

GIANE ZUPELLARI DOS SANTOS MELO

**A ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTRANGEIROS NO BRASIL:
ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS EM UM MUNICÍPIO DE
TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem, linha de pesquisa Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Selma Regina de Andrade

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Melo, Giane Zupellari dos Santos

A atenção à saúde de estrangeiros no Brasil:
estratégias governamentais em um município de
tríplice fronteira internacional / Giane Zupellari
dos Santos Melo ; orientadora, Selma Regina
Andrade, 2018.

261 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Políticas Públicas. 3. Atenção à
Saúde. 4. Áreas de Fronteira. 5. Cooperação
Internacional. I. Andrade, Selma Regina . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

GIANE ZUPELLARI DOS SANTOS MELO

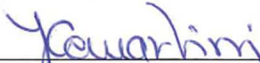
**A ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTRANGEIROS NO BRASIL:
ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS EM UM MUNICÍPIO DE
TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de:

DOUTORA EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração: **Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

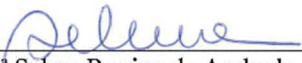
Florianópolis/SC, 24 de outubro de 2018.



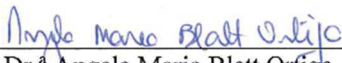
Dra. Jussara Gue Martini

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PEN/UFSC

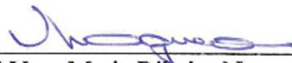
Banca Examinadora:



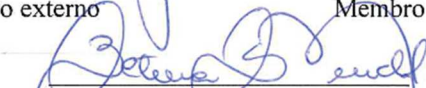
Dr.ª Selma Regina de Andrade
Presidente / Orientadora



Dr.ª Angela Maria Blatt Ortiga
Membro externo



Dr.ª Vera Maria Ribeiro Nogueira
Membro interno



Dr.ª Betina Horner-Schlindwein Meireles
Membro interno
PEN/UFSC

*Para Maria Eduarda e Nio
Sem vocês nada disso faria sentido.*

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento especial a minha orientadora Selma Regina de Andrade que me conduziu paciente e sabiamente durante todo processo desse trabalho. Obrigada pelo carinho, nunca deixará de ser minha mentora.

À minha amada filha, Maria Eduarda, a menininha mais linda e doce que pode existir, por ser “Sorriso” fácil e por fazer essa jornada muito mais gratificante.

Ao meu esposo, Nio, por literalmente ter me acompanhado nessa aventura. Obrigada pela compreensão, carinho e apoio. Sem você eu teria conseguido, mas seria muito mais difícil.

Aos Meus pais, Doralice e José (In Memoriam), por me darem a base forte que me sustentou para eu chegar aqui.

Aos meus irmãos por sempre estarem por perto, me dando apoio em tudo que eu faço. Obrigada pelo carinho de uma vida inteira.

Às minhas amigas do coração Gisele Torrente, Aldalice Pinto Aguiar e Elielza Guerreiro. Vocês fizeram este doutorado muito mais produtivo e divertido.

Aos Meus amigos da disciplina Estágio Rural em Saúde Coletiva pelo companheirismo durante todas as fases desse doutorado.

Aos meus colegas do Dinter UFSC/UEA por compartilharem momentos de aprendizagem, angústias e vitórias.

A todos os professores e servidores do PEN/UFSC pelo carinho e ensinamentos.

Às Coordenadoras do Dinter UFSC/UEA professoras Flávia Regina Souza Ramos, Vânia Marli Schubert Backes; Jussara Gue Martini e Edinilza Ribeiro dos Santos por tornar nossa vida acadêmica muito mais fácil.

Aos membros do GEPADES, pelo carinho, acolhida e momentos ricos de conhecimentos.

À Universidade do Estado do Amazonas por ter possibilitado a realização deste doutorado.

À Secretaria de Saúde do Município de Tabatinga, por permitir que este estudo fosse realizado naquele município.

Aos gestores e profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Município de Tabatinga, por estarem sempre disponíveis para me auxiliar em todo que eu precisei durante este estudo.

À Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, por permitir a realização deste estudo.

À banca examinadora, Professoras doutoras Angela Maria Blatt Ortiga, Vera Maria Ribeiro Nogueira e Betina Horner Schindwein Meireles pelas contribuições valiosas realizadas na avaliação do estudo.

Aos membros suplentes da banca, professoras Ivonete Terezinha Shulter Buss Heideman e Ivete Maroso Krauzer.

“E ainda hoje por aqui andamos, sem saber se somos descendentes de Abel ou Caim, filho deste ou daquela, argumentando ADN’s que nos querem fazer crer verdadeiros e de primeira gema, juntando e separando, arrumando e definindo veios de territorialidade num corpo que foi mãe e madrasta: a terra. Sempre una e única, sempre de todos e de ninguém, sempre amiga e posse dos outros, sempre da gente e nunca dos que não são da nossa gente, sempre espartilhada em pedaços de sensações de posse e de poder, sempre regaço e fonte de cansaço, sempre gema e sempre húmus, sempre semente e sempre árvore crescida, sempre tudo e sempre pedaço”.

Dantas, 2008.

RESUMO

MELO, Giane Zupellari dos Santos. A atenção à saúde de estrangeiros no Brasil: estratégias governamentais em um município de tríplice fronteira internacional. 2018. 261p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Introdução: o processo de integração entre países tem gerado uma crescente discussão sobre pontos econômicos, políticos e sociais, que são afetados pelo fenômeno da globalização. Nos municípios de fronteiras esta discussão é intensificada pela livre circulação de pessoas, que possibilita o uso comum de bens e serviços entre os países, incluindo a utilização dos serviços de saúde. **Objetivo:** evidenciar as estratégias governamentais de integração de atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga, Amazonas, cidade de tríplice fronteira internacional do Brasil, Colômbia e Peru, no contexto do Sistema Integrado de Saúde. **Método:** estudo de caso único, integrado, explicativo, com abordagem qualitativa, realizado no contexto da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, sendo utilizado como caso o município de Tabatinga, Amazonas, Brasil. As unidades integradas de análise foram representadas por duas unidades básicas de saúde, uma unidade de pronto atendimento e uma maternidade. Foram utilizadas três fontes de evidências: análise documental, entrevistas e observações diretas. Os dados coletados foram organizados e codificados com auxílio do *software* MaxQDA12®. As análises foram realizadas através da utilização das proposições teóricas como estratégia analítica e a construção da explicação como técnica de análise das evidências. Na fase de interpretação e discussões dos resultados foi adotado a Teoria do Construtivismo Social, nas Relações Internacionais, baseados nas reflexões de Alexander Wendt. O estudo atendeu as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. **Resultados:** os resultados são apresentados no formato de um relatório de estudo de caso, que descreve o caso, na perspectiva de sua inserção no contexto e fenômeno estudado e três manuscritos que respondem as proposições teóricas e aos objetivos do estudo. O primeiro manuscrito explana as particularidades, avanços e desafios da atenção à saúde de estrangeiros na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. O segundo; manuscrito identifica às estratégias dos governos: Federal; do Estado do Amazonas e do município de Tabatinga para

promover a integração em saúde entre os países da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Já o terceiro e último manuscrito analisa, sob a ótica do construtivismo social, como se deu a implementação e os resultados alcançados pelo Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras no município estudado. **Conclusão:** o município de Tabatinga apresenta peculiaridades comuns a outras regiões fronteiriças do Brasil, e como município fronteiriço, tem dificuldades no setor de saúde, por sofrer com a distância dos grandes centros, por apresentar grande diversidade populacional e por atender, além das demandas de saúde do próprio município, uma população estrangeira que não é prevista em registros populacionais do município e não é reconhecida pela esfera do Governo Federal do Brasil. Estes fatores, e os desafios que a atenção à saúde de estrangeiros acarreta para a gestão de saúde municipal, não impedem que esta atenção seja reconhecida pelos gestores como um direito do cidadão estrangeiro daquela fronteira.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Áreas de Fronteira; Saúde na Fronteira; Cooperação Internacional.

ABSTRACT

MELO, Giane Zupellari dos Santos. Health care of foreigners in Brazil: government strategies in a municipality with a triple international border. 2018. 261p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Post-Graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Introduction: The process of integration between countries has generated a growing discussion on economic, political and social issues, which are affected by the phenomenon of globalization. In border municipalities this discussion is intensified by the free movement of people, which enables the common use of goods and services between countries, including the use of health services. **Objective:** to evidence the governmental strategies for integration of health Attention of foreigners in the city of Tabatinga, Amazonas, city of triple international border of Brazil, Colombia and Peru, in the context of the Integrated Health System. **Method:** a single, integrated, explanatory case study with a qualitative approach, carried out in the context of the triple border Brazil, Colombia and Peru, using as the case of Tabatinga, Amazonas, Brazil. The integrated units of analysis were represented by two basic health units, one emergency care unit and one maternity unit. Were used three sources of evidence: documentary analysis, interviews and direct observations. The data collected were organized and codified with the help of MaxQDA12® software. The analyzes were carried out through the use of the theoretical propositions as analytical strategy and the construction of the explanation as a technique of analysis of the evidences. In the phase of interpretation and discussion of the results was adopted the Theory of Social Constructivism, in International Relations, based on the reflections of Alexander Wendt. The study complied with the recommendations of Resolution 466/2012 of the National Health Council and was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Santa Catarina. **Results:** The results are presented in the form of a case study report, which describes the case, from the perspective of its insertion in the context and phenomenon studied, and three manuscripts that answer the theoretical propositions and the objectives of the study. The first manuscript explores the particularities, advances and challenges of health attention for foreigners in the triple border Brazil, Colombia and Peru. The second manuscript identifies the strategies of the governments: Federal; of the State of Amazonas; and the municipality of Tabatinga to promote

integration in health between the countries of the triple border Brazil, Colombia and Peru. The third and last manuscript analyzes, from the point of view of social constructivism, how the implementation and results achieved by the Integrated Border Health System in the municipality studied were carried out. **Conclusion:** the municipality of Tabatinga presents peculiarities common to other frontier regions of Brazil, and as a frontier municipality, has difficulties in the health sector, suffering from the distance from the great centers, having a great diversity of population and per attend, besides demands of the municipality itself a foreign population that is not foreseen in population records of the municipality and is not recognized by the sphere of the Federal Government of Brazil. These factors, and the challenges that foreign health care entails for municipal health management, do not prevent this attention from being recognized by the managers as a right of the foreign citizen of that border.

Keywords: Public Policy; Health Care; Health Management; Border Areas; Border health; International Cooperation.

RESUMEN

MELO, Giane Zupellari dos Santos. La atención a la salud de extranjeros en Brasil: estrategias gubernamentales en un municipio de triple frontera internacional. 2018. 261p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Introducción: el proceso de integración entre países tiene generado una creciente discusión sobre puntos económicos, políticos y sociales, que se ven afectados por el fenómeno de la globalización. En los municipios de fronteras esta discusión es intensificada por la libre circulación de personas, que posibilita el uso común de bienes y servicios entre los países, incluyendo la utilización de los servicios de salud. **Objetivo:** evidencia las estrategias gubernamentales de integración de atención a la salud de extranjeros en el municipio de Tabatinga, Amazonas, ciudad de tríplice frontera internacional de Brasil, Colombia y Perú, en el contexto del Sistema Integrado de Salud. **Método:** estudio de caso único, integrado, explicativo, con abordaje cualitativo, realizado en el contexto de la triple frontera Brasil, Colombia y Perú, siendo utilizado como caso el municipio de Tabatinga, Amazonas, Brasil. Las unidades integradas de análisis fueron representadas por dos unidades básicas de salud, una unidad de pronta tratamiento y una maternidad. Se utilizaron tres fuentes de evidencia: análisis documental, entrevistas y observaciones directas. Los datos recolectados fueron organizados y codificados con ayuda del software MaxQDA12®. Los análisis se realizaron a través de la utilización de las proposiciones teóricas como estrategia analítica y la construcción de la explicación como técnica de análisis de las evidencias. En la fase de interpretación y discusiones de los resultados se adoptó la Teoría del Constructivismo Social, en las Relaciones Internacionales, basados en las reflexiones de Alexander Wendt. El estudio atendió las recomendaciones de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud y fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina. **Resultados:** los resultados se presentan en el formato de un informe de estudio de caso, que describe el caso, en la perspectiva de su inserción en el contexto y fenómeno estudiado y tres manuscritos que responden a las proposiciones teóricas ya los objetivos del estudio. El primer manuscrito explana la particularidades, avances y desafíos de la atención a la salud de extranjeros en la triple frontera Brasil, Colombia y Perú. El segundo manuscrito, identifica a las estrategias de los gobiernos: Federal; del

Estado de Amazonas; y del municipio de Tabatinga para promover la integración en salud entre los países de la triple frontera Brasil, Colombia y Perú. El tercer y último manuscrito analiza, bajo la óptica del constructivismo social, cómo se dio la implementación y los resultados alcanzados por el Sistema Integrado de Salud de las Fronteras en el municipio estudiado. **Conclusión:** el municipio de Tabatinga presenta peculiaridades comunes a otras regiones fronterizas de Brasil, y como municipio fronterizo, tiene dificultades en el sector salud, por sufrir con la distancia de los grandes centros, por presentar una gran diversidad poblacional y por atender, además de las demandas de salud del propio municipio, una población extranjera que no está prevista en registros poblacionales del municipio y no es reconocida por la esfera del Gobierno Federal de Brasil. Estos factores, y los desafíos que la atención a la salud de extranjeros acarrea para la gestión de salud municipal, no impiden que esta atención sea reconocida por los gestores como un derecho del ciudadano extranjero de esta frontera.

