde 2006, pelo Ministério da Saúde, o repasse financeiro de recursos específicos para a implantação de estruturas para o atendimento de “brasiguaios” (brasileiros nascidos no Paraguai), os recursos são finitos e inferiores ao custo real dessas ações. (MELLO *et al.*, 2015).

Nos dias atuais, pensar sobre os direitos e o seu impacto em territórios fronteiriços requer uma revisão e uma atualização das referências teóricas vinculadas a tais temas, considerando as mudanças ocorridas nas relações entre os atores políticos nos planos global, nacional e local. A crescente autonomia do poder

local é relevante na implementação das políticas públicas nos municípios, sendo a descentralização territorial uma das diretrizes dessas políticas no Brasil (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

Um dos problemas, indica a possibilidade da descentralização distanciar ainda mais territórios ricos e territórios pobres. “Pela territorialização, os sistemas de proteção social correm o risco de perder uma parte de sua dimensão redistributiva e de reforçar as desigualdades entre as populações em vez de minimizá-las” (KOGA, 2002). Um segundo problema é o possível retorno de medidas centralizadoras para o equilíbrio das finanças locais e há ainda um terceiro, relacionado à capacidade efetiva dos gestores locais conduzirem ações políticas minimamente planejadas e avaliadas. A independência dos gestores locais vem sendo demonstrada, por exemplo, em iniciativas de harmonização de sistemas de saúde, independente dos governos nacionais. Assim, ampliar o entendimento da relativa autonomia do poder local, articulada com as diretrizes de descentralização territorial e políticas de saúde, é uma exigência para a garantia de igualdade em ações e serviços de saúde (NOGUEIRA e SILVA, 2009).

#### *2.2.4.1 IMPACTO DA POPULAÇÃO ESTRANGEIRA E “BRASIGUAIOS” NO SUS EM FOZ DO IGUAÇU-PR*

O sistema de saúde pública de cidades que fazem fronteira com o Paraguai está sobrecarregado. Isto, é devido que os estrangeiros estão se aproveitando da proximidade com o Brasil para usufruir dos serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde e até hospitais de municípios paranaenses. E ainda relatam o caso de Foz do Iguaçu-PR, onde o número de Cartão SUS emitidos são de mais de 700 mil, visto ser uma população em torno dos 270 mil, sendo uma problemática devido os serviços de saúde não estarem preparados para receber mais que o dobro de pessoas para ser atendidas na cidade. O problema não é somente da cidade de Foz do Iguaçu-PR, mas também de Guaíra-PR, outra cidade que faz fronteira com o Paraguai, onde a população de 32 mil, tem 70 mil cartões SUS emitidos.

E ainda, de acordo com o portal G1 postado no dia 03/08/2015 (<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2015/08/estrangeiros-que-tem-cartao->

[sus-em-foz-do-iguacu-sao-fiscalizados.html](#)) o departamento de Imigração da Polícia Federal e auditores da Secretária Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, checaram endereços de estrangeiros que moram na cidade e que possuem o Cartão Nacional de Saúde do SUS, com a intenção de averiguar os endereços de estrangeiros que alegam viver no Brasil, e por isso ganham o direito ao benefício. O município tem quase 300 mil habitantes, mas já emitiu 800 mil Cartões SUS. A Secretaria Municipal da Saúde estima que gasta por mês R\$ 3,5 milhões com o atendimento de paraguaios e de outros estrangeiros que não tem direito ao benefício. Só com hemodiálise, são R\$ 100 mil mensais.

Sempre houve um receio generalizado entre imigrantes sem documentos em buscar os serviços de saúde. Recentemente, é possível notar uma modificação nesta postura, com um expressivo aumento no acesso a este serviço. Isto, porém não significa, que a equipe de saúde esteja capacitada para trabalhar com esta população, e que todos tenham conhecimento e instruções de como agir nos casos em que o imigrante não possua documentos brasileiros. Há relatos, mesmo que escassos, de que a falta de documentação gerou constrangimentos (RUFINO e AMORIN, 2012). Esta é uma questão muito importante e que deve ser levada em consideração por parte dos gestores e equipes de saúde do município de Foz do Iguaçu-PR. Desta forma, pesquisas são necessárias para poder quantificar e qualificar de forma mais precisa esta situação, contribuindo com o planejamento e gestão dos Serviços de Saúde oferecidos pelo SUS.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a organização dos atendimentos aos usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Foz do Iguaçu-PR, no período de 2010 a 2016.

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Quantificar, comparar e destacar a população estrangeira (composta por paraguaios e argentinos) que procurou atendimento nas UBSs do município de Foz do Iguaçu-PR entre 2010 e 2016;
- Levantar dados quantitativos em relação aos atendimentos a população estrangeira das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e comparar com os dados das UBSs;
- Verificar e identificar a existência de fluxos, documentos e memorandos de atendimentos para estrangeiros nas UBSs pesquisadas.
- Verificar como os gestores locais das UBSs pesquisadas procediam em relação aos atendimentos a pacientes estrangeiros através de uma pesquisa qualitativa.

## 4 METODOLOGIA

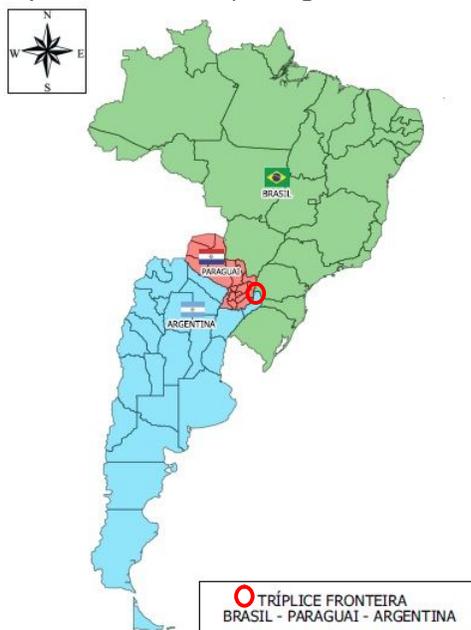
Trata-se de uma pesquisa com abordagem quanti-qualitativa exploratória descritiva, realizada no município de Foz do Iguaçu-PR, com a população de nacionalidade estrangeira ou que residia em outros países que recebeu atendimento nas Unidades Básicas de Saúde entre 2010 e 2016.

### 4.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil, do qual é o sétimo mais populoso do Paraná, com 256.088 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A demografia da cidade é importante, pois permite conhecer e compreender melhor a população alvo das intervenções de saúde e como está a transição demográfica, especialmente pelas emergências de saúde coletiva que tem emergido nos últimos anos no país, como as doenças e agravos não transmissíveis (MENDES,2011).

De acordo com a Lei Complementar nº 168 de 13 de abril de 2011 que dispõe sobre a área territorial do município de Foz do Iguaçu-PR, refere uma área Urbana com 195,156 km<sup>2</sup> (cento e noventa e cinco quilômetros e cento e cinquenta e seis hectômetros quadrados), Área Rural com 134,127 km<sup>2</sup> (cento e trinta e quatro quilômetros e cento e vinte e sete hectômetros quadrados). Está localizado na fronteira do Brasil com os seus dois principais parceiros econômicos na América do Sul, a Argentina e o Paraguai (FIGURA 5).

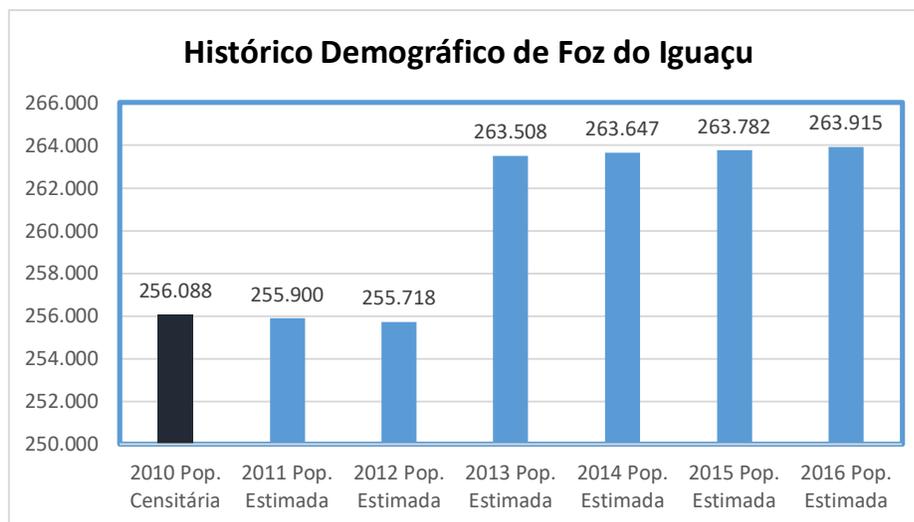
FIGURA 5 – Mapa da Tríplice Fronteira (Paraguai – Brasil – Argentina)



Fonte: André da Silva Britto – Centro de Controle de Zoonoses de Foz do Iguaçu-PR (2017).

Na FIGURA 6 pode-se verificar a população censitária (IBGE,2010) do município de Foz do Iguaçu-PR pelo IPARDES (2017). Os dados referentes aos anos seguintes até 2016 são estimativas para a população, observando que no período de 2010 a 2013 houve uma estabilidade no quantitativo de habitantes, mantendo-se em 255 mil habitantes. No período de 2013 a 2016, houve um acréscimo de aproximadamente 7 mil habitantes.

**FIGURA 6-** Histórico Demográfico de Foz do Iguaçu-PR, Brasil, no período de 2010 a 2016.

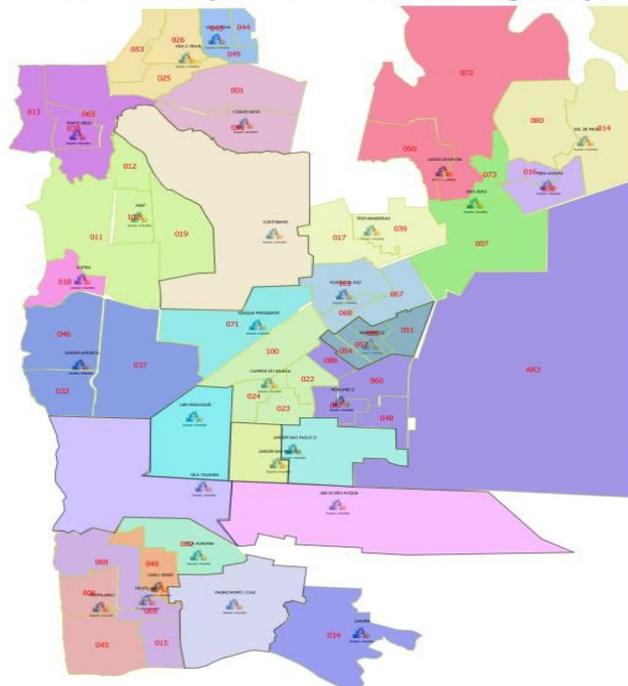


Fonte: IPARDES, 2017.

Foram escolhidas 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde (UBS), nominadas por letras (UBS-A, UBS-B, UBS-C, UBS-D, UBS-E e UBS-F), sendo que cada uma delas pertence a um dos 05 (cinco) Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Nordeste) do município de Foz do Iguaçu-PR. Vale ressaltar que para o Distrito Sanitário Oeste foram escolhidas duas UBSs devido à grande procura dos usuários e por haver informações extraoficiais (oriundas de outras UBSs do município) de que estas duas Unidades têm servido de referência para usuários estrangeiros ou “brasiguaios” (FIGURAS 7 e 8).

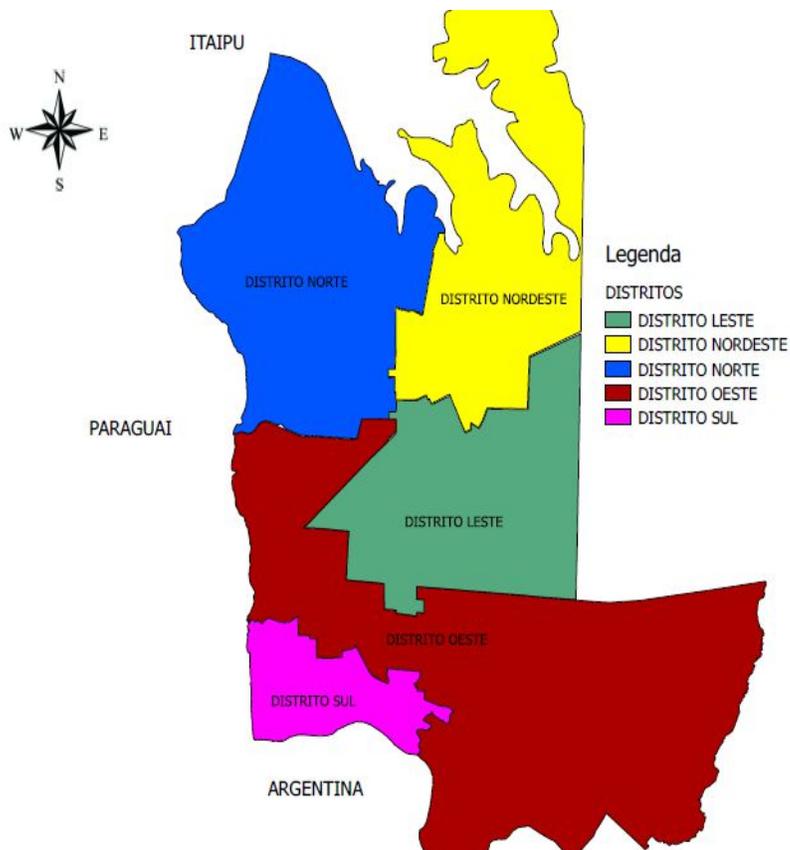
**FIGURA 7** – Mapa das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Foz do Iguaçu-PR, Brasil (2017).

### Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu



Fonte: CCZ e Planejamento Urbano do município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil (2017).

**FIGURA 8**– Distritos Sanitários pertencentes à Secretaria de Saúde do município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil (2017).



Fonte: André da Silva Britto – Centro de Controle de Zoonoses de Foz do Iguaçu-PR, Brasil (2017).

Vale ressaltar que todas as UBSs selecionadas apresentam características semelhantes, sendo todas Unidades de Referência para Estratégia Saúde da Família (ESF) do seu Distrito Sanitário correspondente, com a presença de profissionais médicos especialistas (ginecologistas e pediatras) na composição de suas equipes. Ressalta-se, ainda, que nas UBSs selecionadas para o presente estudo não ocorria um controle rigoroso do território adscrito, como ocorre nas USF.

#### 4.2 COLETA DE DADOS

Foram utilizadas as bases de dados especificamente em bibliotecas virtuais da Saúde – Bireme, Sistema Latino Americano e de Caribe de informações em Ciências da Saúde – LILACS, Revista Orbis, Revista Saúde em Debate, (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Revista Orbis e Revista Saúde em Debate, com utilização dos seguintes descritores: Saúde na Fronteira, Acordos e Protocolos da Fronteira, Mercosul, atendimento de saúde, com foco nos estrangeiros que transitam nos municípios brasileiros em busca de atendimento, incluindo materiais como acordos, leis e portarias assinadas bilateralmente e trilateralmente entre países.

Foram incluídos os trabalhos que relacionavam acordos para atendimento da população estrangeira independente do ano de publicação, com recorte para os artigos mais específicos sobre o tema e acordos realizados entre os países que fazem fronteira com o Brasil.

Foi realizada uma coleta sistemática de dados sobre a população estrangeira, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Foz do Iguaçu-PR, pois são consideradas porta de entrada para o SUS, através do sistema SAÚDEFOZ, para essa coleta foi criado um instrumento, descrito no Apêndice A, porém não foi encontrado esses dados no sistema ou nos prontuários dos usuários. No sistema, somente consta a data do atendimento, cidade do usuário e nome do usuário. Assim o Apêndice A foi descartada para essa pesquisa.

#### 4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram pesquisados os registros de prontuários (eletrônicos ou papel) de estrangeiros que procuraram atendimento nas UBSs estabelecidas de 2010 a 2016. A intenção da pesquisa seria levantar algumas variáveis como: (1) nacionalidade, (2) idade, (3) sexo, (4) unidade de atendimento, (5) motivo do atendimento e (6) cidade onde reside para traçar um perfil dos usuários estrangeiros. Porém, essas informações não constavam nos registros do Sistema SAÚDE-FOZ ou prontuários dos pacientes estrangeiros pesquisados. Entende-se por estrangeiros, todos que não tenham nacionalidade brasileira.

Os dados levantados sobre a existência da população nas bases de dados,

por meio dos prontuários (papel e eletrônico) no período de 2010 a 2016 que procuraram os serviços de saúde, foi realizado através de procura pelo sistema eletrônico que o município de Foz do Iguaçu-PR utiliza, o Sistema SAÚDE-FOZ, onde foi implantado no ano de 2011 por uma equipe em que o servidor público Alexandre Kraemer fazia parte e relata e descreve o processo de implantação nesse período:

“Eu havia trabalhado com registros eletrônicos de saúde para a atenção integral (RESAI) em meu TCC em Ciência da Computação, principalmente nos requisitos de segurança da informação, quando fui chamado a colaborar com questões que envolviam problemas com agendamentos de especialidades no SUS de Foz do Iguaçu.

Não era o objetivo inicial, mas as unidades de saúde começaram a fazer uso dos formulários originalmente desenvolvidos para a rotina das UPAS e este modelo permanece até hoje com pequenas mudanças na interface que se fizeram necessárias para integração com o e-SUS. Os formulários específicos das unidades de saúde foram desenhados, porém nunca foram desenvolvidos. Os formulários da UPA foram adaptados para tal, decorrente de terem sido desenvolvidos primordialmente, embora o projeto tenha previsto inicialmente a prioridade para as unidades de saúde. O processo de implantação gradual e em módulos gerou este tipo de evento porque era dinâmico e se adaptava às necessidades demandadas pelas equipes”.

Além disso, procurou-se pesquisar anotações de atendimento de estrangeiros por prontuários manuais, porém foi constatado a não existência de um acervo ou registro sistemático desses arquivos. Desta forma, não foi possível encontrar o registro desses atendimentos.

O recorte temporal utilizado para realização desta pesquisa foi escolhido devido aos problemas relacionados com as emissões do cartão SUS para estrangeiros que foram noticiados pela imprensa no período de 2010 a 2016. De acordo com as notícias daquele período o município de Foz do Iguaçu-PR possuía aproximadamente 300 mil habitantes e cerca de 800 mil cartões SUS cadastrados. Dado este, considerado muito alarmante à época.

#### 4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os registros de usuários com nacionalidade estrangeira que não residiam na área de abrangência e/ou município estudado e que eram procedentes do Paraguai e da Argentina e excluídos todos os registros de usuários brasileiros tanto moradores do município de Foz do Iguaçu-PR quanto de outras

idades brasileiras.

#### 4.5 TIPO DE PESQUISA REALIZADA

No âmbito qualitativo, foi realizada uma pesquisa exploratória e aplicação de entrevistas semiestruturadas em informantes-chaves, no caso os gerentes das UBSs, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitado a concordância através da anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa teve o intuito de verificar se os profissionais de saúde estão de posse de informações sobre o atendimento à população estrangeira e a existência de fluxos ou protocolos para esta demanda.

Os gerentes locais tem responsabilidades que implicam no aprendizado de novos conhecimentos, habilidades, atitudes relacionadas à eficiência administrativa e capacidade de respostas ágeis e eficazes para um atendimento resolutivo às demandas de saúde da população (PENNA *et al*, 2004).

A entrevista foi organizada de forma semiestruturada onde foi seguido um roteiro previamente estabelecido, com perguntas pré-determinadas, tendo como premissas que todas as respostas pudessem ser comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devessem refletir nas respostas dos profissionais e não nas perguntas (MARCONI e LAKATOS, 2005).

O presente trabalho foi desenvolvido de acordo com a Resolução nº 196 do CNS (1996) onde define pesquisa que envolve seres humanos direta ou indiretamente em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informação ou materiais. Além disso, está devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Parecer nº 2258494 na Plataforma Brasil.

Foi preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para anuência dos sujeitos da pesquisa e explicação completa da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios e previstos potenciais riscos e incômodos que está possa acarretar (ANEXO 3).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas seis (6) UBS do município de Foz do Iguaçu-PR, sendo uma UBS de cada Distrito Sanitário do município de Foz do Iguaçu-PR a saber: Norte, Sul, Leste, Oeste 1, Oeste 2 e Nordeste. Foi numerado a região Oeste (1 e 2), devido ser uma região central e de grande procura pela população em geral, levando em conta a importância para a pesquisa as duas serem do mesmo Distrito Sanitário. A ideia foi de verificar se cada UBS pesquisada tende a ser uma referência/preferência para os estrangeiros.

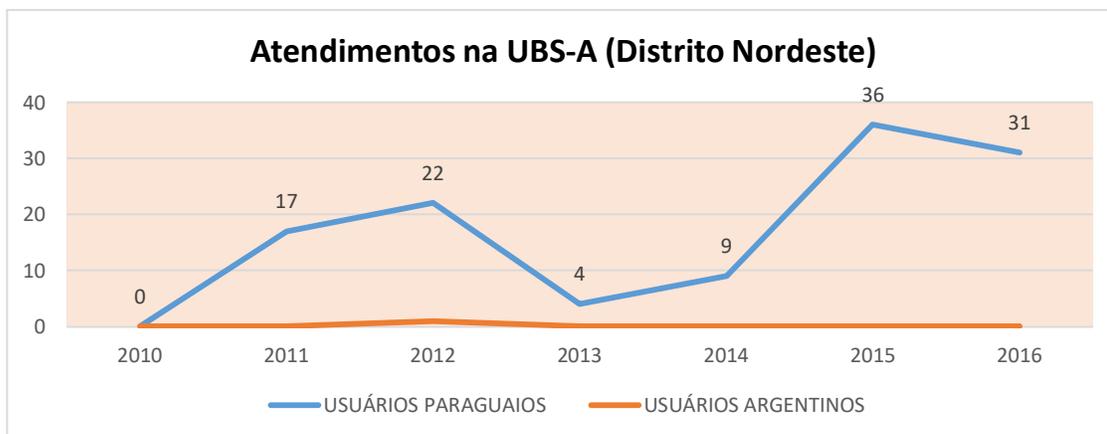
Para demonstração dos dados da pesquisa, as UBSs foram identificadas por letras, A, B, C, D, E e F para melhor entendimento e não exposição da unidade e também dos gestores locais que foram entrevistados, não alterando a qualidade e divulgação dos resultados. Cada letra corresponde a uma UBS pertencente a um Distrito Sanitário do município de Foz do Iguaçu-PR, onde UBS-A (Distrito Sanitário Nordeste), UBS-B (Distrito Sanitário Oeste 1), UBS-C (Distrito Sanitário Sul), UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2), UBS-E (Distrito Sanitário Norte) e UBS-F (Distrito Sanitário Leste).

Após a coleta de dados pelo sistema SAÚDE-FOZ em cada UBS, foi possível observar que durante o período de 2010 a 2016 foram realizados 3.076 atendimentos a estrangeiros nas UBSs em contrapartida no mesmo período teve um registro de 671.051 atendimentos a brasileiros.

Na FIGURA 9 é possível verificar o número de atendimentos prestados a usuários estrangeiros de nacionalidade Argentina e Paraguai na UBS-A, localizada no Distrito Sanitário Nordeste de Foz do Iguaçu-PR, não tendo sido encontrado nos registros outras nacionalidades. No ano de 2010 não houve nenhum atendimento a paraguaios e argentinos, em 2011 houveram 17 atendimentos a usuários paraguaios e em 2012 foi o único ano com 01 atendimento a um usuário argentino, os outros 22 atendimentos foram a usuários paraguaios. Em 2013, houveram 4 atendimentos a usuários paraguaios, em 2014, 09 atendimentos a usuários paraguaios, em 2015, 36 atendimentos a usuários paraguaios e, em 2016, 31 atendimentos a usuários paraguaios, sendo que 2015 foi o ano com maior número de atendimentos a usuários estrangeiros somando 26 pacientes, no total. A UBS A teve um registro de atendimento total de 119.446 no período de 2010 a 2016, sendo que 119.326 são

brasileiros e 120 estrangeiros (119 paraguaios e somente 01 argentino).

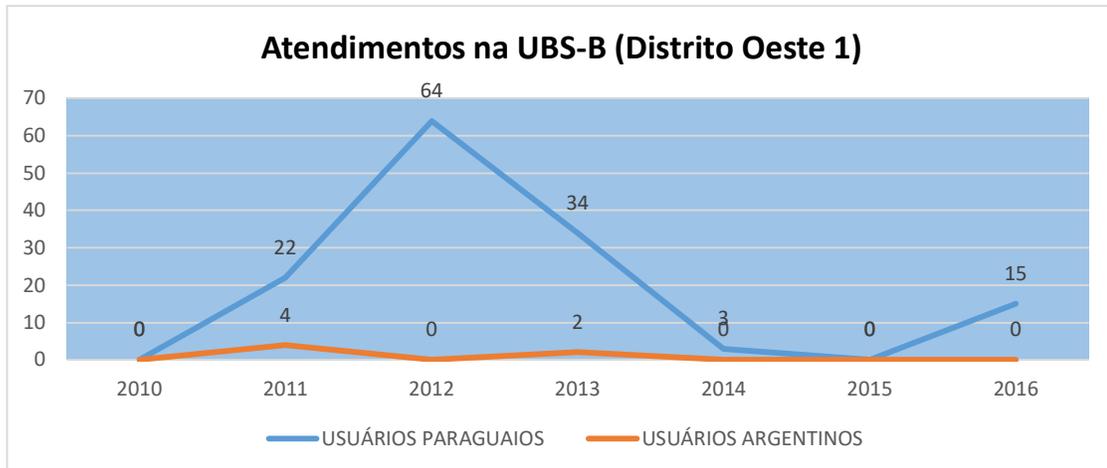
**FIGURA 9** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da UBS-A (Distrito Sanitário Nordeste) do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2016.