Palabras claves: Política Pública; Atención a la Salud; Gestión en Salud; Áreas Fronterizas; Salud Fronteriza; Cooperación Internacional.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Arcos e subdivisões da faixa de fronteira do Brasil..... | 38 |
| Figura 2 - Fluxograma de busca e seleção dos estudos que evidenciam acordos de integração de atenção à saúde em fronteiras internacionais, adaptado do PRISMA..... | 50 |
| Figura 3 - Unidades integradas de análise, caso e contexto do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional. | 76 |
| Figura 4 - Encadeamento da coleta de dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional. | 80 |
| Figura 5 - Fluxograma de análise documental do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional. | 82 |
| Figura 6 - Sistema de codificações pelo <i>software</i> MaxQDA12 [®] dos dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional..... | 86 |
| Figura 7 - Sistema de análise das codificações pelo <i>software</i> MaxQDA12 [®] dos dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional..... | 86 |
| Figura 8 - Relatório das análises dos dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional, gerado pelo <i>software</i> MaxQDA12 [®] | 87 |
| Figura 9 - Repasses financeiros pelo SIS-Fronteiras para municípios da Região de Atenção à Saúde Alto Solimões | 111 |
| Figura 10 - Triangulação de dados que evidencia a atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga/AM, Brasil..... | 133 |
| Figura 11 - Triangulação de dados que evidencia acordos de integração informais entre os governos do município de Tabatinga, Estado do Amazonas, Brasil e governos dos Municípios de Ilha de Santa do Yavarí, província de <i>Mariscal Ramón Castilla</i> , Departamento de Loreto, no Peru e Letícia, Departamento de Amazonas, Colômbia..... | 159 |

LISTA DE FOTOGRAFIAS

| | |
|--|-----|
| Fotografia 1 - Mobilidade populacional no porto de Tabatinga, próximo a unidade integrada de análise e de observação UBSF Dídimo Pires de Oliveira..... | 97 |
| Fotografia 2 - Avenida Marechal Mallet, Tabatinga, Amazonas, Brasil. | 99 |
| Fotografia 3 - Porto de Tabatinga, Amazonas Brasil | 99 |
| Fotografia 4 - Região central da Ilha de Santa do Yavarí , província de Mariscal Ramón Castilla, Departamento de Loreto, Peru | 101 |
| Fotografia 5 - Principal avenida comercial de Letícia, Departamento de Amazonas (Colômbia)..... | 103 |
| Fotografia 6 - Fronteira seca entre Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). | 105 |
| Fotografia 7 - Barcos para a travessia da fronteira entre Tabatinga (Brasil) e a ilha de Santa Rosa do Yavari (Peru)..... | 106 |
| Fotografia 8 - Comércio improvisado de produtos peruanos em Tabatinga (Brasil)..... | 106 |
| Fotografia 9 - Vendedores ambulantes de produtos peruanos em Tabatinga (Brasil)..... | 107 |
| Fotografia 10 - Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira, Tabatinga, Amazonas | 114 |
| Fotografia 11 - Área de abrangência das Estratégias Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira, Tabatinga, Amazonas | 115 |
| Fotografia 12 - Parte da estrutura interna da Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira, Tabatinga, Amazonas | 117 |
| Fotografia 13 - Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa, Tabatinga, Amazonas. | 118 |
| Fotografia 14 - Área de abrangência das Estratégias saúde da família da Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa, Tabatinga, Amazonas | 119 |
| Fotografia 15 - Parte do complexo de serviços de saúde onde se encontram a UPA de Tabatinga e a maternidade Celina Villacrez Ruiz em Tabatinga, Amazonas | 121 |
| Fotografia 16 - Entrada de urgência e emergência da UPA de Tabatinga, Amazonas. | 121 |

Fotografia 17 - Entrada da maternidade Celina Villacrez Ruiz de Tabatinga, Amazonas..... 123

LISTA DE MAPAS

| | |
|---|-----|
| Mapa 1 - Tríplice Fronteira Amazônica, que compreende Brasil (Tabatinga/Amazonas), Colômbia (Letícia/Departamento do Amazonas) e Peru (Ilha de Santa Rosa/ <i>Mariscal Ramón Castilla</i> /Loreto). | 76 |
| Mapa 2 - Localização das Unidades Integradas de Análises, onde ocorreram observações não participativas do Estudo de Caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional | 79 |
| Mapa 3 - Tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru..... | 95 |
| Mapa 4 - Província de <i>Mariscal Ramón Castilla</i> , Departamento de Loreto, Peru..... | 101 |
| Mapa 5 - Departamento de Amazonas (amarelo) e Cidade de Letícia (ocre), Colômbia. | 103 |
| Mapa 6 - Região de Atenção à Saúde Alto Solimões com seus municípios e principais hidrovias..... | 110 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Síntese dos tipos e finalidades dos acordos de integração de atenção à saúde, segundo os cenários de fronteiras internacionais | 52 |
| Quadro 2 - Gestores incluídos nas entrevistas do estudo de caso Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional. | 78 |
| Quadro 3 - Construção de explicações para o estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional | 88 |
| Quadro 4 - Acordos de integração em saúde, entre Brasil e Colômbia ou Brasil e Peru de 2005 a 2017..... | 161 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------------|---|
| a.C | Antes de Cristo |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ALC | Área de livre Comércio |
| AM | Estado do Amazonas/Brasil |
| BIRD | Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CIAMA | Companhia de Desenvolvimento do Estado do Amazonas |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIB/AM | Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas |
| CINAHL | <i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i> |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CMS/TBT | Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONEP | Comissão Nacional de Ética em Pesquisa |
| CRI | Comissão Intergestora Regional |
| CRI/ASOL/AM | Comissão Intergestora Regional do Alto Solimões/Amazonas |
| CSS | Conselho de Saúde Sul-Americano |
| DINTER | Doutorado Interinstitucional |
| ERSC | Estágio Rural em Saúde Coletiva |
| ESA | Escola Superior de Ciências da Saúde |
| ESA/UEA | Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FARC | Forças Armadas Revolucionárias |
| GEPADES | Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde |
| Hab/km ² | Habitantes por quilômetro quadrado |
| HGuT | Hospital da Guarnição Militar de Tabatinga |
| HIV/Aids | Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDEB | IDH - Índice de Desenvolvimento Humano |

| | |
|-----------------|--|
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| km | Quilômetro |
| km ² | Quilômetros quadrados |
| LAFRON | Laboratório de Fronteira |
| LILACS | Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MERCOSUL | Mercado Comum do Sul |
| MINSA | Ministério da Saúde do Peru |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| ORAS/CONHU | Organismo Andino de Saúde/Convênio Hipólito Unanue |
| OTCA | Organização do Tratado de Cooperação Amazônica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PDIFF | Plano de Desenvolvimento e Integração das Faixas de Fronteira |
| PEN/UFSC | Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| POS | Plano Obrigatório de Saúde |
| PRISMA | <i>Checklist do Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studie</i> |
| PRODERAM | Desenvolvimento Regional do Estado do Amazonas |
| QUALISUS-Rede | Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde |
| RAS | Região de Atenção à Saúde |
| RAS-AS | Região de Atenção à Saúde Alto Solimões |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SEMSA | Secretaria de Municipal de Saúde |
| SEMSA/TBT | Secretaria de Municipal de Saúde de Tabatinga/AM |
| SIS | Sistema Integral de Saúde |
| SIS-Fronteiras | Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras |
| SUSAM | Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TFBCP | Tríplice Fronteira Internacional Amazônica, Brasil, Colômbia E Peru |

| | |
|--------|---|
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UBSF | Unidade Básica de Saúde da Família |
| UEA | Universidade do Estado do Amazonas |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| Unasul | União de Nações Sul-Americanas |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO..... | 33 |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 37 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 47 |
| 2.1 A INTEGRAÇÃO DE SAÚDE ENTRE FRONTEIRAS INTERNACIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA..... | 47 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 61 |
| 3.1 AS TEORIAS DAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS..... | 61 |
| 3.2 O CONSTRUTIVISMO SOCIAL NAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS | 66 |
| 3.2.1 O Construtivismo Social de Alexandre Wendt..... | 68 |
| 4 PERCURSO METODOLÓGICO | 73 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO..... | 74 |
| 4.2 PROPOSIÇÕES TEÓRICAS..... | 74 |
| 4.3 UNIDADE DE ANÁLISE - CASO | 75 |
| 4.3.1 Definição do caso..... | 75 |
| 4.3.2 Delimitação do caso..... | 77 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 77 |
| 4.4.1 Critérios de Inclusão..... | 77 |
| 4.4.2 Critérios de Exclusão | 80 |
| 4.5 COLETA DE DADOS..... | 80 |
| 4.5.1 Análise documental | 81 |
| 4.5.2 Entrevistas | 82 |
| 4.5.3 Observações diretas | 84 |
| 4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 85 |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS..... | 89 |
| 5 RESULTADOS..... | 91 |
| 5.1 RELATÓRIO DO CASO..... | 91 |
| 5.1.1 O contexto da Trílice Fronteira Amazônica Brasil, Colômbia e Peru..... | 91 |
| 5.1.2 O município de Tabatinga..... | 94 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 5.1.3 | Tabatinga como componente da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru..... | 99 |
| 5.1.4 | Tabatinga e as políticas públicas de saúde das fronteiras – O SIS-Fronteiras..... | 108 |
| 5.1.5 | Tabatinga como município-polo de Região de Atenção à Saúde Alto Solimões..... | 109 |
| 5.1.6 | Unidades Integradas de Análise | 113 |
| 5.1.6.1 | Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira 114 | |
| 5.1.6.2 | Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa..... | 118 |
| 5.1.6.3 | UPA de Tabatinga..... | 120 |
| 5.1.6.4 | Maternidade Celina Villacrez Ruiz..... | 123 |
| 5.1.7 | Síntese do caso..... | 124 |
| 5.2 | MANUSCRITO I: A ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTRANGEIROS NA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL, COLÔMBIA E PERU..... | 126 |
| 5.3 | MANUSCRITO II: ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS PARA INTEGRAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NA TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL AMAZÔNICA..... | 154 |
| 5.4 | MANUSCRITO III: SAÚDE NA FRONTEIRA: UMA LEITURA DO SIS-FRONTIERS À LUZ DO CONSTRUTIVISMO SOCIAL 184 | |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 215 |
| | REFERÊNCIAS..... | 219 |
| | APÊNDICE A – TESTES DE QUALIDADE PARA O ESTUDO “A ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTRANGEIROS NO BRASIL: ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS EM UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL..... | 243 |
| | APÊNDICE B – ROTEIRO DE COLETA DADOS DE DOCUMENTOS | 245 |
| | APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 247 |
| | APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO | 249 |
| | APÊNDICE E – CARTA DE APRESENTAÇÃO | 251 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 253 |
| APÊNDICE G – CHECKLIST DE MATERIAIS E PROCEDIMENTOS PARA ENTREVISTAS, OBSERVAÇÃO DIRETA E COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS | 257 |
| ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa | 261 |

APRESENTAÇÃO

A temática Atenção à Saúde de Estrangeiros entrou na minha vida através da disciplina “Estágio Rural em Saúde Coletiva” (ERSC), na qual eu sou docente desde 2011, na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA).

Nesta disciplina, nós docentes, acompanhamos acadêmicos finalistas dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia na realização de estágio em saúde coletiva. Esta prática se dá por meio do deslocamento de grupos de acadêmicos destes três cursos para municípios do interior do Estado do Amazonas. Estes acadêmicos permanecem nestes municípios durante 45 dias, em média, acompanhando e realizando atividades, de forma multidisciplinar, em saúde coletiva.

Seguindo esta dinâmica, desde no primeiro semestre do ano de 2013, passei a ser a professora responsável pelo acompanhamento dos discentes no município de Tabatinga, município que faz fronteira seca com a cidade Letícia, capital do Departamento de Amazonas na Colômbia e fronteira úmida, através do Rio Solimões com a Ilha de Santa Rosa do *Yavarí*, da província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru, formando assim a chamada tríplice fronteira Amazônica.

Nos primeiros meses de acompanhamento dos acadêmicos neste município, algumas peculiaridades, relativas às condições de vida e saúde local ficaram evidentes e despertaram minha curiosidade, principalmente os aspectos relacionados às questões culturais e sociais, que apresentavam claramente uma mistura dos três países.

A movimentação de pessoas, que circulam livremente entre os três países é uma característica marcante na região, pois a condição de áreas de livre comércio de Tabatinga e Letícia e a escassa fiscalização nas linhas de fronteira com a Colômbia ou com o Peru facilita e estimula a mobilidade populacional e confere ao município uma espécie de integração natural da população local. Estes fatores propiciam a comunicação entre aqueles povos e a utilização da moeda corrente dos três países nos três municípios limítrofes.

Todas estas características são visíveis também nos serviços de saúde do município, pois a atenção à saúde em Tabatinga acontece tanto para brasileiros, quanto para colombianos e peruanos de forma igualitária. Com isso, atenção à saúde de estrangeiros no município, se mostrou uma demanda importante para ERSC e para o planejamento das ações de saúde a serem realizadas pelos acadêmicos, pois essa parecia

ser uma parcela importante da população atendida e por isso deveria estar contemplada no planejamento das atividades a serem realizadas pela disciplina naquela localidade.

Assim, ainda no ano 2013 realizamos um levantamento do número de estrangeiros atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município, e chegamos ao resultado de que 10% da população atendida eram de pacientes provenientes do Peru, Colômbia e Haiti, esta última, por conta da onda migratória de haitianos que imigraram para o Brasil, em 2010, usando Tabatinga como porta de entrada.

Nos anos de 2013 e 2014, durante participação em eventos de planejamento das ações de saúde e em conversas com gestores e servidores de saúde local, o assunto “atendimento de saúde a estrangeiros” sempre estava presente, sendo que durante essas discussões, parte dos atores de saúde do município acreditava que a população de estrangeiros tinha direito atenção a saúde, porém alguns, baseados em custos financeiros, questionaram a legalidade desse atendimento. Apesar dessa discussão local, poucos estudos demonstravam a dinâmica desse fenômeno naquela região, ou seja, em como se dá a atenção à saúde de estrangeiros, bem como, quem são esses estrangeiros e principalmente quais as políticas públicas para enfrentamento dessa situação.

O ingresso no Doutorado Interinstitucional entre Universidade do Estado do Amazonas e Universidade Federal de Santa Catarina (DINTER UEA/UFSC), foi a oportunidade estudar esta temática no município. Desta forma, busquei no doutorado as ferramentas para realizar um estudo que pudesse demonstrar as principais nuances desse fenômeno naquela região. E assim, iniciam-se as primeiras propostas que levaram a construção desta tese.

O desenvolvimento do estudo originou-se da necessidade de descrever como o fenômeno da atenção à saúde de estrangeiros ocorria naquela realidade. Entretanto, o próprio caso estudado me levou ao entendimento que seria necessário expandir e ampliar o campo de análise deste fenômeno. Neste contexto, busquei analisar as políticas públicas de saúde que pudessem interferir nesta realidade e em possíveis processos de integração em saúde naquela região. E foi nesta compreensão que incluímos o programa de Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), naquele momento a política de saúde mais recentemente aplicada para regiões fronteiriças.

Quando iniciamos este estudo, efetivamente no ano de 2015, as atividades do SIS-Fronteiras estavam sendo encerradas em todos os municípios que aderiram ao programa. Entretanto, a opção por mantê-lo

como política pública de referência contemplou a proposição de uma política de saúde para regiões de fronteiras. Neste sentido, a questão decisiva deveu-se ao fato de não ter sido implantado outro programa deste porte que o substituisse, apesar do SIS-Fronteiras ter sido encerrado em abril de 2014.

Durante o desenvolvimento deste estudo, outros fatores envolvendo estrangeiros tornaram-se importantes. O principal deles foi o fluxo migratório que atingiu especialmente a Europa nos de 2015 e 2016 e o Brasil em 2017 e 2018. Esta última condição levou o governo brasileiro a expedir em 24 de maio de 2017 a Lei de Migração, que adotou o conceito do estrangeiro que reside em região de fronteira como residente fronteiriço.

Além das mudanças nas normativas do país, em relação a fronteiras, outras transformações também se mostraram muito importante para o desdobramento final desta tese. Dentre elas destaco as peculiaridades locais que emergiram e se tornaram valiosas para o entendimento de como e porque acontece a atenção à saúde de estrangeiros na região da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru e as políticas que tratam nessas condições. E com isso, o desdobramento deste estudo levou a mudanças no pensamento paradigmático desta pesquisadora, no sentido de vislumbrar esse fenômeno a partir das inter-relações humanas e das situações que a geraram.

Ao iniciar este estudo, eu buscava dados que pudessem descrever esta atenção à saúde de estrangeiros, no intuito tão somente de documentar as dificuldades ocasionadas por esta realidade. A partir da imersão no tema, e principalmente, da participação direta na coleta de dados, pude criar um entendimento empático da realidade vivenciada pela população fronteiriça, por gestores e profissionais de saúde locais, e com isso, não somente pude descrever aquela realidade, mais também explicar porque ela existe.

1 INTRODUÇÃO

Os processos de integração entre países têm gerado crescentes discussões sobre pontos econômicos, político e sociais, que são particularmente afetados pelos fenômenos contemporâneos da globalização e as crescentes ondas de imigração (FERRARI, 2014; GUERRA; VENTURA, 2017). Nas faixas de fronteiras internacionais estas discussões se intensificam em decorrência da mobilidade populacional, que facilita o uso comum de bens e serviços entre países limítrofes (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013; DUARTE, 2016). Sendo destaque na dimensão social, a utilização de serviços de saúde (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Nas últimas décadas, países da América Latina, têm incluído em suas agendas políticas, questões sociais voltadas para o campo dos sistemas de saúde (MARTINEZ; MACHADO, 2017). Nestas agendas, as regiões de fronteira receberam especial atenção, por proporcionarem a antecipação de processos de integração regional, que podem resultar em tensões e novos desafios para o setor saúde (GIOVANELLA et al., 2007).

Estes processos são impulsionados pelas dimensões políticas e sociais existentes nas fronteiras. Cada uma dessas dimensões possibilita um processo particular de construção de identidades, que vão muito além dos limites que separam dois ou mais países (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

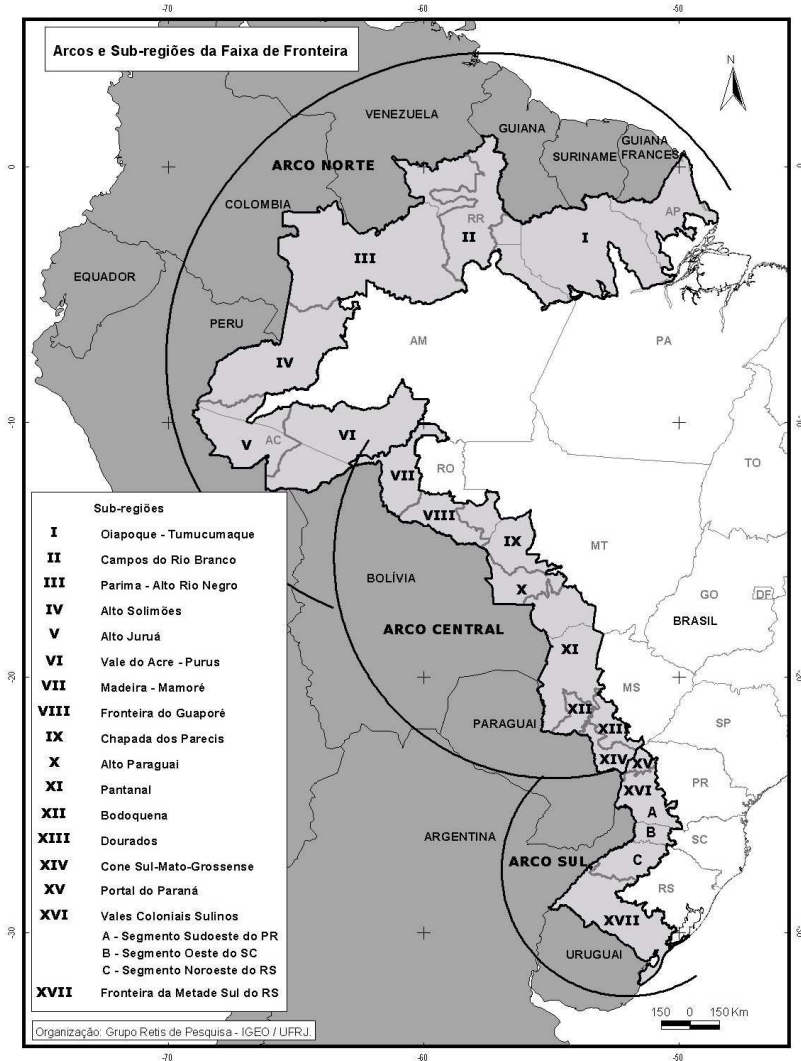
A dimensão política nas fronteiras internacionais é descrita como os limites territoriais e a soberania das nações como um poder central, enquanto a dimensão social traduz as interações entre populações em zonas fronteiriças (FERRARI, 2014).

Geopoliticamente, a fronteira brasileira é determinada como faixa de fronteira com 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional (BRASIL, 1979), sendo formada por três arcos (figura 1). O primeiro, denominado “Arco Norte”, abrange 66% da área fronteira do país e incluem 71 municípios dos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará e Roraima, fazendo fronteira com o Peru, Colômbia, Venezuela, Guiana, Guiana Francesa e Suriname e parte da Bolívia (BRASIL, 2009).

O segundo arco, nomeado “Arco Central”, representa 22,5% da faixa de fronteira brasileira e é constituído por 99 municípios dos Estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia que fazem fronteira com a Bolívia e Paraguai. O terceiro arco, intitulado de “Arco

Sul”, é o menor em extensão territorial, abrangendo 10,8% da fronteira do Brasil. Entretanto, este último arco contempla 418 municípios dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, fazendo fronteira com parte da Argentina, Paraguai e Uruguai (BRASIL, 2009).

Figura 1 - Arcos e subdivisões da faixa de fronteira do Brasil



Fonte: BRASIL, 2009.

Quanto a dimensão social da fronteira, esta é decorrente da ideia de mobilidade social entre países fronteiriços, mobilidade esta, que acompanha a condições sócio-históricas que impõe a construção de uma nova territorialidade. Ao se considerar a fronteira social, as questões de identidades coletivas emergem e se mostram constitutivas das relações dos sujeitos com seu espaço social (STURZA, 2010).