Fonte: A autora (2018)

Na FIGURA 10 pode-se constatar que na UBS-B, pertencente ao Distrito Sanitário Oeste 1, no ano de 2010, não houve registro de nenhum atendimento a usuários tanto paraguaios quanto a argentinos, ou ainda, qualquer outro estrangeiro, sendo notificados somente 2 atendimentos a pacientes residentes em Foz do Iguaçu-PR. No período de 2011 foram registrados um total de 26 estrangeiros, sendo 4 da Argentina e 22 do Paraguai, sendo que de Foz do Iguaçu foram 14.833 atendimentos. Em 2012, foram 64 atendimentos a estrangeiros, todos procedentes do Paraguai, e 35.132 atendimentos a pacientes de Foz do Iguaçu. Ainda, em 2013 foram um total de 36 atendimentos a estrangeiros, sendo 02 da Argentina e 34 do Paraguai, onde registros de Foz do Iguaçu foram 25.261. No ano de 2014 houve registro de 03 atendimentos, somente procedente do Paraguai, 5.363 de Foz do Iguaçu. No período de 2015, não foram registrados nenhum atendimento de estrangeiros, enquanto de Foz do Iguaçu foram 4.079. E ainda, em 2016 foram 16 atendimentos somente do Paraguai, e 9.997 de Foz do Iguaçu, totalizando 95.025 no período de 2010 a 2016.

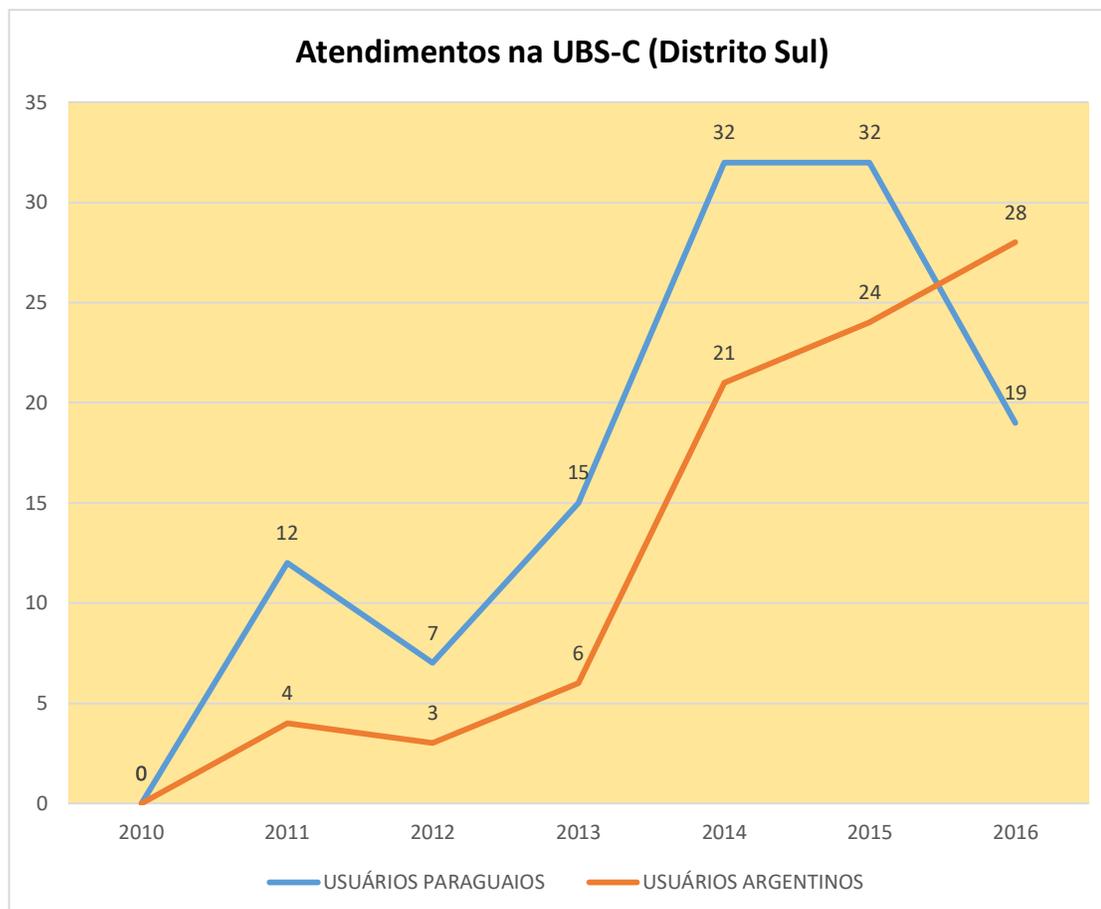
**FIGURA 10** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da UBS-B (Distrito Sanitário Oeste 1) do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2016.



Fonte: A autora (2018)

Na UBS-C, no ano de 2010 não teve nenhum atendimento para estrangeiro, em 2011, foram registrados 12 do Paraguai e 04 da Argentina. Em 2012 foram 07 atendimentos a usuários do Paraguai e 03 da Argentina. Em 2013, 15 atendimentos a usuários do Paraguai e 06 atendimentos a usuários da Argentina, em 2014 32 atendimentos a usuários do Paraguai e 21 da Argentina, em 2015 foram 32 do Paraguai e 24 da Argentina e em 2016 foram 19 atendimentos a usuários do Paraguai e 28 da Argentina. No período de 2010 a 2016 foram computados um total de 142.689 atendimentos a usuários em Foz do Iguaçu-PR. A UBS-C pesquisada, teve um aumento importante na procura por atendimentos de usuários estrangeiros no período de 2014 e 2015, com o dobro de atendimentos a usuários paraguaios e um crescimento progressivo de usuários argentinos. Isto pode ser justificado devido ao fato da UBS-C estar situada próxima da fronteira com a Argentina e ser referência para as USF na Região Sul do município de Foz do Iguaçu-PR (FIGURA 11)

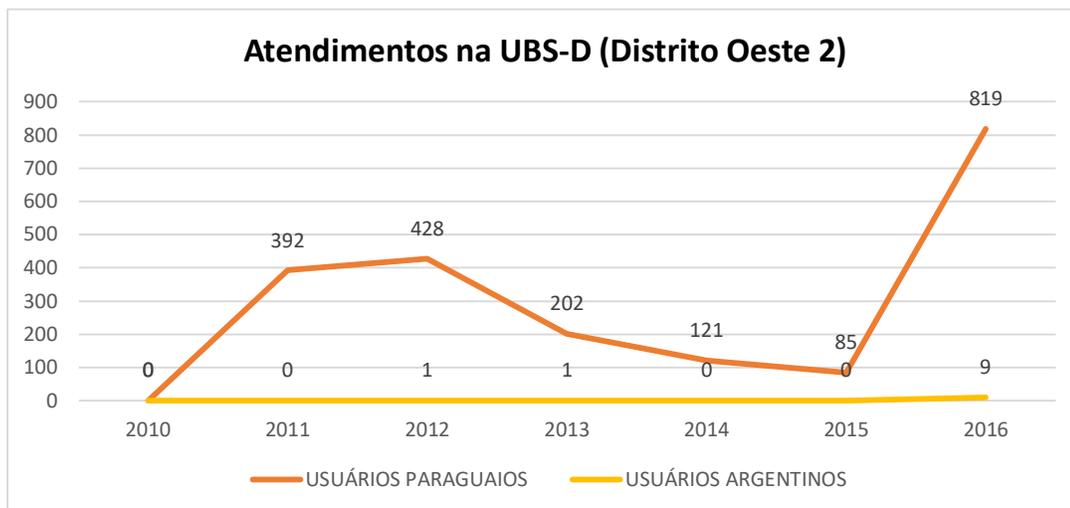
**FIGURA 11** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da UBS-C (Distrito Sanitário Sul) do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2016.



Fonte: A autora (2018)

Na UBS-D, localizada no Distrito Sanitário Oeste 2, em 2010 não teve nenhum registro de atendimentos a usuários estrangeiros (Paraguai e Argentina), em 2011 foram 392 atendimentos a usuários do Paraguai e nenhum da Argentina, em 2012 foram 428 atendimentos a usuários do Paraguai e 01 da Argentina, em 2013 foram 202 atendimentos a usuários do Paraguai e 01 atendimento da Argentina, em 2014 foram 121 atendimentos a usuários do Paraguai, em 2015 foram 85 atendimentos a usuários do Paraguai e nenhum da Argentina e ainda, em 2016 foram 819 atendimentos a usuários do Paraguai e 09 da Argentina. Em contrapartida, houveram 35.525 atendimentos a pacientes de Foz do Iguaçu no período de 2010 a 2016 (FIGURA 12).

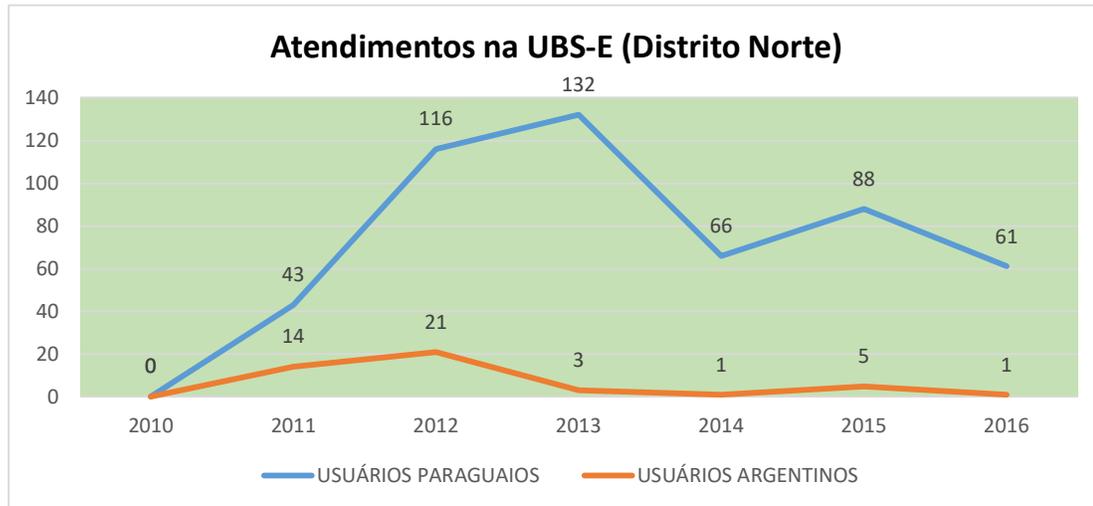
**FIGURA 12** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2) do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2016.



Fonte: A autora (2018)

Na análise da UBS-E, localizada no Distrito Sanitário Norte, em 2010 não teve nenhum atendimento a usuários estrangeiros, em 2011 foram 43 atendimentos a usuários do Paraguai e 14 da Argentina, em 2012 foram 116 atendimentos a usuários do Paraguai e 21 da Argentina, em 2013 foram 132 atendimentos a usuários do Paraguai e 03 da Argentina, em 2014 foram 66 atendimentos a usuários do Paraguai e 01 da Argentina, em 2015 foram 88 atendimentos a usuários do Paraguai e 05 da Argentina e 2016 foram 61 atendimentos a usuários do Paraguai e 01 da Argentina. Dos atendimentos registrados a usuários de Foz do Iguaçu foram um total de 282.239 no período de 2010 a 2016 (FIGURA 13).

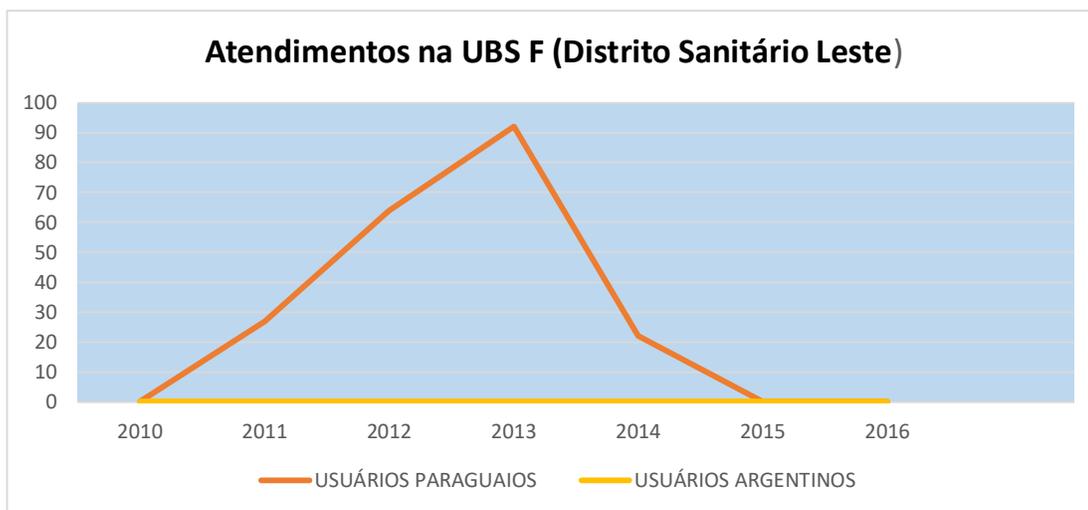
**FIGURA 13** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da UBS-E (Distrito Sanitário Norte) do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2016.