A partir destes conceitos, a fronteira passa a integrar desdobramentos socioculturais, que vão além das questões meramente geográficas. Estes espaços são caracterizados pelas diversas multifacetadas relações e inter-relações que sua condição de fronteira lhe confere. Neste contexto, as questões relativas à saúde na fronteira, assim como outras características sociais, assumem contornos próprios, dada a natureza da sua existência (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

A atenção à saúde de estrangeiros nas regiões de fronteira tem levado pesquisadores de diversas áreas de estudo a discorrerem sobre este tema, em seus diversos aspectos, tanto no Brasil, quanto em outros países (SILVA; NETO; MARIANE, 2017; SCHWARTZ; FUGA, 2015; TOGNETTI, 2015). No Brasil, vários estudos têm retratado esta temática nas regiões das fronteiras dos arcos central e sul do país (GIOVANELLA et al., 2007; CAZOLA et al., 2011; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018). No entanto, nas regiões fronteiriças do arco norte, que representa a maior extensão territorial de fronteira e menor densidade demográfica dos três arcos, este ainda é um tema pouco explorado.

Na região de fronteira do arco norte existe peculiaridades que a diferencia dos outros dois arcos. Esta fronteira fica localizada em uma região onde predominam as “zonas-tampão”, que a caracteriza como uma zona estratégica, com acesso restrito, e coberto por áreas protegidas ligadas a terras indígenas (BRASIL, 2009). Outra particularidade, desta região, são as peculiaridades geográficas, características das regiões amazônicas, onde muitas localidades só podem ser alcançadas por via fluvial ou avião. Nestas condições, por vezes, para acessar a algumas comunidades indígenas é necessário abrir caminho na floresta nativa por meio da realização de picadas na mata ou a utilização de helicóptero como único meio de transporte (MIRANDA et al., 2008).

Dos 71 municípios da faixa de fronteira do arco norte, seis fazem fronteira com mais de um país, sendo estes: Assis Brasil no Acre, que faz fronteira com Bolívia e Peru; Laranjal do Jari no Amapá, que faz fronteira com Suriname e Guiana Francesa; Oriximiná no Pará, que faz fronteira com Guiana e Suriname; São Gabriel da Cachoeira no

Amazonas, que faz fronteira com Venezuela e Colômbia; Uiramutã em Roraima, que faz fronteira com Venezuela e Guiana e Tabatinga no Estado do Amazonas que faz fronteira com Colômbia e Peru.

O local da fronteira que serviu como base para este estudo foi o município de Tabatinga, no Estado do Amazonas. Este município se diferencia dos demais na mesma condição de tríplice fronteira, por possuir área urbana contígua com a cidade de Letícia, capital do Departamento do Amazonas na Colômbia e também por fazer fronteira úmida com o município Ilha de Santa Rosa *Yavarí*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru. Esta condição geográfica facilita a mobilidade populacional entre os três países e imprime características culturais, sociais e econômicas próprias daquela região.

Os municípios de fronteira integram-se de forma natural e criam uma espécie de terceiro espaço, onde se forma uma nova sociedade, com cultura e valores próprios dessa localidade e que lhes oferecem uma identidade diferente do restante do país (OCAMPO, 2006).

O Município de Tabatinga não é uma exceção a esta condição de integração natural. Nesta região, valores e crenças são compartilhados entre as populações dos três municípios limítrofes formando uma identidade coletiva única na região. Euzébio (2014a) descreve que a partir da formação dessa identidade coletiva, as populações da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru se apropriam do subespaço dos três municípios e o transformaram em um único território.

Neste contexto, destaca-se que a população de Tabatinga, estimada em 2017, em 63.635 habitantes (IBGE, 2018a), é formada pela permanente circulação de peruanos e colombianos; de indígenas brasileiros, colombianos e peruanos; e comerciantes formais e informais, tanto do Brasil quanto provenientes da Colômbia e Peru.

No município existe ainda uma quantidade significativa de população flutuante composta por turistas, estudantes, pesquisadores, e servidores públicos das três forças armadas do Brasil, de órgão de fiscalização e das polícias federal e estadual, que atuam na região pela sua condição de fronteira (PEITER et al., 2013), e ainda por profissionais do sexo, narcotraficantes (SUÁREZ-MUTIS et al., 2010).

Neste cenário, existe uma elevada incidência de doenças de transmissão hídrica, como diarreia e hepatites, de transmissão por vetores, como a malária, e outras relacionadas aos determinantes sociais de saúde (SUÁREZ-MUTIS et al., 2010).

Estas características transformam a tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, em uma das áreas mais críticas da Amazônia Legal

Brasileira e Internacional (PEITER, 2005). A elevada mobilidade populacional, aliada ao distanciamento em relação ao poder central de seus países, a baixa densidade populacional, a população carente de necessidades básicas e permanente ausência do Estado, apresentam impacto direto nos determinantes sociais que afetam as condições de saúde dessa população (EUZÉBIO, 2014a; OLIVAR, 2014; BALIEIRO; NASCIMENTO, 2014; OLIVAR; CUNHA; ROSA, 2015).

Estes fatores são agravados pelas dificuldades que municípios fronteiriços do Brasil apresentam em oferecer uma atenção integral a saúde de sua população. Estas dificuldades se dão, principalmente pela indisponibilidade de recursos para o planejamento de políticas destinadas ao enfrentamento do atendimento de populações flutuantes, que utilizam o sistema de saúde destes municípios, mas não são contabilizados para os repasses financeiros (GADELHA; COSTA, 2007).

No Município de Tabatinga, esta realidade é influenciada, especialmente, pela intensa mobilidade populacional, proporcionada pela proximidade geográfica entre os três países, visto que, Tabatinga é conurbada com Letícia na Colômbia e faz fronteira úmida com a ilha de Santa Rosa, cujo tempo de travessia do rio Solimões não ultrapassa 20 minutos, sendo realizada através de barcos pequenos, popularmente conhecidos na região como “voadeiras”.

As diferenças entre os sistemas de saúde dos três países, também contribuem para o aumento da demanda de estrangeiros que procuram os serviços de saúde do lado brasileiro da fronteira, pois enquanto no Brasil o acesso à saúde é universal e gratuito e estende-se a todos os serviços através do Sistema Único de Saúde (SUS), a Colômbia e o Peru, mantêm sistemas de saúde contributivos e subsidiados (TINEO, 2016; CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017).

O sistema de saúde do Peru está sendo reestruturado desde 2013. Contudo, o acesso à saúde ainda se dá através de adesão ao Sistema Integral de Saúde (SIS), que é o regime contributivo indireto, também denominado como subsidiado. Este regime é disponibilizado gratuitamente para pessoas pobres e extremamente pobres, e é financiado através de recursos fiscais e órgãos governamentais (TINEO, 2016).

A população pode contar ainda com o regime contributivo direto, que é financiado por empregadores. Além desses dois regimes, a população tem acesso aos serviços de saúde, pelo sistema semicontributivo, através do Seguro Social Privado, formado por instituições de intermediação financeiras que prestam atendimento a

saúde. Outras formas de acesso à saúde são ofertadas a parcelas seletas da população, formadas por familiares e servidores dos ministérios de defesa e do interior (LAZO-GONZALES; ALCALDE-RABANAL; ESPINOSA-HENAO, 2016; TINEO, 2016).

Assim como o Peru, a Colômbia, também apresentou em 2015 um novo modelo de sistema de saúde para o país (COLOMBIA, 2015; 2016a). Este novo sistema apresenta um modelo baseado na atenção integral a saúde com propostas que envolvem a atenção primária, com foco na família e comunidade (GOMEZ, 2016). Entretanto, atualmente este plano ainda está em fase de levantamento das condições de saúde e territoriais, e formação de profissionais em atenção primária e da família. Somente após esta fase será iniciada efetivamente implantação deste sistema no país (COLOMBIA, 2016b; RIASCOS, 2017).

Até que este novo modelo seja implantado, o acesso aos serviços de saúde na Colômbia permanece através do Plano Obrigatório de Saúde (POS) que é garantido aos assegurados que contribuem por vínculo empregatício. A população pode ainda ter acesso através de cobertura assistencial subsidiada pelo governo federal, que é ofertada para parte da população que não apresenta condições financeiras de custear o Plano (LEVINO; CARVALHO, 2011; CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017).

Diante dessas diferenças, a acessibilidade aos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, apresenta desigualdades significativas que implicam diretamente na assistência individual e coletiva da população fronteiriça (LEVINO, 2010). Principalmente da parcela populacionais pertencentes aos países limítrofes ao Brasil, pois independente do acesso universal enunciado nos novos sistemas de saúde do Peru e da Colômbia, a segmentação de oferta de pacotes de serviços a grupos específicos da sociedade permanecerá (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017). Assim, o sistema de saúde do Brasil segue como o mais igualitário entre os três países, pois é gratuito, de acesso universal e com cobertura integral (PEITER et al., 2013).

As desigualdades de acesso à saúde em regiões fronteiriças tornam as condições de saúde da população local ainda mais complexa, pois a capacidade instalada, que permita o acolhimento das demandas e efetividade das ações, fica comprometida, especialmente no atendimento assistencial devido ao fluxo de estrangeiros que buscam superar, individualmente, as carências do seu país de origem (PEITER, 2005; JIMÉNEZ; NOGUEIRA, 2009).

Neste contexto, destaca-se que a universalidade do SUS é uma das razões da existência de oferta de atenção a saúde a estrangeiros em

municípios de fronteira do Brasil. Entretanto, há uma ausência de critérios de institucionalização, no que concerne ao atendimento de estrangeiros, o que possibilita que prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde de municípios fronteiriços possam escolher pelo não atendimento dessa população ou por fazer uma triagem nesses atendimentos (SCHWARTZ; FUGA, 2015).

O Governo Federal brasileiro, buscando soluções para a problemática de atenção à saúde em regiões fronteiriças, tem criado programas e ações para o desenvolvimento de regiões de fronteira e para o favorecimento de projetos de integração com os países vizinhos. Neste contexto, em 2005, Ministério da Saúde lançou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), que apresentou como objetivos levantar as condições de saúde dos municípios fronteiriços brasileiros e promover a integração de ações e serviços de saúde nessas regiões (BRASIL, 2005).

Este programa foi considerado estratégico por priorizar áreas que necessitavam de incentivos específicos para que os princípios do SUS fossem assegurados, tendo em vista, as fortes pressões que incidem sobre os sistemas de saúde dos municípios fronteiriços, principalmente do ponto de vista da assistência, do acesso e direito à saúde (RESENDE; BRANCO; ARAÚJO, 2008).

O SIS-Fronteiras contemplou 121 municípios brasileiros e foi desenvolvido em duas etapas, nas quais foram considerados os aspectos geográficos. Na primeira etapa foram contemplados 69 municípios dos Estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Outros 52 municípios dos Estados da região Norte (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima) e ainda Mato Grosso fizeram parte da segunda etapa do programa (BRASIL, 2006b). Entre os municípios contemplados na segunda etapa do programa, encontrava-se Tabatinga, que aderiu ao SIS-Fronteiras em 2006 (BRASIL, 2006a).

Estudos que avaliaram o SIS-Fronteiras em municípios fronteiriços dos arcos sul e central demonstraram a realização e conclusão de etapas do programa nos municípios estudados. Entretanto, estes mesmos estudos revelaram que poucos avanços foram percebidos, quanto ao desenvolvimento de ações que possibilitassem a cooperação transfronteiriça (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014; FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015).

As atividades do SIS-Fronteiras foram encerradas em 2014 (BRASIL, 2014), e apesar do município de Tabatinga, e outros municípios da região, terem aderido ao programa, não são encontradas evidências de projetos de integração entre os países da região que

tenham sido influenciados por ele. A existência ou não desses projetos pode se dever a vários fatores a serem desvelados a partir de estudos sobre o tema naquela região.

Diante dessas considerações, este estudo tomou como base a necessidade de se elucidar como se caracterizam as estratégias governamentais para integração em saúde na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, como um problema a ser explorado. Neste sentido, busca-se trazer subsídios para reflexões que contribuam para a construção de um sistema integrado de saúde na tríplice fronteira de Brasil, Colômbia e Peru, que garanta a integralidade da assistência tanto para brasileiros como para estrangeiros.

É importante explorar esta temática nesta região, pois a exíguo dinamismo das negociações que propiciem integração entre os países tríplice fronteira de Brasil, Colômbia e Peru resultam no aumento da demanda de atendimento a estrangeiros no município estudado.

A atenção à saúde de Tabatinga, composta pelo atendimento a brasileiros e estrangeiros, extrapola a planejamento de ações de saúde local, mobiliza um maior contingente de recursos humanas e materiais e sobrecarrega os serviços com especificidades próprias da região. Com isso, a população do Brasil, não recebe o que o lhe é destinado, e a população dos países vizinhos não tem sua assistência integral, prevista nas diretrizes do SUS.

Estudos realizados, a partir da implantação do SIS-Fronteiras em municípios fronteiriços, demonstram a preocupação com a demanda de atendimento de estrangeiros nos serviços de saúde brasileiros (GIOVANELA et al, 2007; BONTEMPO; NOGUEIRA; GIMENEZ, 2013; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018). Contudo, estes estudos, em sua maioria, são realizados em regiões de fronteira dos arcos sul e central, onde tanto os países fronteiriços, quanto os Estados brasileiros, apresentam características geográficas, econômicas e de saúde diferentes das encontradas no arco norte.

Assim, a realização deste estudo se justifica por abordar a caracterização e as estratégias governamentais de integração em saúde em um município do arco norte, e por ser fronteira seca, formando cidade-gêmea com Letícia na Colômbia, que possui um sistema de saúde fragmentado, com atenção desintegrada, de baixa resolutividade (GOMEZ, 2016), onde o acesso à saúde de 48% da população se dá através de sistema subsidiado pelo governo (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017).

Também pode se justificar a realização deste estudo, por Tabatinga fazer fronteira com uma comunidade remota do departamento de Loreto no Peru, que sofre com a falta de serviços e de profissionais de saúde, e onde 27% da população de comunidades distantes dos grandes centros não tem nenhuma cobertura de seguro saúde (TINEO, 2016).

A atenção à saúde a estrangeiros em serviços de saúde de Tabatinga, embora exista, não consta em registros ou dispõe de um planejamento organizacional que defina os principais aspectos políticos e de gestão que os envolvem. Com isso, a atenção à saúde ofertada no município estudado, pode apresentar prejuízos, tanto por falta de recursos humanos e materiais, que não comportam a demanda de atendimento, quanto pelo sistema de saúde local que não consegue assegurar a integralidade da assistência aos usuários de seu município.

Considerando as características da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, este estudo se pautou nas seguintes proposições teóricas: (1). A atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga/AM ocorre de forma desordenada, desconsiderando as ações de integração entre Brasil, Colômbia e Peru, previstas no SIS-Fronteiras; (2). As estratégias de integração regional em saúde entre municípios da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, acontecem através de acordos informais estabelecidos entre governos municipais e/ou por contatos diretos entre secretarias ou profissionais de saúde dos três municípios limítrofes; e (3). As ações de promoção da integração de saúde entre os países da tríplice fronteira Amazônica, previstas no SIS-Fronteiras, e aderidas pelo município de Tabatinga em 2006, não avançaram de maneira satisfatória na região.

Estas proposições teóricas deram subsídios para a formulação das questões de pesquisas que nortearam este estudo, sendo estas: Como ocorre a atenção à saúde de estrangeiros que utilizam os serviços de saúde de Tabatinga, município da tríplice fronteira internacional Amazônica, compreendida por Brasil, Colômbia e Peru? Como se definem e se mantêm as estratégias do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras entre os países da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru?

Assim, este estudo teve como principal objetivo evidenciar as características e as estratégias governamentais de integração de atenção à saúde de estrangeiros em Tabatinga, Amazonas, tríplice fronteira internacional, considerando o contexto do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras. Como objetivos específicos, buscou-se:

1. Explicar as características da atenção à saúde de estrangeiros nos serviços de saúde do município de Tabatinga/AM.

2. Identificar as estratégias estabelecidas no município de Tabatinga e no Estado do Amazonas, para o favorecimento da integração em saúde entre os países da tríplice fronteira amazônica;
3. Analisar a manutenção e a permanência de tais estratégias de integração em Tabatinga/AM;
4. Analisar a implementação e manutenção do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras no município de Tabatinga, sob o prisma da teoria do construtivismo social.

Neste contexto, e partir das considerações expostas, defendo a tese que a efetivação de políticas de integração em saúde entre os países da tríplice fronteira internacional Amazônica, compreendida como Brasil, Colômbia e Peru, requer a adoção de estratégias que reconheçam as peculiaridades sociais, políticas e econômicas da população local. Populações estas que, pela proximidade geográfica, estabeleceram laços econômicos, sociais e culturais que facilitam a comunicação, mobilidade populacional e os acordos informais entre estes países, transformando a realidade e a identidade coletiva daquela região fronteira.

A defesa desta tese se amparou na premissa que o SIS-Fronteiras, em sua essência inicial, deveria fornecer subsídios para o favorecimento da integração de saúde nas regiões de fronteira, e na teoria do construtivismo social, que proveu substrato para o entendimento que realidade existente na tríplice na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru foi construída e definida pelo compartilhamento de ideias, valores e crenças daquela sociedade e não apenas por forças normativas e materiais.

Espera que esta tese possa contribuir para reflexões de gestores e de profissionais de saúde sobre atenção à saúde de estrangeiros em regiões fronteiriças e servir como subsídio para implantação de políticas públicas que favoreçam a integração em saúde em fronteiras internacionais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura aqui apresentada foi desenvolvida no intuito de compreender o fenômeno estudado e subsidiar a tese proposta. Ela é apresentada no formato de revisão integrativa de literatura, que teve por objetivo evidenciar a existência de acordos de integração de atenção à saúde em regiões de fronteiras internacionais. Assim, esta revisão descreve como e onde tais acordos ocorrem e quais as suas finalidades.

2.1 A INTEGRAÇÃO DE SAÚDE ENTRE FRONTEIRAS INTERNACIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA¹

Resumo

Objetivo: Evidenciar os tipos e a finalidade dos acordos de integração de atenção à saúde que ocorrem em regiões de fronteiras internacionais. **Métodos:** Revisão integrativa de literatura, na qual foram selecionados estudos publicados entre 2006 a 2015, indexados nas bases eletrônicas CINAHL, *Clinics Collection*, LILACS, MEDLINE, PubMed, Scopus e SocINDEX. Foram incluídos 13 estudos. **Resultados:** Demonstram que os acordos de integração em regiões de fronteiras entre países são dos tipos formais e informais, formalizadas por governos federais ou legislações internacionais. Como finalidade destes acordos, prevalecem os de monitoramento, detecção e controle de doenças em regiões fronteiriças. **Conclusão:** Os acordos estudados objetivam a cooperação para o enfrentamento de dificuldades regionais. As ações de integração tendem a minimizar as assimetrias de saúde das populações fronteiriças.

Introdução

A integração de saúde entre países é um tema recorrente, discutido por gestores de regiões fronteiriças, cujas manifestações sobre as situações de saúde transfronteiriças expressam-se de maneira positiva e negativa (PECEQUILO; CARMO, 2013).

A maioria das regiões fronteiriças está afastada dos grandes centros urbanos, fato que pode repercutir negativamente nas condições de saúde da população nelas residente. A formulação de políticas de

¹ Artigo publicado na Revista Acta Paulista de Enfermagem, v. 31, n. 1, p. 102-107, 2018. Autoria de Giane Zupellari dos Santos-Melo, Selma Regina Andrade e Andriela Backes Ruoff.

integração nesses cenários pode minimizar impactos econômicos e sociais dessas regiões (PECEQUILLO; CARMO, 2013).

Os processos de integração entre países, incluindo os realizados em regiões de fronteira, são motivados por questões econômicas e geopolíticas, regulados pela Organização mundial do Comércio (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO, 2002). As políticas criadas resultam em abolição de barreiras tarifárias legais e institucionais, que facilitam o acesso às instituições comuns e a regulação do consumo de serviços sociais entre os países. (GUIMARAES; GIOVANELLA, 2006).

As integrações internacionais de saúde tornaram-se uma força de financiamento social a partir da década de 1990, quando a capacidade financeira de bancos de desenvolvimento proporcionou a criação de um novo desenho de decisões políticas governamentais, que gradualmente se estabeleceu como técnica dominante (BRITO, 2014). Neste contexto, a integração tem desempenhado papel fundamental para o alcance dos objetivos globais de saúde, cujos reflexos denotam sua importância para o comércio, a mobilidade da população, as finanças públicas e outras questões internacionais (GÓMEZ; TRUJILLO; GUZMÁN, 2011).

A cooperação internacional, e seus efeitos na saúde, tem sido fundamental para a conquista das metas acordadas mundialmente, o que reforça a relevância em reconhecer os tipos e a finalidade dos acordos de integração de atenção à saúde em áreas fronteiriças. Ademais, os interesses comuns dos estados facilitam a consolidação de espaços de integração regional, nos quais as ações conjuntas asseguram projetos de direito à saúde (GUERRERO; AUER; GODUE, 2010), principalmente o direito de acesso aos serviços (PIOVESAN et al., 2017). Considerando as dimensões geopolíticas do estado brasileiro, integrante do Mercado Comum do Sul e signatário da Organização das Nações Unidas, com uma extensa área de interface territorial com outros países; e, ainda, seu modelo de atenção integral e de acesso universal à saúde, este estudo buscou evidenciar os tipos e a finalidade dos acordos de integração de atenção à saúde que ocorrem em regiões de fronteiras internacionais.

Métodos

Revisão integrativa de literatura, cujo método permite sistematizar o conhecimento empírico e teórico a respeito de um tema de interesse, bem como sintetizar diferentes perspectivas sobre um fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). O delineamento do estudo se deu por meio das recomendações do *checklist* do *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studie* (PRISMA) e

da elaboração de um protocolo, validado por parecerista *expert*, constituído de cinco etapas sequenciais: identificação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação, e apresentação dos resultados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; LIBERATI et al., 2009).

Na primeira etapa identificou-se o problema e delimitou-se a questão da revisão: Quais os tipos e finalidade das ações de integração de atenção à saúde que acontecem em regiões de fronteiras internacionais?

Para a coleta de dados, os filtros incluíram os idiomas português, inglês e espanhol, no recorte temporal de 2006 a 2015, que considerou, como marco, a implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras no Brasil em 2005. Este sistema objetivou promover a integração de ações e serviços de saúde em regiões fronteiriças do Brasil (BRASIL, 2005).

Foram incluídos artigos originais disponíveis na íntegra no formato *on-line*. Excluíram-se relatos de experiência, estudos de reflexão, revisões de literatura, relatórios de gestão editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, publicações duplicadas, dossiês, documentos oficiais, teses, dissertações, livros e artigos que não atendessem o escopo desta revisão.

No levantamento da literatura, foram consultadas bases bibliográficas eletrônicas nos meses de Junho e Julho de 2016: CINAHL, *Clinics Collection*, LILACS, MEDLINE, PubMed, Scopus e SocINDEX. Para composição da estratégia de busca, foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND” e palavras-chave e descritores combinados com seus respectivos termos em inglês e espanhol: Gestão em saúde, Gestão de saúde, Gestão da saúde, Integração de sistemas, Atenção à saúde, Atenção em saúde, Saúde na fronteira, Saúde de fronteira, Saúde fronteiriça e Fronteira. Com base nesta estratégia foram identificados 742 artigos, dos quais 125 foram excluídos por duplicidade, totalizando 617 estudos.