Fonte: A autora (2018)

Por fim, foi realizada a análise dos dados da UBS-F, onde não houveram atendimentos a usuários da Argentina, no ano de 2010 nenhum atendimento a usuários do Paraguai, em 2011 foram registrados 27 atendimentos a usuários da Argentina, e 2012 foram 64 atendimentos a usuários do Paraguai e em 2013 foi o maior número de registros que foi um total de 92 atendimentos a usuários do Paraguai, sendo que em 2014 foi o último registro do período da pesquisa com 22 atendimentos a usuários do Paraguai, em 2015 e 2016 não houve nenhum atendimento a usuários do Paraguai ou Argentina (FIGURA 14).

**FIGURA 14** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da UBS-F (Distrito Sanitário Leste) do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2016.



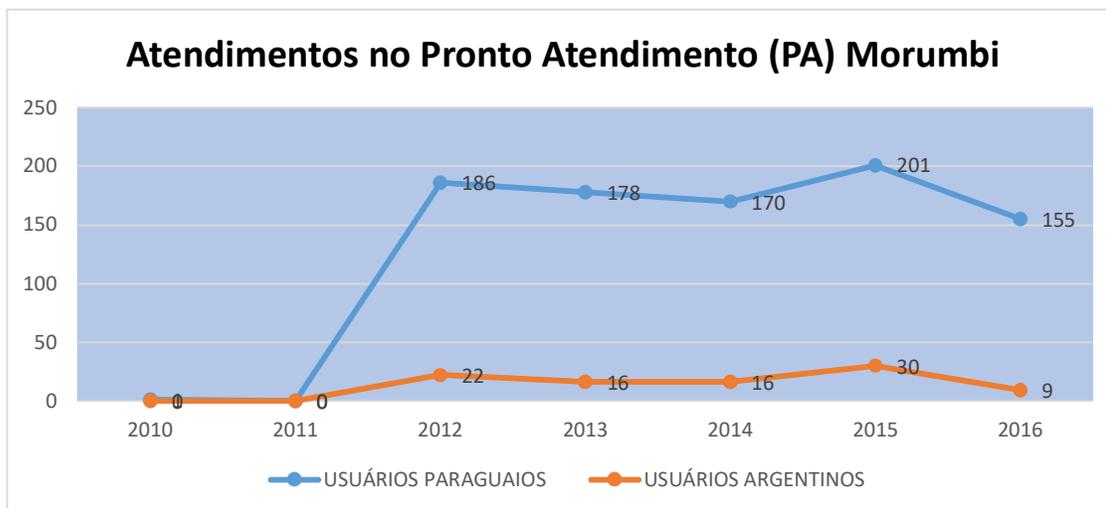
Fonte: A autora (2018)

Com relação a análise de dados, foi realizado ainda um comparativo das UPAs do município para verificar os números de registros onde do total de 524.385 registrados no período de 2010 a 2016, 984 foram de residentes em países vizinhos e 523.401 de residentes no Brasil na UPA do Morumbi, sendo de 0,18% de atendimentos de estrangeiros nesse período de 2010 a 2016. Na UPA do João Samek foram 7.999 registros de residentes em países vizinhos e 746.380 residentes do Brasil, onde 1% de atendimentos foram de residentes de outros países.

Na FIGURA 15 podemos verificar a distribuição do número de atendimentos total a usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos) no Pronto Atendimento (PA) Morumbi, no período de 2010 a 2016. No ano de 2010 houve somente atendimento a um usuário do Paraguai, em 2011 não houve atendimento a usuários estrangeiros, em 2012 foram 186 atendimentos a usuários do Paraguai e 22 da Argentina, em 2013 foram 178 atendimentos a usuários do Paraguai e 16 da Argentina, e ainda em 2014 foram 170 atendimentos a usuários do Paraguai e 16 da Argentina, em 2015 foram 201 atendimentos a usuários do Paraguai e 30 da Argentina e ainda 2016 foram 155 atendimentos a usuários do Paraguai e 9 da Argentina.

**FIGURA 15** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários

provenientes do Paraguai e da Argentina do Pronto Atendimento (PA) Morumbi do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2016.

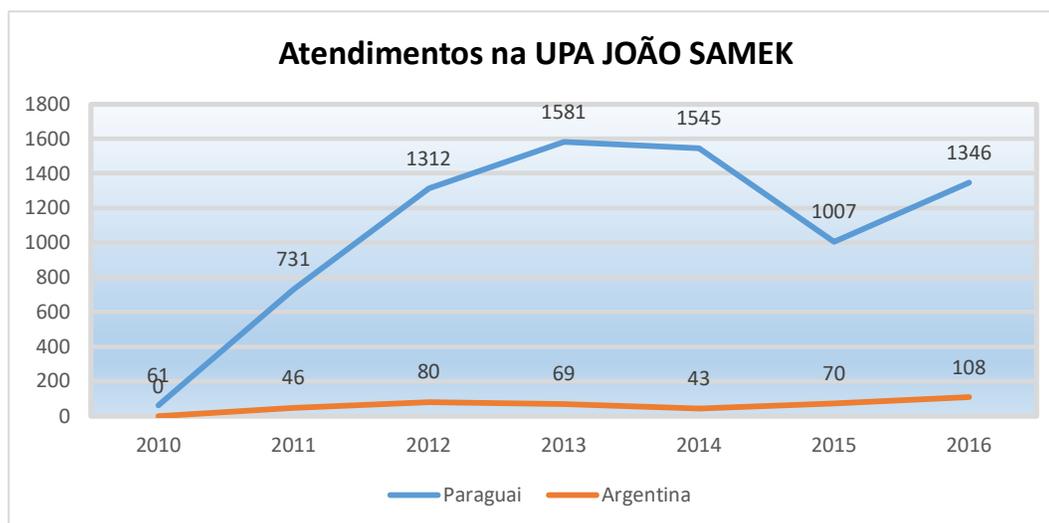


Fonte: A autora (2018)

No Pronto Atendimento (PA) Morumbi, no período de 2010 a 2016 teve um total de 524.385 atendimentos, desses 984 foram a usuários estrangeiros (paraguaios ou argentinos), chegando a menos de 1% dos atendimentos registrados no SAÚDE FOZ, totalizando 0,18% dos registros. Durante a coleta de dados foi constatado que podem ser estrangeiros e não possuir documentação. Foram registrados em prontuários de papel, porém durante a coleta de dados, esses prontuários não foram disponibilizados, com a justificativa de não estarem arquivados no local por serem considerados atendimentos de urgência e emergência, sendo arquivados em um depósito, sem haver separação entre atendimentos a usuários brasileiros e estrangeiros. Como se tratava de atendimentos de urgência e/ou emergência não poderiam ser negados pelo PA. Porém aqui, existe falta de informação, pois alguns atendimentos foram registrados, sendo possível colocar a cidade ou país de origem do usuário, mas são informações sem fundamentos ou documentos, onde cada gestor local registra conforme acredite ser o mais correto. Alguns deles faziam no prontuário de papel por não acreditar ser possível o registro desses atendimentos a usuários estrangeiros no Sistema SAÚDE FOZ. Desta forma, percebe-se a falta de fluxos e protocolos que deveriam ser estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde para esses atendimentos no município de Foz do Iguaçu-PR no período estudado.

Na FIGURA 16, observa-se que na UPA João Samek em 2010 foram registrados 61 atendimentos a usuários do Paraguai e nenhum da Argentina, em 2011 foram 731 atendimentos a usuários do Paraguai e 46 da Argentina, em 2012 foram 1.312 atendimentos a usuários do Paraguai e 80 da Argentina, em 2013 foram 1.581 atendimentos a usuários do Paraguai e 69 da Argentina, em 2014 foram 1.545 atendimentos a usuários do Paraguai e 43 da Argentina, em 2015 foram 1.007 atendimentos a usuários do Paraguai e 70 da Argentina, e por fim em 2016 foram 1.346 atendimentos a usuários do Paraguai e 108 da Argentina.

**FIGURA 16** - Gráfico do número de atendimentos prestados aos usuários provenientes do Paraguai e da Argentina da UPA João Samek do município de Foz do Iguaçu-PR no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016.



Fonte: A Autora (2018)

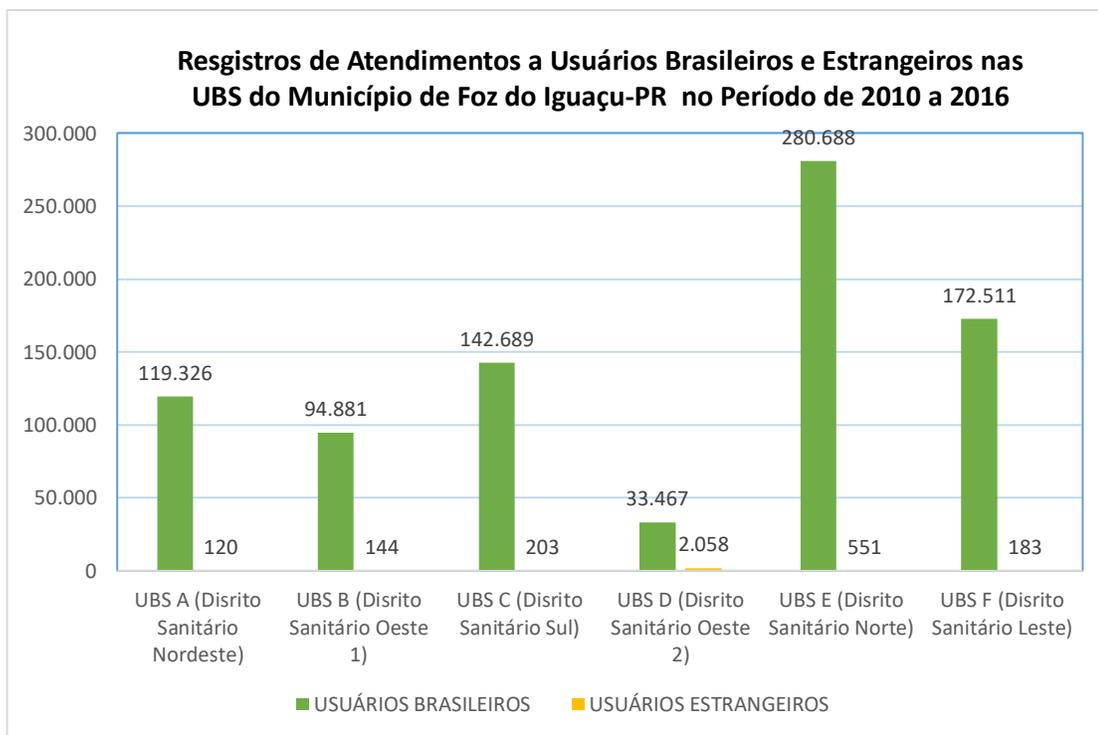
Os dados coletados da UPA João Samek, não diferem dos encontrados no Pronto Atendimento (PA) Morumbi, onde dos 754.379 atendimentos registrados no período de 2010 a 2016, 7.999 foram procedentes do Paraguai e Argentina, tendo 1% de registros de atendimentos por estrangeiros. Foram encontradas as mesmas informações e dificuldades do outro serviço de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu-PR. Dependendo da época e do gestor local da UPA João Samek, os registros dos atendimentos a usuários estrangeiros eram realizados via Sistema SAÚDE FOZ (informatizado), já em outras épocas, em prontuários de papel. Foi constatada a inexistência de fluxos ou protocolos uniformes para esses atendimentos, havendo subnotificação desses atendimentos, por não ter uma

separação dos atendimentos de usuários tanto brasileiros quanto estrangeiros.

Em 2015, a Prefeitura de Foz do Iguaçu-PR publicou no Diário Oficial do dia 13 de julho de 2015, as diretrizes a serem seguidas para elaboração, recadastramento e atualização do Cartão Nacional de Saúde, e ainda, as orientações sobre todos os documentos que deveriam ser apresentados para atendimentos na Rede Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu-PR.

Na FIGURA 17 é possível visualizar todos os atendimentos registrados nas UBSs pesquisadas, localizadas em cada Distrito Sanitário, onde é possível fazer um comparativo dos registros de atendimentos a usuários brasileiros (residentes no município de Foz do Iguaçu-PR e/ou outra cidade/estado brasileiro) e a usuários estrangeiros (procedentes do Paraguai e da Argentina). Também é possível constatar um registro muito baixo de atendimentos a usuários estrangeiros em comparação com os atendimentos a usuários brasileiros, que não chegou nem a 1% nas cinco das seis UBS pesquisadas. A única UBS que teve um número mais expressivo de atendimentos a usuários estrangeiros foi da UBS-D (5,7%), que é considerada pelas outras UBSs e seus respectivos gestores locais, referência para atendimentos de estrangeiros. Na UBS-A o atendimento a usuários estrangeiros foi de 0,10% em relação ao total de atendimentos a usuários brasileiros, na UBS-B foi de 0,15%, na UBS-C foi de 0,14%, na UBS-E foi de 0,19% (teve o segundo maior registro de atendimentos de estrangeiros) e por fim a USF- F foi de 0,10%, respectivamente.

brasileiros e estrangeiros nas UBSs do município de Foz do Iguaçu-PR no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016.