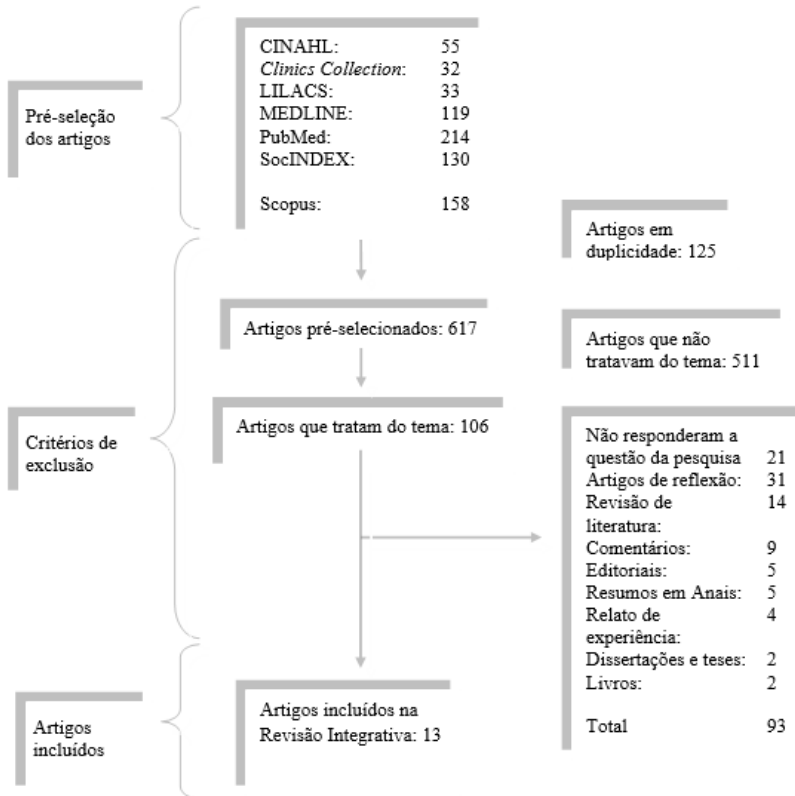
Na terceira etapa, os 617 estudos foram pré-selecionados por meio da leitura de título, resumo, palavras-chave ou descritores, excluindo-se aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, restando 106 estudos. Estes foram lidos na íntegra, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo esta revisão 13 estudos.

Os estudos selecionados foram categorizados em tabela no Microsoft Excel®, que constava dos seguintes itens: títulos do artigo e do periódico; ano e idioma da publicação; autores (nome, formação e instituição); método, questão e objetivo da pesquisa; cenário do estudo

(países, estados e municípios fronteiriços); existência de ações de saúde de integração de saúde entre países estudados; e existência de integração entre países fronteiriços. O método de busca e seleção dos estudos está apresentado na figura 2.

Na quarta etapa os dados foram analisados e interpretados e na quinta etapa da revisão gerou-se o relatório do estudo.

Figura 2 - Fluxograma de busca e seleção dos estudos que evidenciam acordos de integração de atenção à saúde em fronteiras internacionais, adaptado do PRISMA.



Fonte: Elaborado pelas autoras

Resultados

Os 13 artigos analisados revelaram a existência de ações de saúde, materializadas no modelo de acordos internacionais, que proporcionaram integração entre países. Os dados relativos às políticas

governamentais para a integração de atenção à saúde em fronteiras internacionais, possibilitou sua organização em temas que abordam os cenários dos acordos de integração em saúde, destacadamente países Europeus (LEGIDO-QUIGLEYA et al., 2012; ROSENKÖTTER et al., 2013; VAN DER MOLEN; COMMERS, 2013; SALIBA et al., 2014; GLINOS; BAETEN, 2015) Asiáticos (SKINNER; SRIHARAN, 2007; PONGVONGSA et al., 2012; MOORE; DAUSEY, 2015; WANG et al., 2015) e da América do Sul (GIOVANELLA et al., 2007; NOGUEIRA; DAL PRA; FERMIANO, 2007; QUIRÓS; GONZÁLEZ; VERGARA, 2011; CAFAGNA; MISSONI; BEINGOLEA, 2014). Nestes cenários, pôde-se identificar os tipos e as finalidades dos acordos de integração.

Na análise, dez artigos foram publicados em língua inglesa, dois em português e um em espanhol, no período de 2007 a 2015. No escopo estudado, não houve estudos publicados nos anos de 2006, 2008, 2009 e 2010. Os métodos de pesquisa empregados foram os estudos de caso de abordagens qualitativas (SKINNER; SRIHARAN, 2007; LEGIDO-QUIGLEYA et al., 2012; VAN DER MOLEN; COMMERS, 2013; CAFAGNA; MISSONI; BEINGOLEA, 2014) ou descritos somente como qualitativos (ROSENKÖTTER et al., 2013; SALIBA et al., 2014). Quatro estudos utilizaram métodos quantitativos (GIOVANELLA et al., 2007; PONGVONGSA et al., 2012; MOORE; DAUSEY, 2015; WANG et al., 2015) e dois seguiram o método misto (NOGUEIRA; DAL PRA; FERMIANO, 2007; QUIRÓS; GONZÁLEZ; VERGARA, 2011). Uma síntese dos temas abordados está apresentada no quadro 1.

Os acordos de integração entre países Europeus ocorreram em fronteiras fortalecidas pelo tratado da União Europeia e legitimados por diretivas do Parlamento Europeu que garantem direitos a cuidados de saúde transfronteiriços (ROSENKÖTTER et al., 2013; GLINOS; BAETEN, 2015). Já em países asiáticos, os acordos são realizados em fronteiras próximas a regiões de conflitos (PONGVONGSA et al., 2012; MOORE; DAUSEY, 2015) ou de conflitos políticos (WANG et al., 2015) ou religiosos (SKINNER; SRIHARAN, 2007). Na América do Sul, as diferenças entre os sistemas de saúde nos países dificultam a regularização de acordos. Devido à disparidade no acesso à saúde das populações fronteiriças, os acordos existentes são iniciativas locais de cooperação para o enfrentamento de dificuldades regionais (GIOVANELLA et al., 2007; NOGUEIRA; DAL PRA; FERMIANO, 2007; QUIRÓS; GONZÁLEZ; VERGARA, 2011; CAFAGNA; MISSONI; BEINGOLEA, 2014).

Quadro 1 - Síntese dos tipos e finalidades dos acordos de integração de atenção à saúde, segundo os cenários de fronteiras internacionais

| Autores/ano | Tipo | Finalidade |
|---|--|--|
| Europa | | |
| ROSENKÖTTER, N; CLEMENS, T; SØRENSEN, K; BRAND, H. 2013 | Formal Legitimado pela União Europeia | Facilitar a mobilidade de pacientes entre países da União Europeia |
| LEGIDO-QUIGLE, H; GLINOS, I; BAETEN, R; MCKEE, M; BUSSE, R. 2011 | Formal Legitimado pela União Europeia | Facilitar a mobilidade de pacientes entre países da União Europeia |
| SALIBA, V; AZZOPARDI, N; VELLA, M; MONTALTO, S; FENECH, C; MCKEE, M. 2014 | Formal Legitimado pelos Governos Federais | Facilitar a mobilidade de pacientes entre países da União Europeia |
| VAN DER MOLEN, I; COMMERS, M. 2013 | Formal Legitimado pela União Europeia | Atendimento a situações de emergência em regiões de fronteira |
| GLINOS, I; BAETEN, R. 2015 | Formal Legitimado pela União Europeia | Assistência hospitalar de media e alta complexidade em um dos lados da fronteira |
| Ásia | | |
| SKINNER, A; SRIHARAN, A. 2007 | Informal Criado por Organização não governamental | Rastreio e tratamento de deficiência congênita em recém-nascidos |
| MOORE, M; DAUSEY, D. J. 2015 | Formal Legitimado por Governos Federais | Monitoramento contínuo de doenças infectocontagiosas |
| WANG, H; ZHANG, L; YU, W; WEN, N; YAN, D; TANG, J. et al., | Formal Legitimado por Governos Federais | Deteção e controle de doenças de importância epidemiológica para a região estudada |

| | | |
|---|---|--|
| 2015 | | |
| PONGVONGSA, T; HA H; THANH, L; MARCHAND, R; NONAKA, D; TOJO, B. et al., 2012 | Formal Legitimado por Governos Federais | Detecção e controle de doenças de importância epidemiológica para a região estudada |
| América do Sul | | |
| CAFAGNA, G; MISSONI, E; BEINGOLEA, R. 2014 | Formal Legitimado por Governo Federal de um dos países | Promover equidade no atendimento de populações fronteiriças |
| GIOVANELLA, L; GUIMARÃES, L; NOGUEIRA, V; LOBATO, L. C; DAMACENA, G. 2007 | Informal entre Profissionais de saúde | Monitoramento contínuo de doenças infectocontagiosas |
| NOGUEIRA, V; DAL PRÁ, K; FERMIAN, S. 2007 | Informal entre governos subnacionais | Capacitação de profissionais de saúde atuantes em regiões de fronteira |
| QUIRÓS, H. M; GONZÁLEZ, R; VERGARA, J. 2011 | Informal entre governos locais | Monitoramento contínuo de doenças infectocontagiosas |

Fonte: Elaborado pelas autoras

Os acordos de integração em saúde são dos tipos formais e informais. Os formais são legitimados por governos federais (PONGVONGSA et al., 2012; SALIBA et al., 2014; CAFAGNA; MISSONI; BEINGOLEA, 2014; MOORE; DAUSEY, 2015; WANG et al., 2015) ou amparados em legislações internacionais (LEGIDO-QUIGLEYA et al., 2012; VAN DER MOLEN; COMMERS, 2013; ROSENKÖTTER et al., 2013; GLINOS; BAETEN, 2015) Já os informais podem acontecer por acordos entre organizações não governamentais, por exemplo, Associação do Oriente Médio de Gestão de Perda Auditiva, criada por profissionais de saúde de Israel, Jordânia e Palestina (SKINNER; SRIHARAN, 2007) ou entre governos subnacionais, como a Carta de Posadas (NOGUEIRA; DAL PRA;

FERMIANO, 2007) entre o Estado de Santa Catarina, no Brasil e a Província de *Misiones*, na Argentina.

Existem ainda acordos que a cooperação ocorre com base em solicitações informais entre autoridades de saúde local (QUIRÓS; GONZÁLEZ; VERGARA, 2011) ou por intermédio de troca de favores entre profissionais de saúde dos países envolvidos (GIOVANELLA et al., 2007).

A maioria dos acordos de integração em saúde tem por finalidade o monitoramento (GIOVANELLA et al., 2007; QUIRÓS; GONZÁLEZ; VERGARA, 2011; MOORE; DAUSEY, 2015), detecção e controle de doenças de importância epidemiológica para regiões fronteiras (PONGVONGSA et al., 2012; WANG et al., 2015).

Os acordos entre países da União Europeia objetivam facilitar a mobilidade de pacientes (LEGIDO-QUIGLEYA et al., 2012; ROSENKÖTTER et al., 2013; SALIBA et al., 2014), principalmente no atendimento a situações de emergência (VAN DER MOLEN; COMMERS, 2013) e assistência hospitalar de média e alta complexidade nas fronteiras dos países membros (GLINOS; BAETEN, 2015).

Outros acordos buscam promover equidade no atendimento de populações fronteiriças (CAFAGNA; MISSONI; BEINGOLEA, 2014), capacitar profissionais de saúde atuantes em regiões de fronteira (NOGUEIRA; DAL PRA; FERMIANO, 2007) e tratamento de recém-nascidos com deficiências congênitas (SKINNER; SRIHARAN, 2007).

Discussão

Esta revisão de literatura contribui com o reconhecimento e a compreensão sobre os tipos de ações e sua finalidade para os acordos de integração de saúde entre fronteiras internacionais, podendo auxiliar gestores na tomada de decisão, planejamento e implantação de políticas públicas de saúde em favor das populações fronteiriças. Esta revisão limita-se pela não inclusão de outros estudos de revisão, de relato de experiência e documentos oficiais que tratam desta temática, conforme protocolo previamente aprovado.

As regiões de fronteira podem ser complexas, visto que municípios de fronteira se integram cultural, social e economicamente de maneira natural. Criam-se assim, uma espécie de terceiro espaço, formando uma nova sociedade, com cultura e valores próprios dessas localidades, o que lhes oferecem uma identidade diferente do contingente restante dos países aos quais pertencem (OCAMPO, 2006).

Os acordos internacionais nessas regiões, na área de saúde, tendem a garantir o direito à saúde da população local, visto que, além de características próprias, as fronteiras são distantes dos centros políticos-governamentais de seus países, em regiões montanhosas ou isoladas geograficamente e, em geral, com baixa infraestrutura de saúde (GÓMEZ; TRUJILLO; GUZMÁN, 2011; LEGIDO-QUIGLEYA et al., 2012). Nessa condição, os recursos de saúde resultam do sistema complementar próprio de seu país ou de serviços existentes do outro lado da fronteira (GIOVANELLA et al., 2007; CAFAGNA; MISSONI; BEINGOLEA, 2014), pois, quando doentes, as pessoas escolhem os caminhos que melhor lhe fazem sentido, com base nas possibilidades que visualizam (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2017).

A procura por atendimento de saúde em países vizinhos pode também estar relacionado com as diferenças entre os sistemas nacionais de saúde, fator principal para o sucesso dos acordos de integração entre fronteiras internacionais (CAFAGNA; MISSONI; BEINGOLEA, 2014). Devido às características singulares dos sistemas nacionais, há dificuldades operacionais nos processos de integração, tornando mais complexa a gestão de saúde fronteiriça (LEVINO; CARVALHO, 2011).

Para o sucesso dos acordos de integração em saúde entre governos dos países fronteiriços é necessária a compreensão sobre os direitos à saúde de estrangeiros por gestores e profissionais de saúde. Os resultados de um estudo realizado sobre fronteiras entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai mostraram que estas questões repercutem na inexistência de princípios éticos e políticos comuns e na fragilidade institucional dos acordos existentes (NOGUEIRA; DAL PRA; FERMIANO, 2007).

Quando ocorrem, tais acordos oferecem benefícios às populações residentes (ROSENKÖTTER et al., 2013; GLINOS; BAETEN, 2015). Contudo, fatores contextuais exercem forte influência na implantação e manutenção desses acordos. Mesmo quando os acordos são realizados em regiões fronteiriças conflituosas ou de isolamento, seu sucesso depende mais da sensibilidade e atuação dos envolvidos no processo do que das políticas que os criaram (SKINNER; SRIHARAN, 2007; LEGIDO-QUIGLEYA et al., 2012). Exemplo disso pode ser observado com os resultados obtidos no projeto de rastreamento de perda auditiva em recém-nascidos árabes e israelenses (SKINNER; SRIHARAN, 2007).

Conclusão

Os acordos de integração em saúde em regiões de fronteiras constituem uma iniciativa possível e podem efetivamente minimizar as assimetrias existentes entre os centros urbanos e essas regiões. Os resultados desta revisão evidenciaram que os acordos existentes são dos tipos formal e informal e têm por finalidade a cooperação para o enfrentamento de dificuldades regionais devido à disparidade no acesso à saúde das populações fronteiriças. Os acordos de integração em saúde adquirem maior consistência quando seu embasamento se alicerça em análises sobre quais as estratégias de gestão são necessárias para uma realidade específica. Tais estratégias dizem respeito à infraestrutura e às políticas governamentais, como também quanto ao envolvimento de atores no processo de integração, incluindo as populações da região.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.120, de 6 de julho de 2005**. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRITO, P. E. La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. **Rev Cuba Salud Pública**, v. 40, n. 1, p.96-113, 2014.

BRUSTOLIN, A; FERRETTI, F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 47-59, 2017.

CAFAGNA, G; MISSONI, E; BEINGOLEA, R. L. B. “Peri-border” health care programs: the Ecuador–Peru experience. **Rev Panam Salud Pública**, v. 35, n.3, p. 207-213, 2014.

GIOVANELLA, L. G; NOGUEIRA, V. M; LOBATO L.V; DAMACENA G.N. Health on the borders: access to and demands on the Brazilian National Health System by foreigners and non-resident Brazilians in cities along the border with MERCOSUR countries from the perspective of municipal health secretaries. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p.251-266, 2007.

GLINOS, I. A; BAETEN, R. Reprint of: dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. **Soc Sci Med**, v. 124, p. 331-337, 2015.

GÓMEZ, Y. O; TRUJILLO, E; GUZMÁN, J. M. Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fronterizos. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n. 2, p. 153-159, 2011.

GUERRERO, E; AUER, A; GODUE, C. **Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión**. Organización Panamericana de la Salud: Washington. 2010, 75p.

GUIMARAES, L; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n. 9, p. 1795-180, 2006.

LEGIDO-QUIGLEYA, H; GLINOS, I. A; BAETEND, R; MCKEEA, M; BUSSEE, R. Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework. **Health Policy**, v. 108, p. 27-36, 2012.

LEVINO, A; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 5, p. 490-501, 2011.

LIBERATI, A; ALTMAN, D. G; TETZLAFF, J; MULROW, C; GÖTZSCHE, P. C; IOANNIDIS, J. A; et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **BMJ**. V. 6, n. 7, 2009, e1000100, Doi: doi: 10.1136/bmj.b2700.

MOORE, M; DAUSEY, D. J. Local cross-border disease surveillance and control: experiences from the Mekong Basin, **BMC Research**, v. 8, n. 90, p. 1-10, 2015.

NOGUEIRA, V. M; DAL PRA, K. R; FERMIANO, S. Ethical and political diversity in the right to health care in Brazilian municipalities along the MERCOSUR border. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 227-236, 2007.

OCAMPO, A. H. OPAS e a saúde nas fronteiras: uma proposta em prol do bem-estar da população e do desenvolvimento sustentável. In: COSTA, L. **Integração de fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia Saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Nacional.

Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006, 141 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC), **Organización Mundial de la Salud (OMS). Los acuerdos de la OMC y la salud pública: un estudio conjunto de la OMS y la Secretaria de la OMC.** Geneva: WHO; 2002. Disponível em: http://www.who.int/trade/resource/en/who_wto_s.pdf. Acesso em 13 de junho de 2016.

PECEQUILLO, C. S; CARMO, A. Regional integration and Brazilian foreign policy: strategies in the South American space. **Rev Sociol Polít**, v. 21, n. 48, p. 51-65, 2013.

PIOVESAN, G; PAULA, C. C; LOPES, L. F; PADOIN, S. M; KLEINUBING, R. E; SILVA, C. B. Qualidade da atenção primária na perspectiva de Profissionais: saúde de crianças e adolescentes com HIV. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, 2017, e00180016, Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000180016>.

PONGVONGSA, T; HA, H; THANH, L; MARCHAND, R.P; NONAKA, D; TOJO, B. et al. Joint malaria surveys lead towards improved cross-border cooperation between Savannakhet province, Laos and Quang Tri province, Vietnam. **Malaria Journal**, v. 11, n. 262, p. 1-11, 2012.

QUIRÓS, H. M; GONZÁLEZ, H. R; VERGARA, J. F. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p.148-152. 2011.

ROSENKÖTTER, N; CLEMENS, T; SORENSEN, K; BRAND, H. Twentieth anniversary of the European Union health mandate: taking stock of perceived achievements, failures and missed opportunities: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1074, p. 1-16, 2013.

SALIBA, V; MUSCAT, N; VELLA, M; MONTALTO, AS; FENECH, C; MARTIN, M. et al. Clinicians', policy makers' and patients' views of pediatric cross-border care between Malta and the UK. **J Health Serv Res Policy**, v. 19, n. 3, p. 153-160, 2014.

SKINNER, H. A; SRIHARAN, A. Building cooperation through health initiatives: an Arab and Israeli case study. **Confl. Health**, v. 1, n. 8, p.1-9, 2007.

VAN DER MOLEN, I. N; COMMERS, M. J. Unresolved legal questions in cross-border health care in Europe: liability and data protection. **Public Health**, v. 127, n. 11, p. 987-993, 2013.

WANG, H; ZHANG, L; YU, W; WEN, N; YAN, D; TANG, J. et al. Cross-border collaboration between China and Myanmar for emergency response to imported vaccine derived poliovirus case. **BMC Infect Dis**, v. 15, n. 18, p. 1-8, 2015.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico tem por objetivo embasar o estudo e consequentemente os conceitos e definições operacionais a serem utilizados na pesquisa (DESSEN; JUNIOR, 2008). Enquanto a aplicação de teorias para resolução de problemas sociais é um preceito fundamental para o desenvolvimento e avaliação de pesquisas de educação e saúde, pois a seleção de uma teoria apropriada fornecerá respostas do porque determinados fenômenos acontece, indo além de uma descrição deste fenômeno (LEEuw et al., 2014).

Neste estudo, este embasamento foi formado a partir da contextualização da Teoria Construtivismo Social. Inicialmente, serão explanadas as principais Teorias das Relações Internacionais que apresentam implicações no campo social e apoia a escolha, para esta tese, no caso, o pensamento construtivista. Em seguida, é apresentada a teoria do construtivismo social, no campo das relações internacionais, focando, em especial, a atenção aos pensamentos de Alexandre Wendt, autor que se firmou como referência desta corrente filosófica.

3.1 AS TEORIAS DAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS

De maneira geral, as relações internacionais são entendidas como as relações que se estabelecem entre unidades políticas, que são os Estados Nacionais, ou seja, políticas entre nações. Porém, vale ressaltar que estando envolvidas questões econômicas, linguísticas, históricas, religiosas, ambientais e sociais, o sentido político das relações tende a ser ultrapassados por estas questões (LACERDA, 2006).

Os estudos das relações internacionais, como ciência humana positiva e autônoma é relativamente recente, datando do início do século vinte (CASTRO, 2012). Entretanto, suas fundações são percebidas ao longo da história da humanidade. Autores como Sun Tzu (século IV a.C), ao detalhar as estratégias políticas-militares em “A arte da guerra”, Heródoto (século IV a.C), narrando à origem das Guerras Greco-Persas, e Tito Lívio com seus livros sobre a história de Roma (século I a.C), servem como arcabouço literário para o saber internacional, e demonstram que relações internacionais possuem vastas e distintas origens e fontes históricas, geográficas e socioculturais (CASTRO, 2012).

Em séculos mais recentes, as relações internacionais têm se apresentado com outras denominações, com grande impacto nas decisões das políticas internacionais em vigor há muitos séculos

(MOITA, 2012). O tratado de Vestefália, assinado em 1648, colocou fim a guerra de 30 anos e estabeleceu os princípios de governabilidade do sistema internacional, através de soberania nacional e territorial, mapeando o mundo através do reconhecimento mútuo de estados territoriais soberanos. Independente da evolução dos regimes internacionais de direitos humanos e das políticas internacionais, este tratado vigora até os dias atuais (NGUYEN, 2015).

A partir do século vinte, mais especificamente, após a primeira grande guerra mundial, as discussões no campo das relações internacionais se intensificaram. Contudo, sem ainda se firmarem como disciplina. As decisões econômicas da época envolvendo a liderança política-institucional em nível mundial ascendeu o debate sobre questões envolvendo a hegemonia das nações (ALMEIDA, 2015).

As fundações das teorias das relações internacionais foram elaboradas neste cenário de destruição pós-primeira guerra, visando responder as preocupações de problemas vivenciados na época, e no desejo de evitar novos conflitos, como os que caracterizaram a primeira guerra mundial. Assim, inspirado nos pensamentos de Immanuel Kant, nasceu o Idealismo liberal ou liberalismo (MELLO, 1999; CASTRO, 2012).

Kant em sua obra “Paz Perpetua” de 1795, defende o fim das guerras baseado na premissa que o Estado de natureza é um Estado de Guerra contra todos, e como tal, é um Estado do qual o homem deve sair (BOBBIO, 2017). Este pensamento liberalista colocava as questões de construção da paz na capacidade de dialogo e inter-relações dos líderes de Estado. Apesar dos pensamentos liberalistas serem citados até a atualidade, não existem textos científicos, da época, na área das relações internacionais elaborando uma teoria do liberalismo. Na verdade, o liberalismo foi concebido e divulgado como uma prática de condução de políticas externas (LACERDA, 2006).