Fonte: A autora (2018)

De acordo com o estudo de Giovanella *et al.*, (2007), os secretários municipais de saúde, relatam que a busca de brasileiros residentes nas cidades estrangeiras de fronteira por atendimento no SUS é ainda mais elevada do que a demanda de estrangeiros: 87% (58) dos gestores informaram demanda de brasileiros não residentes no Brasil em seus municípios, sendo frequente ou muito frequente em 67% (45 localidades). Nas fronteiras do Paraná (com Argentina e Paraguai) e do Mato Grosso do Sul com Paraguai, a demanda de brasileiros não residentes é mais intensa, sendo frequente ou muito frequente em 80% a 90% dos municípios. Nestes dois últimos segmentos, municípios brasileiros fazem fronteira com propriedades rurais, em território paraguaio, arrendadas ou pertencentes a brasileiros (cultivo de soja e criação de gado), estimando-se em 350 mil os brasileiros e descendentes residentes no Paraguai (“brasiguaios”) Esses brasileiros moradores em terras paraguaias da faixa de fronteira procuram com frequência pelos serviços de saúde dos municípios brasileiros, informaram os secretários municipais de saúde. Perguntados quanto ao direito dos estrangeiros a atendimento

no SUS municipal, 70% dos secretários municipais de saúde afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento. Do mesmo modo, todos os secretários informaram que prestam algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS municipal. Todavia, em 28% dos municípios, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência.

Em contrapartida deste estudo, não se consegue afirmar se esses usuários de outros países são todos de nacionalidades estrangeiras, pois nos registros encontrados não havia essa informação descrita. Assim, pode-se afirmar que residem fora do Brasil, porém pode ser com nacionalidade brasileira que preferem ser atendidos no Brasil. Afirmando ainda mais a importância da implantação de um sistema fidedigno e com protocolos específicos para uniformizar esses atendimentos realizados nos serviços do município de Foz do Iguaçu-PR.

A pesquisa qualitativa, pôde confirmar a dificuldade de registros e sistematização dos atendimentos aos estrangeiros, com a utilização de um instrumento com 5 questões, aplicado através de entrevista com os responsáveis das 6 unidades de saúde pesquisadas, que foram identificados como: Gestor Local A (UBS-A), Gestor Local B (UBS-B), Gestor Local C (UBS-C), Gestor Local D (UBS-D), Gestor Local E (UBS-E) e Gestor Local F (UBS-F) onde se obteve os seguintes resultados:

De acordo com a Tabela 2, pôde-se caracterizar o tempo que trabalha na unidade de saúde, e foi identificado uma média de 8,6 anos de trabalho na UBS.

**QUADRO 1** - Caracterização dos gestores locais em relação ao tempo de trabalho nas UBSs do município de Foz do Iguaçu-PR (2010 a 2016)

<b>HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA UBS?</b>	
UBS A - DISTRITO NORDESTE	7 ANOS
UBS B - DISTRITO OESTE 1	5 ANOS
UBS C - DISTRITO SUL	15 ANOS
UBS D - DISTRITO OESTE 2	16 ANOS
UBS E - DISTRITO NORTE	4 ANOS
UBS F - DISTRITO LESTE	5 ANOS

O trabalho gerencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem passando por várias mudanças desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) determinando um perfil diferenciado para os gerentes cujas atividades se ampliam no dia-a-dia do trabalho. Encontram processos decisórios que, anteriormente eram centralizados, e agora passam por um processo de descentralização deslocando a resolução dos problemas identificados para os níveis locais, mais próximos dos usuários, aumentando, conseqüentemente, as responsabilidades desses profissionais (PENNA *et al.*, 2004).

**QUADRO 2** - Caracterização dos gestores locais em relação à função exercida e formação profissional nas UBSs do município de Foz do Iguaçu-PR (2010 a 2016)

<b>QUAL FUNÇÃO EXERCE NA UBS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL?</b>	
UBS A - DISTRITO NORDESTE	SUPERVISOR (TEC.DE ENFERMAGEM)
UBS B - DISTRITO OESTE 1	GERENTE (TEC. DE ENFERMAGEM)
UBS C - DISTRITO SUL	SUPERVISOR (AUX. ADMINISTRATIVO)
UBS D - DISTRITO OESTE 2	GERENTE (TEC. DE ENFERMAGEM)
UBS E - DISTRITO NORTE	GERENTE (TEC. DE ENFERMAGEM)
UBS F - DISTRITO LESTE	GERENTE (RECEPCIONISTA)

Os gestores locais referiram que tinham conhecimento sobre os fluxos de atendimentos a usuários estrangeiros no município, porém todos deram respostas diferentes para a questão, verificando-se, ainda, a não existência de um documento oficial para este fluxo de atendimento, que na prática já se encontra estabelecido.

Os profissionais que hoje assumem a gerência das UBSs necessitam fazer o que sabem e aprender aquilo que ainda não têm habilidades para fazer, o que indica um processo de constante aprendizado e enfrentamento de novos desafios. Eles fazem com que a gerência se torne um instrumento importante para se efetivar políticas (PENNA *et al.*, 2004).

Em relação a formação profissional dos gestores locais das UBSs, vale ressaltar que a maioria possui formação técnica a nível de segundo grau, não havendo nenhum com formação superior ou com capacitação e/ou especialização na área gerencial. Este fato, aliado a uma gestão municipal de saúde extremamente fragilizada em decorrência dos problemas de corrupção enfrentados pelo município

de Foz do Iguaçu-PR no período de 2010 a 2016, poderiam ser fatores contribuintes para dificultar ainda mais o estabelecimento dos fluxos para atendimentos a usuários estrangeiros.

Para afirmar o que se identifica quanto a formação dos gerentes na pesquisa, Alves, Penna e Brito (2004) realizaram um estudo com os gerentes das unidades de saúde em Belo Horizonte e dos 59 respondentes, 62,71% afirmam não haver pré-requisito para o cargo, 13,50% apontam apenas o curso superior no qual se graduaram; 13,56% indicam o fato de ser profissional de saúde (6,78%) e ter experiência anterior (6,78%), como necessário; 6,78% foram selecionados para o cargo e, apenas, 3,39% indicam a capacidade de Administrar, como pré-requisito essencial. Os resultados reforçam as dificuldades no estabelecimento de critérios para escolha dos gerentes, pois o percentual que aponta para a inexistência de pré-requisito para assumir o cargo é expressivo. Sabe-se, que para a maioria dos cursos da área de saúde, não há disciplinas específicas ou mesmo conteúdo de administração, que lhes garantam um conhecimento necessário ou clareza do que dele se espera para o exercício do cargo.

A pesquisa mostra um resultado de 100% de gerentes do sexo feminino. Alves, Penna e Brito (2004) descreveram as características dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte e verificou que 89,83% dos entrevistados eram do sexo feminino e 10,17% do sexo masculino. Esses dados refletem, de forma expressiva, a tendência de feminilidade da força de trabalho em saúde.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo de instituir e organizar o sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema (BRASIL, 2010).

Na UBS-A (Distrito Sanitário Nordeste) o responsável pela UBS trabalha há sete anos e exerce a função de Supervisor do Distrito, e refere que o conhecimento que possui sobre os fluxos de atendimentos a usuários estrangeiros é que devem ser atendimentos sem nenhuma restrição, porém se necessitar de encaminhamentos para especialidades ou exames laboratoriais não poderá realizar se não tiver o cartão SUS. Na questão 4 sobre se já teve orientações da gestão refere que o fluxo que conhece é sobre o cartão SUS, e que não existe nenhum protocolo na secretaria

sobre atendimentos dos estrangeiros. E ainda, essa UBS tem uma particularidade, pois existe uma comunidade na área de abrangência de 60 famílias estrangeiras.

Na UBS-B (Distrito Sanitário Oeste), o tempo de trabalho do gerente era de cinco anos, e quando questionado sobre o conhecimento dos fluxos de atendimento aos estrangeiros no município, referiu que os atendimentos de urgências são atendidos nas UPAs e durante as rotinas encaminhados para a secretaria ou consulados do seu país para realizar o cartão SUS e somente deveriam retornar para consulta. Na questão nº4 sobre se já recebeu alguma orientação da gestão quanto aos atendimentos dos estrangeiros, referiu que sim, e que eram as supracitadas. E na questão nº 5 sobre a existência de protocolos nas UBSs para formalizar esse atendimento, referiu que recebeu somente fluxo para fazer Cartão SUS para os estrangeiros, onde os mesmos eram encaminhados para a secretaria de saúde.

Na UBS-C (Distrito Sanitário Sul), a responsável pela UBS refere que há 10 anos exerce função de supervisão, e relatou que os estrangeiros eram atendidos somente em casos de urgência e emergência, não sendo realizados outros atendimentos na UBS e que essas orientações foram repassadas pela gestão.

Na UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2), o gerente da unidade respondeu as questões e referiu que há 16 anos trabalha na unidade e que há quatro anos exerce função de gerência, e sobre os fluxos de estrangeiros ressaltou que o procedimento utilizado pela UBS-D era que os usuários não residentes na área de abrangência da UBS devem ir diretamente ao UPA e somente os que residiam e tinham comprovante de residência na área de abrangência deveriam consultar na UBS-D. Com relação a questão nº 4, se já recebeu alguma orientação da gestão sobre atendimentos a estrangeiros referiu que sim, nos casos para realizar o cartão SUS, e que na questão nº 5 o único protocolo existente era sobre o cartão SUS para estrangeiros que são instruídos a procurarem a sede da Secretaria Municipal de Saúde para providenciar a confecção do mesmo.

O caso da UBS-D (Distrito Sanitário Norte) no município é muito relevante, pois a própria Unidade não se considera referência para atendimentos a usuários estrangeiros como outras UBSs pesquisadas relataram, apesar foi a única que apresentou uma porcentagem maior de registros de atendimentos a usuários estrangeiros (5,7%). Este número é muito baixo pois é considerada uma Unidade de referência pela população, constatando que não existia uma grande procura por

atendimento de saúde e que a falta de registros pode estar contribuindo para a subnotificação desses atendimentos. Entretanto, como a UBS-D não se considerava referência pode-se constatar que não existia nada formalizado pela gestão do município, principalmente relacionado aos fluxos organizativos para esses atendimentos.

Na UBS-E (Distrito Sanitário Norte), o gerente desta Unidade referiu que trabalha há 4 anos exercendo a função de gestor, e descreveu seu conhecimento sobre os fluxos de atendimentos dos estrangeiros, onde referiu que nos casos de urgências e emergências os estrangeiros eram encaminhados para as UPAs e os brasiguaios para UBS-D, enfatizando que estas orientações foram dadas pela gestão do município, e quando questionado sobre a existência de algum protocolo para formalizar os atendimentos a usuários estrangeiros, relatou a inexistência do mesmo no serviço.

A UBS-F (Distrito Sanitário Leste) o gerente da unidade relatou trabalhar há 5 anos na unidade, e que os atendimentos a usuários “brasiguaios” eram feitos na UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2), e para os estrangeiros naturalizados, eram orientados a procurar o consulado para obterem o cartão SUS. Além disso, estes estrangeiros deveriam comprovar residência fixa no Brasil e ter CPF, sendo orientados a irem até a sede da Secretaria Municipal de Saúde do município de Foz do Iguaçu-PR com todos esses documentos nas terças e quintas-feiras até as 11 horas da manhã para obterem o cartão SUS. Nos casos de urgência eram atendidos na própria unidade, somente casos eletivos eram encaminhados para realizar a documentação antes do atendimento. O gestor da UBS-F enfatizou que todas essas orientações foram dadas pela Secretaria Municipal de Saúde e que deveriam ser repassadas aos usuários estrangeiros no ato do atendimento na Unidade de Saúde.

Com esta pesquisa foi possível constatar que havia conhecimento, por parte dos gestores das UBSs, para os casos de urgência e emergência onde os usuários mesmo sendo estrangeiros eram atendimentos nas UBSs ou eram encaminhados para as UPAs do município sem qualquer restrição como descreve o Gestor Local A (UBS-A): “sem qualquer restrição ele (estrangeiro) é atendido”, e que só possuem restrição quando precisam de encaminhamentos para especialistas ou exames.

Pode-se perceber que a problemática de implantação de políticas públicas em saúde nas fronteiras não é exclusiva de Foz do Iguaçu-PR. Em outros trabalhos realizados em municípios de fronteira internacional é possível perceber a mesma

problemática, como Bauermann e Cury (2015) que destacam a dificuldade de contabilização de uma população flutuante que utiliza de recursos financeiros e materiais de outro país.

Giovanella *et al.*, (2007) refere que mesmo sendo elevada a procura dos atendimentos em saúde por parte dos estrangeiros, não existem estudos que as quantifiquem, onde 69% dos municípios de fronteira no Brasil não registram os atendimentos prestados, os demais realizam estimativas mensais.

No município de Foz do Iguaçu-PR foram encontradas, a insuficiência de registro e/ou a falta de sistematização para arquivar dados de atendimentos tanto de usuários brasileiros quanto de estrangeiros nas UBSs pesquisadas. Além disso, foi verificado o desconhecimento por parte dos profissionais entrevistados a respeito do fluxo destes atendimentos a usuários estrangeiros, fato este, confirmado com as repostas obtidas na questão 3, sobre o conhecimento de fluxos de atendimentos para estrangeiros existentes no município. Neste caso, as repostas predominantes para casos de urgências e emergências, os estrangeiros eram encaminhados para as UPAs e se houvessem casos eletivos, como gestantes para atendimento de pré-natal, estes eram referenciados para a UBS-D (Região Oeste 2). Porém, a própria UBS-D não se considerava uma referência, desconhecendo essa informação, pois de acordo com o Gestor Local D (UBS-D) “estrangeiros que não residem na área são referenciados para a UPA, e somente os que residem na área de abrangência são atendidos na UBS.”

Ainda, em nenhum dos questionários aplicados aos Gestores Locais foi mencionado conhecimento sobre o SIS-Fronteira, que de acordo com Mochizuke (2017) teria como objetivo a consolidação e expansão da atuação do Ministério da Saúde em áreas de fronteiras, propondo ações compartilhadas na área de saúde nas fronteiras e ainda, identificar as potencialidades e deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde existente nos municípios fronteiriços.

Com isso, é importante destacar o desenvolvimento de um sistema de informação que fomente um sistema de cooperação e a mobilização de gestores das áreas de fronteiras. Uma das funções do SIS-Fronteiras seria dar continuidade a integração dos países da América do Sul, sendo uma resposta política para atenuação de problemas de saúde pública nas fronteiras, e tem como resultado final a organização dos sistemas locais de saúde. Porém, no município de Foz do Iguaçu não foi identificado políticas públicas específica para esses atendimentos de

estrangeiros, sendo que a única orientação recebida foi sobre a realização do Cartão SUS, mas para realiza-lo necessita da documentação como RNE, CPF e comprovante de residência. Assim, somente os que comprovem residência no Brasil tem direito ao atendimento nos serviços de saúde após a apresentação do Cartão Sus, usuários estrangeiros (turistas, flutuantes, fronteiriços) somente serão atendidos casos de urgência ou emergência.

Com essas informações, são levantadas outras discussões, como nas UBSs não existe protocolos estabelecidos para acolhimento para demanda espontânea, é utilizado o Caderno de Atenção Básica nº28 sobre Acolhimento à demanda espontânea, onde descreve a responsabilização do profissional de saúde, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. Na prática, não é aplicado fluxos, pois não cita nada sobre atendimentos de estrangeiros ou que não residem no Brasil, assim é descaracterizado para regiões da fronteira, como o caso de Foz do Iguaçu-PR. E ainda, há falta de dados sobre a magnitude desta utilização e como a mesma pode afetar o desempenho das unidades de saúde locais.

Dessa forma, o acolher deve possibilitar a abertura para recepção das demandas dos usuários, visando o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde. Mas, para isso deve existir um protocolo conforme a necessidade da região e que garanta uma segurança para os profissionais de saúde que prestam atendimentos e não seja sujeito a ir contra a Constituição Federal de 1988 art. 196 que define a “saúde como um direito de todos e dever do Estado”.

Quando os Gestores Locais foram questionados se receberam alguma orientação da gestão em como proceder sobre o atendimento de estrangeiros no município, os seis Gestores Locais (A, B, C, D, E e F) afirmam que sim, receberam orientações sobre esses atendimentos, que foram específicos para a realização do Cartão SUS.

Motta, Perucchi e Filgueiras (2014) discutem sobre a falta de pesquisa com os gestores dos serviços de saúde que impossibilita a avaliação de como tem se da a relação entre os objetivos dos gestores e as práticas vividas no cotidiano dos trabalhadores de saúde que estão em contato direto com o usuário.

Frente ao exposto, ressalta-se a importância de pesquisas sobre a realidade dos serviços de saúde na região de fronteira e como eles se organizam e se são efetivos na prática, pois orientar usuários para procurar outros serviços ou resolver questões burocráticas antes dos atendimentos esperados, pode gerar estresse entre as partes envolvidas, tanto para os usuários estrangeiros ou brasileiros não residentes no Brasil quanto para profissionais de saúde que prestam esses atendimentos. Na prática, foi possível perceber que os gestores locais ficavam envolvidos em questões diplomáticas de difícil resolução a nível local, não sendo resolutivos em alguns casos. Desta forma, faz-se necessária a adoção de uma gestão de saúde envolvida, que por intermédio de políticas de saúde específicas para a realidade da Tríplice Fronteira, pois existem muitas particularidades que não existem em outros lugares do Brasil.

## 6 CONCLUSÕES

Foi realizada uma análise política dos atendimentos aos estrangeiros que procuraram as UBSs do município de Foz do Iguaçu-PR, pertencente a Região de Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) no período de 2010 a 2016. Esses atendimentos foram quantificados em cada Distrito Sanitário do município onde foi constatado um baixo registro de atendimentos a usuários estrangeiros em relação aos atendimentos de usuários brasileiros que procuraram o serviço de saúde no mesmo período. Somente a UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2) teve mais que 1% dos registros referentes a atendimentos a usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos), com um total de 5,7%. Essa mesma unidade foi considerada pelas outras pesquisadas referência para atendimentos de estrangeiros, porém a própria UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2) não se considera referência por desconhecer documentos ou fluxos que formalize tal serviço de referência. Todas as outras 5 UBS, registraram menos de 1% de atendimento a usuários estrangeiros, onde UBS-A registrou 0,10%, UBS-B 0,15%, UBS-C 0,14%, UBS-E 0,19% e UBS-F 0,10%, respectivamente.

No Distrito Sanitário Oeste foram analisadas 2 UBS: UBS-B (Distrito Sanitário Oeste 1) e UBS-D (Distrito Sanitário Oeste 2). O motivo para serem escolhidas essas duas UBSs se deve ao fato delas estarem localizadas no centro do município e serem locais de grande procura por serviços de saúde tanto de usuários brasileiros residentes no município de Foz do Iguaçu-PR quanto de usuários estrangeiros.

Foi ainda realizado uma comparação dos atendimentos realizados pelas UPAs do município de Foz do Iguaçu-PR, para saber se os usuários estrangeiros migravam para outras portas de entrada do sistema de saúde do município de Foz do Iguaçu-PR. Porém, foi encontrada uma situação parecida das UBSs, onde somente a UPA João Samek chegou a 1% dos atendimentos registrados para usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos). O Pronto Atendimento (PA) Morumbi registrou 0,18% dos atendimentos realizados a usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos), no total de 524.385 atendimentos no período de 2010 a 2016. A UPA João Samek teve um total de 754.379 atendimentos registrados, com 7.999 atendimentos a usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos) no período de 2010 a 2016.

Mesmo sendo noticiados pela Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR e pela mídia local (no período de 2013 a 2015) números exorbitantes em relação ao número de atendimentos realizados a usuários estrangeiros e não residentes no país pelos Serviços de Saúde do município, não existe até o presente momento uma forma totalmente precisa para quantificar e avaliar esses atendimentos. Isto se deve ao fato desses atendimentos não serem registrados de forma sistemática e não existirem documentos oficiais da gestão do município para auxiliar os serviços de saúde em como proceder com os atendimentos a usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos).

E ainda, foi levantado um estudo qualitativo com os gestores locais pertencentes as UBSs estudadas, onde se identificou uma média de tempo de trabalho na UBS de 8,6 anos, assumindo cargo de gerente da unidade de saúde. E, descrevem sobre o conhecimento dos fluxos de atendimentos de estrangeiros, em que em casos de urgência e emergência são encaminhados para as UPAs e se for casos eletivos são encaminhados para a UBS – D (Região Oeste 2). E o único fluxo que receberam informação da gestão, segundo informação colhida no questionário foi sobre o cartão SUS, onde devem procurar a secretária de saúde para providenciar antes de qualquer atendimento nos serviços de saúde. E quando, os gestores locais foram questionados sobre a existência de fluxos ou algum protocolo do município para formalizar o processo de trabalho no atendimentos a esses estrangeiros, 100% relataram a inexistência de fluxos, e 66% destes citaram a realização do Cartão SUS por estrangeiros como algum tipo de fluxo para atendimentos de estrangeiros nas UBSs.

Conclui-se nesse estudo que não existe qualquer documento que formalize as Unidades de Saúde ou as UPAs do município para o atendimento de estrangeiros e não residentes no país. Verificado, principalmente pela pesquisa qualitativa com os gestores locais das UBSs pesquisadas, pois divergiram nas respostas do questionário (Apêndice B). Desta forma é iminente a necessidade do estabelecimento de fluxos e processos de trabalho condizentes com a realidade enfrentada pelo município de Foz do Iguaçu-PR em relação ao atendimento de usuários estrangeiros. Por meio dos registros encontrados e analisados neste trabalho, não foi possível confirmar a hipótese da existência de uma grande procura por parte de usuários estrangeiros (paraguaios e argentinos) aos serviços de saúde de Foz do Iguaçu-PR, como alegavam os gestores do município no período de 2013

a 2015, fato este amplamente divulgado pela mídia local na época, sem a existência de qualquer estudo sobre esta suposta problemática.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados deste trabalho pôde-se constatar que não existiam protocolos ou fluxos para atendimentos a usuários estrangeiros nas UBSs do município de Foz do Iguaçu-PR, no período de 2010 a 2016, colocando os profissionais de saúde em uma situação complicada em termos tanto de processos de trabalho, quanto de desconhecimentos de protocolos e informações sobre os atendimentos para os estrangeiros. Além disso, não havia conhecimento dos gestores locais em relação a demanda desses usuários estrangeiros e não haviam registros corretos e sistemáticos dos atendimentos aos mesmos. Desta forma, se faz urgente a implantação de protocolos e fluxos de trabalho para que haja o atendimento aos usuários estrangeiros de forma adequada e que não gere estresse nas equipes de saúde e nos usuários que procuram o serviço de saúde.

No sistema de saúde do município estudado foram constatadas fragilidades e incertezas em relação aos atendimentos aos usuários estrangeiros no período de 2010 a 2016. Isto muito provavelmente ocorreu, devido a inexistência de padrões de procedimentos uniformes para realização destes atendimentos, favorecendo decisões pessoais tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde a nível local. dificultando o planejamento de ações integradas entre os sistemas de saúde dos municípios brasileiros e de outros países.

Vale ressaltar que o atendimento à população estrangeira no município de Foz do Iguaçu-PR tem várias restrições e exigências, uma delas é a de que o usuário estrangeiro deva possuir o Cartão SUS, que é uma condição para o atendimento nas UBSs, de acordo com a Instrução Normativa nº 003/2015 – SMSA que dispõe sobre as diretrizes a serem seguidas para elaboração, cadastramento e atualização do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), bem como as orientações de sobre todos os documentos que devem ser apresentados para atendimentos na Rede Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu - PR.

A dificuldade de averiguar dados sobre o atendimento de saúde de estrangeiros que utilizam o Serviço de Atenção Básica à Saúde do município de Foz do Iguaçu-PR, foi um dos principais problemas encontrados nesta pesquisa. Outro aspecto analisado foi a dificuldade encontrada nas UBSs pelos gestores locais e profissionais de saúde que realizam o atendimento a estrangeiros, pois, estes

enfrentam problemas devido a falta do estabelecimento de fluxos de trabalho e acordos no município estudado. Além disso, foi possível identificar muitas informações desencontradas entre os Gestores Locais (Gerentes) das UBS que realizam os atendimentos a usuários estrangeiros. Segundo os relatos obtidos com a aplicação dos questionários, eles realizam estes atendimentos da forma que acreditam ser a mais correta e possuem dúvidas sobre o fluxo correto para os mesmos.

Frente ao exposto e de acordo com Albuquerque (2009) na região da Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) a cidade de Foz do Iguaçu-PR tem um lugar privilegiado em relação ao acesso aos direitos sociais, civis e políticos para a ampla “comunidade de brasileiros” que vive do outro lado da fronteira política. Essas fronteiras políticas têm variados sentidos construídos pelas populações locais que vivenciam a experiência das travessias e dos controles estatais. Do ponto de vista dessas populações fronteiriças, outras fronteiras sociais são construídas através do comércio fronteiriço, das redes de amizades, familiares, de namoros e casamentos que atravessam os limites políticos. Essas fronteiras não são estáticas, estão em constante movimento de redefinição e negociação.

As contribuições futuras deste trabalho podem ser resumidas no que segue:

- Iniciar um diagnóstico situacional do município sobre o atendimento de estrangeiros nos serviços de saúde;
- Avaliar o perfil da população estrangeira que procura os serviços das UBS do município de Foz do Iguaçu-PR, para saber o motivo da procura por estes serviços;
- Auxiliar a criação de protocolos, fluxos e processos de trabalho que facilitem e organizem o acesso e os atendimentos dos usuários estrangeiros;
- Melhorar a comunicação entre gestores e profissionais de saúde que realizam os atendimentos a usuários estrangeiros, por meio de capacitação para uniformizar e melhorar os atendimentos prestados;
- Contribuir na formulação de políticas de saúde específicas para a região da Tríplice Fronteira, visando: (1) o planejamento regional de saúde; (2) a definição do território regional de saúde; e (3) a obtenção de recursos financeiros para viabilizar e assegurar estes atendimentos de forma satisfatória e permanente.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J.L.C. **A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos “brasiguaios” entre os limites nacionais**. Revista Horiz. Antropol., vol. 15 no.31 Porto Alegre Jan./June. Universidade Federal de São Paulo, 2009. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832009000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000100006).

ALBUQUERQUE, J.L.C. **A dinâmica das fronteiras: os brasiguaios na fronteira entre o Brasil e o Paraguai**. Editora Annablume. São Paulo, 2010.

ALMEIDA PRADO, C. M.; AMARAL, A. P. M. **Direito Fundamental à Saúde dos Transfronteiriços nos Acordos Internacionais**. In: Direito do Estrangeiro ao Sistema Único de Saúde: um olhar para as fronteiras do Mato Grosso do Sul. Ed UFMS, 2013.

AMARAL, A. N. M.; CARVALHO, L. C. **Direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde: um olhar para as fronteiras do MS**. Campo Grande, MS; Ed. UFMS, 2013. 168 p.

ALVES, M.; PENNA, C.; BRITO, M.J.M. **Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF). Jul/Ago. 57(4):441-6. 2004.

BAUERMANN, C. L. CURY. M. J. F. **Políticas Públicas de Saúde: o caso da fronteira entre Brasil/Paraguai**. XI Encontro Nacional de Anpege, 2015.

ANDRADE, S. M. De; SOARES, D. A.; JUNIOR L. C. (organizadores). **Bases da Saúde Coletiva** – Londrina: Ed: UEL, 2001.

BRANCO, M.L.TORRONTÉGUY, M.A.A. **O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS**. Cad. IberAmer. Direito. Sanit. Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013. Disponível: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/viewFile/133/175>. Acessado em 19/12/2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 6.634 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**. Brasília, 1979.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080 – Lei orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei 8.142 – Lei orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. **Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. **Lei complementar municipal nº 168 de 13 de abril de 2011**. Foz do Iguaçu, 2011.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.**

CAMPBELL, J. **MERCOSUL: entre a realidade e a utopia.** Rio de Janeiro-RJ, 2000.

CAZOLA, L.H de O.; PÍCOLI, R. P.; TAMAKI, E. M.; PONTES, E. R.L.C. AJALLA, M. E. **Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil- Paraguai pelo Sistema Único de Saúde.** Ver Panam Salud Publica. 2011: 29(3): 185-90.

CEPAL. **Globalização e Desenvolvimento.** Brasília – DF. BRASIL, 2002

DEUBEL, A. **Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación.** Bogotá. Ediciones. Aurora, 2014.

FEITOSA, P. A. **Saúde na Fronteira do Acre com a Bolívia – Caracterização da cooperação local em saúde no caso do município de Brasiléia.** Dissertação de Mestrado Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2015.

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.** Revista Saúde e Sociedade. Vol. 24, nº4. São Paulo. Out./Dec.2015.

GADELHA, C. A. G., COSTA, L. **Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento.** Cad. Saúde Pública, vol. 3, suppl. 2 Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001400011&script=sci_arttext). Acesso em: 26/07/16.

GALLO, E; COSTA, L. **Sis Mercosul: Uma agenda para a integração. Projeto de Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.** Brasília –DF, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/ST\\_09-Port.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/ST_09-Port.pdf). Acesso em 10/11/2016.

GIOVANELLA, L. *et al.* Fundação Oswaldo Cruz. Relatório Final. **Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.** Rio de Janeiro- RJ, 2007.

GIOVANELLA, *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 de saúde municipais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2S251-S266, 2007.

GOMES, A. Q.; MACHADO, L. M. de O. **Participação e Políticas Públicas em território de fronteira.** UFRGS. Porto Alegre. *1º Seminário Internacional de Ciência Política*, 2015.

GLOBO. **G1 Notícias.** Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/venezuelanos-levam-caos-roraima-20419502>. 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.** Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 123-129.

HOWLET, Michel; RAMESH, M; PERL, Anthony. Metodologia, teoria e contexto na pesquisa de políticas públicas. In: \_\_\_\_\_ **Políticas públicas. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral.** Tradução técnica Francisco Heidemann. Rio de Janeiro: Elseiver, 2013. p. 1-56.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE), Ministério das Obras Públicas, Transportes e Habitação, Auditoria Ambiental. **Movimentos pendulares e Organização do Território Metropolitano: Área Metropolitana de Lisboa e Área Metropolitana do Porto 1991/2001.** Lisboa, Portugal: INE, 2003.

JANE. **Blog do Paraguai.** Disponível em:<http://tudosobreparaguai-acjn.blogspot.com.br/p/historia.html>. 2011. Acesso em 20/02/2018.

KAEZING, Raoul; PIGUET, Etienne. **Migração e mudança climática na América Latina.** *Rev. Inter. Mob. Humana.* Ano XIX, No. 36, p. 49-74,2001.

LIMA, M.G.L. **A condição social fronteiriça Brasil- Uruguai no Mercosul.** Editora UFpel. Pelotas – RS,2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** Editora Atlas S.A. 6ª Edição. São Paulo, 2005.

MARTINE, George. **O contraste entre o desenvolvimento sustentável na CIPD e a realidade atual.** In: WONG. Laura Rodriguez, et al. (Org). *Cairo +20: Perspectivas da Agenda de população e desenvolvimento sustentável pós-2014.* Rio de Janeiro: ALAP, 2014, p. 213-223.

MOTTA, B.F.B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M.S.T. **O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema.** *Rev. SBPH* vol.17, nº1. Rio de Janeiro – Jan./Jul.2014.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. **Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil.** *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual ESUS.** Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual\\_exportacao\\_1.3/docs/manualExportacao\\_e-SUS.2014](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_exportacao_1.3/docs/manualExportacao_e-SUS.2014).

MOCHIZUKE, K.C. **Influência do atendimento em saúde à estratégia em uma cidade fronteiriça brasileira.** ISSN 2526-1010.2017. 2(1): 241-253. Disponível em: <http://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1824>

MOREIRA, L. F. V. *et al.* **As relações internacionais da América Latina.** Petrópolis, RJ. Vozes, 2010.

NOGUEIRA, V. M.R. SILVA, M. G. **Direitos, Fronteiras e Desigualdades em saúde.** Revista em Pauta. Volume 6. Nº 24.P. 83 a 98. Dez., 2009.

NUNES, F. **A Europa e os Migrantes no Século XXI.** Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra, 2012.

PAHO – **Pan Americas Health Organization – Health in Americas.** 2017. Disponível em: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page\\_id=83](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=83). Acesso em: 10/01/2018.

PAIVA, C.A. PDE – **Plano de Desenvolvimento Econômico de Foz do Iguaçu.** Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2014.

PENNA, C. M. M. *et al.* **O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde.** Reme – Ver. Min. Enferm; 8(4): 428, Out/Dez,2004.

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (PMFI). Secretaria Municipal de Administração. Departamento de informações institucionais. Dados socioeconômicos de Foz do Iguaçu 2011. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=62501>. Acessado em 11/11/2017.

PREUSS, L. T. **O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o tema.** Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis (SC), 2007.

Portal Brasil. Instalada em 1970, usina transforma Foz do Iguaçu. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/infraestrutura/2014/05/instaladas-em-1970usina-transforma-foz-do-iguacu>. Acessado em 20/12/2017.

RUFINO, C.; AMORIN, S. G. **Imigração internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de Saúde (RMSP) – Uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde.** XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

SAÚDE, MINISTÉRIO da; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **RESOLUÇÃO Nº196.** 1996.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2da. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu - **Plano Municipal de Saúde 2018 -2021,** 2017.

SILVA, M. A. **Breve História de Foz do Iguaçu.** Editora: Epígrafe. Foz do Iguaçu, 2014.

SOUZA, CELINA. **Políticas Públicas: uma revisão de literatura.** Sociologia. Porto Alegre, ano 8, nº16, jul.dez. 2006, p.20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>

TAVARES *et al.* **Desafios da Saúde Pública nas Fronteiras do Brasil: a Experiências do Projeto SIS Fronteiras no Pará.** 2007. Disponível em: <http://anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT14-120-443-20080509182510.pdf>

WINTER, LUCIANA. **Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu- PR.** Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2009.

ZASLAVSKY, Ricardo. **Migração pendular e prognóstico da infecção pelo HIV na tríplice fronteira Brasil-Paraguai-Argentina.** Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. 2017.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO SISTEMA SAÚDE  
FOZ**

**Iniciais do paciente:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) Feminino                      ( ) Masculino

**Idade:**

\_\_\_\_\_

**Nacionalidade (país de origem):**

\_\_\_\_\_

**Cidade onde reside:**

\_\_\_\_\_

**Motivo da consulta:**

\_\_\_\_\_

**Data da consulta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE  
RELACIONADO AO ATENDIMENTO**

1) **Quanto tempo trabalha na unidade de saúde?**

---

---

2) **Qual a função que exerce na unidade de saúde?**

---

3) **Qual o conhecimento que você tem sobre os fluxos de atendimento dos estrangeiros no município?**

---

4) **Você já recebeu alguma orientação da gestão de como proceder sobre o atendimento de estrangeiros no município?**

---

5) **Existe algum protocolo na sua unidade de saúde que formaliza o atendimento aos estrangeiros?**

---

**ANEXO 1 – DECRETO 25.072 19 DE JANEIRO DE 2017**

DECRETO Nº 25.072, DE 19 DE JANEIRO DE 2017.

Estabelece “Situação de Emergência” relativamente aos serviços de saúde básica, urgência e emergência no Município de Foz do Iguaçu, em virtude do iminente risco de desassistência.

A Prefeita Municipal Interina de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, nos termos do disposto nos arts. 58 e 86, da Lei Orgânica do Município e art. 9º, § 2º, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000;

CONSIDERANDO o disposto nos arts. 1º, inciso III, 6º, 196 e 200 da Constituição Federal, que estabelecem a dignidade humana como fundamento do Estado de Direito e assegura o dever do Estado em promover a saúde como direito social garantido a todos os cidadãos;

CONSIDERANDO o quanto preconizado pelas Leis nºs 8.080, de 19 de janeiro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, relativamente às condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, bem como à política de transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

CONSIDERANDO os Decretos nºs 24.290 e 24.291, de 23 de novembro de 2015, que tratam da decretação de Situação de Emergência no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, bem como da requisição municipal na modalidade de requisição administrativa de bens, empregados e serviços do referido hospital, designando Comissão de Administração para o referido equipamento;

CONSIDERANDO a profunda judicialização dos serviços em saúde que o município enfrenta, que gerou o esgotamento dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde;

CONSIDERANDO a epidemia da Dengue, devidamente reconhecida e decretada neste município, que absorveu valores expressivos do orçamento para o seu combate, tanto preventivamente quanto em âmbito hospitalar;

CONSIDERANDO a significativa redução da arrecadação de recursos, próprios e transferidos, que podem ser destinados ao atendimento em saúde, em razão da crise econômica que o Brasil atravessa;

CONSIDERANDO que é dever da Administração Pública Municipal assegurar ao cidadão aos serviços acesso amplo.

**CONSIDERANDO o atendimento à demanda de pacientes de outros municípios e países, bem como de turistas, demanda essa incrementada pela realização dos Jogos Olímpicos Rio 2016, tendo em vista que Foz do Iguaçu é o segundo maior destino turístico brasileiro;**

CONSIDERANDO que o serviço de atendimento básico, em urgência e emergência de Foz do Iguaçu encontra-se à beira do colapso, pelo aumento excessivo da demanda, gerando risco iminente de desassistência;

CONSIDERANDO que Hospital Municipal Padre Germano Lauck atende todos os Municípios da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e, muito embora tenha nos últimos meses aumentado a oferta de leitos de enfermagem e de UTI, ainda não se eliminou o *déficit* histórico da relação recomendada de leitos hospitalares por habitante, obrigando a sua operação no limite extremo da capacidade de ocupação;

CONSIDERANDO que Hospital Municipal Padre Germano Lauck tem absorvido uma demanda crescente de usuários do sistema, diante do colapso da rede básica e dos Pronto Atendimentos do Município, trabalhando sempre além do limite de sua capacidade institucional;

CONSIDERANDO, finalmente, que não resta alternativa legal e administrativa à Prefeita Municipal senão agir imediata e preventivamente na busca de medidas acauteladoras que possibilitem o enfrentamento deste quadro crítico;

#### D E C R E T A:

Art. 1º Fica declarada SITUAÇÃO EXCEPCIONAL DE EMERGÊNCIA na saúde pública de Foz do Iguaçu, até o dia 30 de novembro de 2017, para a execução das ações necessárias à manutenção dos atendimento em saúde básica, de urgência e emergência à população.

Art. 2º Fica a Secretaria Municipal da Saúde designada coordenadora dos mecanismos de gestão municipal de resposta à situação de emergência, ficando as demais Secretarias Municipais corresponsáveis pelo enfrentamento da situação de emergência, provendo as ações que lhe forem demandadas.

Art. 3º Ficam as Secretarias Municipais autorizadas a remanejar todos os servidores públicos, prestadores de serviços, dotações e recursos financeiros indispensáveis ao atendimento das demandas prioritárias da Secretaria Municipal da Saúde, autorizando-se ainda as contratações emergenciais de bens e serviços que se fizerem necessárias, nos termos do inciso IV, do art. 24, da Lei nº 8.666/1993, respeitados os princípios da moralidade, publicidade, legalidade, isonomia e interesse público.

Art. 4º Caberá ao responsável pela Secretaria Municipal da Saúde noticiar à Prefeita Municipal eventual retorno do atendimento em saúde às condições normais, para fins de revogação do presente Decreto, ouvido, quando necessário, o Conselho Municipal de Saúde.

Art. 5º As dúvidas e eventuais omissões decorrentes deste ato poderão ser supridas em qualquer tempo pelo Chefe do Poder Executivo, de acordo com a necessidade dinâmica do atendimento em saúde da população.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor nesta data de sua publicação.  
Gabinete da Prefeita Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 19 de janeiro de 2017.

Inês Weizemann dos Santos  
Prefeita Municipal Interina

Edinéia Cassiana Riquelme  
Secretária Municipal  
da Administração e Gestão de Pessoas

Joel de Lima  
Secretário Municipal da Saúde

## **ANEXO 2 – INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003/2015 - SMSA**

### INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003/2015 – SMSA

Dispõe sobre as diretrizes a serem seguidas para elaboração, recadastramento e atualização do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), bem como as orientações de sobre todos os documentos que devem ser apresentados para atendimentos na Rede Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu - PR.

**SÚMULA:** Instituir fluxo de funcionamento e atendimentos referentes à documentação que deve ser apresentada pelos usuários da Rede Municipal de Saúde do município de Foz do Iguaçu.

O Secretário Municipal da Saúde, no uso das atribuições legais, e com fulcro nos princípios da eficiência, eficácia, legalidade, transparência e moralidade, RESOLVE:

Art. 1º - Que o controle para cadastramento, recadastramento e atualização do Cartão Nacional de Saúde – CNS (Cartão SUS) está a encargo da Diretoria de Supervisão e Controle da Secretaria Municipal da Saúde deste município de Foz do Iguaçu e terá o acompanhamento de seus técnicos em horário de trabalho conforme consta no Apêndice I;

Art. 2º - A presente diretriz que consta no Apêndice I desta Instrução Normativa, com critérios reguladores, foi elaborada por equipe técnica com base nos princípios já estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para normatizar fluxo de atendimento da Rede Municipal de Saúde deste município;

Art. 3º - Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação. Gabinete do Secretário Municipal da Saúde, em 10 de julho de 2015.

Charlles Bortolo  
Secretário Municipal da Saúde

### APÊNDICE I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº003/2015

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde os mesmos foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

A responsabilidade do profissional que confeccionou este cartão está vinculada a um código (senha) emitido pela Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu (SMSA), individual e intransferível, tendo este obrigação de usar esta única senha, não podendo emprestá-la, mudá-la sem autorização ou utilizá-la indevidamente. O uso irregular por parte do operador estará sujeito a penalidades. O profissional de saúde assinará um termo de responsabilidade pelo uso da senha no aplicativo on-line CADSUS Web – Cadastro.

Todo brasileiro tem direito à saúde perante a lei, tanto para atendimento de urgência e emergência quanto para tratamentos eletivos. Os estrangeiros residentes no Brasil têm os

mesmos direitos, desde que estejam regulares perante aos órgãos competentes (Polícia Federal, Receita Federal, dentre outros).

Os estrangeiros não residentes no país (turista e RNE fronteiro, por exemplo) receberão somente atendimentos de Urgência e Emergência, quando necessário, não tendo estes direito a atendimentos eletivos.

Para confecção, atualização ou recadastramento do CNS, devem ser seguidas as orientações descritas abaixo:

#### BRASILEIROS:

Brasileiros residentes no município de Foz do Iguaçu devem procurar a Unidade de Saúde da Atenção Básica mais próxima de sua residência para solicitar o Cartão Nacional de Saúde. É necessário apresentar os seguintes documentos (cópias e originais):

-Documento de identificação com foto (Carteira de Identidade, Carteira de Trabalho, Carteira de Habilitação);

Cadastro de Pessoa Física – CPF;

Comprovante de residência no nome do requerente com validade de no máximo 90 dias - água, luz e telefone fixo (caso não possua, apresentar documento que comprove vínculo com o responsável pelo endereço – certidão de casamento, certidão de nascimento). Declaração de residência não será aceita. Contrato de aluguel autenticado em cartório será submetido à análise do georreferenciamento na Secretaria Municipal da Fazenda, e se necessário visita domiciliar pela equipe de Supervisão e Controle da SMSA. Não será aceito como comprovante Título de Eleitor.

Somente após análise e aprovação de todos os documentos, será emitido o Cartão Nacional de Saúde;

Para atendimento na rede SUS de Foz do Iguaçu:

Apresentar o Cartão SUS, documento de identificação com foto, Carteirinha da Família (quando residir em área com cobertura de Programa de Saúde da Família), CPF e comprovante de residência no nome ou como descrito acima.

#### BRASILEIROS RESIDENTES FORA DO BRASIL:

Considerando a realidade do município de Foz do Iguaçu, aqui se incluem os brasileiros residentes em países como Paraguai e Argentina. Os brasileiros residentes no Paraguai devem procurar o Consulado Brasileiro em *Ciudad del Este*. No caso de brasileiros residentes na Argentina, estes deverão comparecer à Diretoria de Supervisão e Controle, na sede da Secretaria Municipal da Saúde (Av. Brasil, 1637 – 2º andar – Centro) para regularização do cadastro ou confecção do mesmo.

Em caso de brasileiros residentes no Paraguai, é de responsabilidade do Consulado do Brasil no Paraguai (em Ciudad del Este) reunir e analisar os documentos. Deverão ser apresentados no Consulado:

Documento de identificação com foto (Carteira de Identidade) e CPF;

Comprovante de residência emitido pelos órgãos competentes do país onde reside (Paraguai);

Para atendimento na rede SUS de Foz do Iguaçu:

Apresentar Cartão SUS, CPF, documento de identificação com foto e Certidão Consular.

**ESTRANGEIROS:**

A solicitação do Cartão Nacional de Saúde por estrangeiros residentes em Foz do Iguaçu está vinculada à diretoria de Supervisão e Controle da Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu (SMSA), no segundo andar, sala 205, às terças e quintas-feiras, das 8 (oito) horas ao meio dia. São necessários os seguintes documentos (originais e cópias):

Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) ou protocolo emitido pela Polícia Federal do Brasil (temporário, provisório, permanente ou refugiado);

CPF;

Comprovante de residência no nome do requerente com validade de no máximo 90 (noventa) dias - água, luz e telefone (caso não possua, apresentar documento que comprove parentesco com o responsável pelo endereço – certidão de casamento, certidão de nascimento, certidão consular). Declaração de residência não será aceita. Contrato de aluguel autenticado em cartório será submetido à análise do georreferenciamento na Secretaria Municipal da Fazenda. Não serão aceitos como comprovante Título de Eleitor;

O documento será emitido após visitas domiciliares periódicas pela equipe de Supervisão e Controle da SMSA. Essas visitas serão periodicamente controladas mesmo depois de concedido o CNS. Caso esse não resida no endereço fornecido, seu Cartão não será emitido. Caso o mesmo já tenha sido fornecido, e constatado irregularidades *a posteriori* não residir no país, esse será cancelado, e enviado a Polícia Federal para providências contra as declarações falsas expedidas;

Após análise e deferimento, o Cartão Nacional de Saúde será enviado via Correios com Aviso de Recebimento (AR) para o endereço fornecido no cadastro;

Para atendimento na rede SUS de Foz do Iguaçu:

Apresentar Cartão SUS, CPF, Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) ou protocolo emitido pela Polícia Federal e comprovante de residência no nome do usuário ou documento que comprove parentesco com o responsável pelo endereço, como citado acima.

**OBSERVAÇÃO:** para usuários com RNE de REFUGIADOS, é obrigatório encaminhar solicitação para a Secretaria Municipal da Saúde para confecção/atualização do CNS. Seguir as mesmas normas dos estrangeiros.

**ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO AMERICANA – UNILA:** Estudantes estrangeiros da UNILA têm direito ao Cartão SUS enquanto estiverem cursando a universidade e residindo em Foz do Iguaçu. Os requerentes podem solicitar o Cartão na própria UNILA ou na SMSA. Esses deverão estar munidos dos seguintes documentos:

Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) obtido junto a Polícia Federal;

Comprovante de residência emitido pela UNILA;

Comprovante de matrícula emitido pela universidade;

Para atendimento na rede SUS de Foz do Iguaçu:

Cartão SUS, RNE, CPF e comprovante de endereço emitido pela UNILA.

Todos os cartões de estrangeiros que já passaram por recadastramento, atualização ou confecção na DISC/SMSA estarão identificados por um carimbo na cor vermelha do setor de auditoria assinado pelo operador para que as Unidades de Saúde possam identificar o paciente já regularizado.

Caso o estrangeiro procurar a Unidade de Saúde da rede municipal e não estiver regularizado, esta deverá encaminhá-lo à DISC/SMSA para regularização do mesmo.

Em caso de dúvida, entrar em contato com a equipe de Supervisão e Controle da SMSA nos telefones 2105- 1118, 2105-1120 ou 2105-1115.

Charlles Bortolo  
Secretário Municipal da Saúde

## ANEXO 3



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na  
CONEP em 04/08/2000

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto:

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO ESTRANGEIRA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UM MUNICÍPIO FRONTEIRIÇO DA REGIÃO SUL DO BRASIL DE 2010 A 2016.**

Pesquisador (a): Cinthya de Fátima Oliveira Strada – Telefone para contato: 99941-5499/99926-6922. O senhor (a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa, de forma voluntária, da aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas e Desenvolvimento (PPG PPD) da instituição de ensino Universidade Federal da Integração da América Latina (UNILA), que tem o objetivo de realizar um diagnóstico situacional do atendimento à pacientes estrangeiros residentes ou não no município de Foz do Iguaçu-PR que procuraram o serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os anos de 2010 a 2016 e compreender como é realizado esse atendimento pelos profissionais de saúde. Esperamos, com este estudo, colaborar com a implantação de políticas públicas de saúde no município e tenha um processo de trabalho frente os atendimentos prestados pelos estrangeiros. É importante destacar que o(a) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma das etapas do estudo e que terá o direito de se recusar a responder questões que lhe tragam constrangimentos. Poderá ainda, desistir de participar da pesquisa em qualquer momento/etapa, sem risco de qualquer tipo de prejuízo pessoal ou profissional. Todos os dados serão anônimos, ou seja, seu nome não constará em qualquer parte do estudo, exceto nesta informação, conforme normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Resolução n. 196/96). Os resultados da pesquisa serão divulgados inicialmente no volume da dissertação e em artigos publicados em revistas da área de saúde de circulação nacional e internacional. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Este termo encontra-se rodigido em 02 (duas) vias, uma para o(a) Sr.(a) e outra para o pesquisador. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o Comitê de Ética pelo número 3220-3092.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome legível do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Eu, Cinthya de Fátima Oliveira Strada, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

## ANEXO 4

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO ESTRANGEIRA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UM MUNICÍPIO FRONTEIRIÇO DA REGIÃO SUL DO BRASIL DE 2010 A 2016

**Pesquisador:** Cinthya de Fátima Oliveira Strada

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71239817.7.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.258.494

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, que será realizada no município de Foz do Iguaçu-PR, com a população de nacionalidade estrangeira que recebeu atendimento nas Unidades Básicas de Saúde nos anos de 2010 à 2016.

**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar um diagnóstico situacional do atendimento à pacientes estrangeiros residentes ou não no município de Foz do Iguaçu-PR que procuraram o serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os anos de 2010 a 2016 e compreender a percepção dos profissionais de saúde que realizam esse atendimento à população estudada.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco-

A pesquisa envolverá risco mínimo envolvendo seres humanos, devido ser uma coleta de informações do prontuários sobre o perfil da população estrangeira que realizou consulta nas unidades básicas de saúde, sendo retrospectiva e não será realizada nenhuma intervenção com a população estudada. E na entrevista com os informantes-chave não terá nenhuma modificação em questões fisiológicas ou psicológicas que afeta a população.

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3272

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.258.494

**Como benefício:**

A pesquisa terá como benefício principal melhorar as políticas públicas de saúde na região de fronteira no município estudado.

ta a população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de interesse científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram anexados.

**Recomendações:**

(Pesquisa pode ser aprovada)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovada

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_044708.pdf	01/08/2017 14:24:08		Aceito
Outros	instrumento.pdf	01/08/2017 14:23:43	Cinthy de Fátima Oliveira Strada	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	13/07/2017 22:18:12	Cinthy de Fátima Oliveira Strada	Aceito
Outros	termodecompromisso2.pdf	13/07/2017 22:17:49	Cinthy de Fátima Oliveira Strada	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	13/07/2017 22:18:31	Cinthy de Fátima Oliveira Strada	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodecienciampo.pdf	13/07/2017 22:15:30	Cinthy de Fátima Oliveira Strada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle1.pdf	13/07/2017 22:12:50	Cinthy de Fátima Oliveira Strada	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto04.pdf	04/07/2017 23:06:15	Cinthy de Fátima Oliveira Strada	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO.doc	16/08/2017	Cinthy de Fátima	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prrpg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.258.494

/ Brochura Investigador	PROJETO.doc	20:58:50	Oliveira Strada	Aceito
----------------------------	-------------	----------	-----------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 04 de Setembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Fausto José da Fonseca Zamboni**  
**(Coordenador)**

Endereço: UNIVERSITARIA  
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110  
UF: PR Município: CASCADEL  
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prrpg@unioeste.br