O grande defensor do liberalismo foi Norman Angell, que sustentava que a experiência onerosa da primeira guerra mundial desestimularia a entrada de Estados em uma nova guerra, pois no período pós-guerra, poucos países possuíam uma economia sólida para lidar com um novo conflito (BRAGA, 2016), contudo, contrariando esses enunciados, em 1939 inicia-se a segunda guerra mundial.

Neste mesmo ano, ou seja, em 1939, Edward Carr, em seu livro “Vinte anos de crise, 1919 a 1939”, apresenta severas críticas aos preceitos defendidos pelos liberalistas, afirmando que estes pensadores difundiam um mundo imaginário, ou seja, como o mundo deveria ser e não como ele realmente era (NASCIMENTO, 2012).

Assim, após a Segunda Guerra Mundial e já em formação da Guerra Fria, as práticas liberalistas se deterioram, dando lugar a Teoria Realista, que inspirada nos pensamentos de Tucídides, Nicolau Maquiavel, Thomas Hobbes e Jean-Jacques Rousseau, se firmou como uma explicação convincente para o período pós-guerra, em que o mundo estava dominado por competições e conflitos (MELLO, 1999).

Surgem então, as teorias das relações internacionais, com o propósito de afirmar o posicionamento internacional como área de conhecimento autônoma, distinta de outras ciências políticas. Para isso, partiu-se do pressuposto que as políticas centradas nos Estados Nacionais são distintas das políticas nas relações internacionais, no sentido de que, na primeira existe a governança legal, enquanto a segunda é um sistema anárquico sem um poder central (TRINDADE, 2017).

A teoria realista inicia seus argumentos sobre a tese da sobrevivência, no sentido amplo por meio da manutenção do Estado, conservação do poder e preservação da ordem pela submissão da população. Considerando que a segurança é um bem abstrato e de estimado valor, esta segurança passa a ser julgada como patrimônio necessário à humanidade. Esta é a condição de poder do Estado como “Deus Mortal”, descrita na obra de Thomas Hobbes, “*Leviatã*” (CASTRO, 2012).

Os realistas são convictos que cada Estado tem o seus valores, prioridades e crenças, sendo então considerado, que o Estado é um bem supremo e que necessita ser preservado, não existindo lugar para as “comunidades internacionais” (MELLO, 1999). Os pensamentos de Tucídides amparam o realismo, no que é conhecido com “*anarquia internacional*”, que defende que na ausência de uma instância superior aos Estados, definida como anarquia, os países se sentem desprotegidos e defendem sua sobrevivência e seu poder relativo (LOBO-FERNANDES, 2007).

A visão da teoria realista, nas relações internacionais, enfatiza uma percepção negativa do ser humano e destaca fatores da natureza humana, como medo, prestígio e ambição. O medo de ser aniquilado devido às ações de outros Estados e o prestígio que o poder lhe confere na tomada de decisões são pontos centrais para explicar o comportamento humano diante dos sistemas internacionais (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

A partir da década de 1970, inicia-se uma nova fase das teorias das relações internacionais. Autores, como Robert Keohane e Joseph Nye Junior, publicam em 1974, a obra “*Power and Interdependenc*” que

resgata elementos do liberalismo, com novas interpretações no entendimento de que fatores internos diferem para cada Estado, sendo estes fatores importantes para o entendimento de como se dá o comportamento dos países na atuação internacional. Esta vertente das teorias das relações internacionais foi denominada de neoliberalismo (KEOHANE; NYE, 1987; MANSANI; REIS, 2014).

Novas interpretações também são formadas para o realismo, quando em 1979, Kenneth Waltz publica a obra “*Theory of International Politics*”, dando início ao movimento chamado de neorealismo. O pensamento neorealista sustentava que o sistema internacional é anárquico e que o poder político prevalecia sobre o econômico, nas disputas entre nações (HERZ, 1997).

Apesar do debate entre essas duas vertentes nos anos de 1970 (PEREIRA; ROCHA, 2014), o neoliberalismo, e o neorealismo apresentavam semelhanças, como a afirmação de que os Estados são os principais atores das relações internacionais e de que o sistema internacional é um sistema anárquico (MANSANI; REIS, 2014).

O neorealismo prevaleceu até a década de 1980, quando, com o fim da Guerra fria e início dos processos de integração comercial regional avançando firmemente entre os países, iniciam-se a formação de blocos econômicos, uniões aduaneiras e áreas de livre-comércio. Neste cenário, o realismo e o neorealismo apresentam cada vez menos propostas relevantes para os debates de teorias de relações internacionais (PEREIRA; ROCHA, 2014).

Criou-se assim, espaços para a retomada dos pensamentos liberalista e neoliberalista, que centrado nas ideias de John Locke e Adam Smith, prega o compromisso da organização da economia internacional. Porém, esse compromisso era uma forma de multilateralismo, na qual as sociedades aceitavam as mudanças requeridas pela liberalização internacional e, em troca, os efeitos das mudanças eram amenizados através de ações sociais e econômicas estabelecidos pelo Estado de bem-estar social (MELLO, 1999).

Assim, no fim dos anos 1980, novos elementos, como cultura, identidades e questões sociais, começam a ser inseridos nas discussões das relações internacionais, dando origem ao positivismo e pós-positivismo. As discussões entre estas duas vertentes ficou conhecida como o terceiro grande debate das teorias das relações internacionais (BRAGA, 2013).

Neste cenário, em novas avaliações, estudiosos reconheceram que o realismo e o liberalismo, assim como o neoliberalismo e o neorealismo, apresentavam o racionalismo como ponto comum. O

racionalismo descrito nas relações internacionais é também conhecido como o movimento positivista, pois essas vertentes se apoiavam em métodos de pesquisa transparentes e precisos (BRAGA, 2013; PEREIRA; ROCHA, 2014).

Nesta mesma década, outras linhas das teorias das RI se articularam, no sentido de envolvimento de questões sociais, surgindo então a visão pós-positivista, ou como também é chamada por alguns autores como reflexivista (NOGUEIRA; MESSARI, 2005). Esta vertente das teorias das relações internacionais desconsidera a premissa de que uma realidade é objetiva e assume a possibilidade de uma realidade relativa, onde é plenamente aceitável a convivência de várias verdades sobre uma mesma realidade (SARFATI, 2005).

A origem do pós-positivismo se relaciona com a desaprovação do pensamento que sujeito e objeto de investigação devem estar separados, assumindo a preocupação com a natureza e desenvolvimento do conhecimento, destacando que as teorias das relações internacionais são parte de um conjunto complexo de outras teorias, ideias e condições sociais que produzem conhecimento.

O pós-positivismo preconiza que a análise de determinados pressupostos deve ser considerada a partir de sua origem ontológica, epistemológica e normativa, com poderes de responder se o que existe é real, se o que conhecemos é realmente real e qual deve ser a nossa relação com o real (NUNES, 2012).

As correntes pós-positivistas basicamente seguiram três linhas de pensamento: a que se ocupam das questões de gênero, conhecidos como o grupo da teoria feminista; as vertentes dos pós-modernos, que inspirados em filósofos como Foucault, Derrida, Nietzsche e Heidegger, procuram problematizar as teorias e fatos das políticas internacionais; e os legatários do marxismo e da Escola de *Frankfurt*, que inspiram a teoria crítica (CASTRO, 2001; BRAGA, 2013). Das três linhas, será discorrido aqui, um pouco mais, sobre a teoria crítica, por esta ter interagido de forma produtiva com o construtivismo social.

A teoria crítica tem suas raízes na escola de *Frankfurt*, cujos membros encontram-se imersos na tradição e nas teorias marxistas, mantendo-se comprometidos com a autenticidade de suas ideias. Originalmente, esta teoria se definiu em oposição às teorias tradicionais (FRANKENBERG, 2011). Esta vertente do pós-positivismo desconstrói a ideia de hegemonia do Estado nas relações internacionais, mostrando que somente após a compreensão da funcionalidade desta hegemonia será possível normativamente criar elementos para sua desconstrução (VIGEVANI et al., 2011).

Neste sentido, a teoria crítica discute o significado e o peso das ideias, mostrando sua relevância na determinação da agenda internacional e na discussão das normas (VIGEVANI et al., 2011). Esta teoria resgata a postura de questionamento que esteve ausente dos discursos das teorias das relações internacionais até então descritas. Com uma agenda de pesquisa pós-positivista, que desafiou o positivismo, alguns autores, entre os quais se destaca Alexandre Wendt, buscaram desenvolver uma abordagem que falasse tanto aos positivistas, quanto aos pós-positivistas, o que levou então a formulação da corrente do Construtivismo Social (MELLO, 1999).

3.2 O CONSTRUTIVISMO SOCIAL NAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS

O construtivismo social tenta aliar os questionamentos da teoria crítica com os ensinamentos da economia política internacional. Assim, ele fornece uma base sólida para elaboração de um instrumental teórico internacional que transforma a teoria das relações internacionais em uma teoria plena e não mais uma produção de soluções para problemas internacionais (MELLO, 1999; VIGEVANI et al., 2011).

A teoria do construtivismo social teve início entre os anos de 1980 e 1990, a partir da incapacidade do realismo e do liberalismo de darem respostas aos eventos internacionais da época, tais como os avanços nas negociações de integração europeia, o lançamento do euro como moeda forte rival ao dólar e o desenvolvimento de ações de integração entre países da América do Sul. Estas novas condições mundiais exigiam novos referenciais teóricos. Assim, autores começaram a se instrumentalizar para manejar os fenômenos políticos, vistos a partir de uma nova perspectiva. O caminho encontrado foi apropriação e adaptação de contribuições oriundas da teoria social europeia, que se tornou a base do construtivismo social (CASTRO, 2001).

Deve-se esclarecer que o construtivismo é uma teoria aplicada a diversas disciplinas (AMINEH; ASL, 2015). Sendo assim, foi na área educacional que o construtivismo ganhou destaque. Nesta disciplina, o construtivismo segue dois sentidos. O primeiro sentido do termo, na área educacional, é baseado nos ensinamentos de Immanuel Kant e Jean Piaget, consideravam que a “construção” indica o processo de criação mental de algo, incluindo conceitos, interpretações, análises e conclusão. Na teoria da Epistemologia genética, de Jean Piaget, a construção é lembrada como um indicador do papel ativo do sujeito na elaboração de

suas estruturas cognitivas (RYCHLAK, 1999; MAZZONI; CASTAÑON, 2014).

O segundo sentido do termo na área educacional, é baseado nos pensamentos de Lev Vygotsky, que defendia que a “construção” é o processo de associação de partes separadas para formação de algo, este processo se dá naturalmente dispensando a presença de um sujeito que constrói, é neste sentido que se enquadra o construtivismo social (RYCHLAK, 1999; CASTAÑON, 2007; 2015).

Além da educação, o construtivismo social é também comumente aplicado a outras áreas de conhecimento das ciências sociais e humanas (YOUNG; MULLER, 2016). Para Adler (1999) o construtivismo social não é somente uma teoria da política das relações internacionais que se opõe ao realismo e ao liberalismo. Este autor defende que ela é uma teoria social na qual as teorias construtivistas das políticas internacionais buscam explicações para guerras, cooperações e políticas internacionais.

É nesta conjuntura, que 1989, a partir da publicação de “*World of our making: rules and rule in social theory and international relations*”, por Nicholas Onuf, o construtivismo social passa a integrar as teorias das relações internacionais (NOGUEIRA; MESSARI, 2005; LOURETE, 2010).

A partir da inserção dos pensamentos do construtivismo social, cria-se um novo paradigma, para a teoria das relações internacionais, com capacidade de considerar o caráter político do sistema internacional (BARROS, 2006). Para Onuf (1989) a política internacional é mantida por meio de símbolos de poder, representados por recursos econômicos e militares, mantidos com base na heteronomia das relações internacionais, no qual cada Estado está sujeito a imposições de limites de condutas.

A partir dos pensamentos desse autor, o construtivismo social é entendido como a perspectiva, segundo o qual, o mundo material é formado pela interação humana, dependendo de interpretações normativas e epistêmicas deste mundo material. Os construtivistas acreditam que as ideias se caracterizam como conhecimentos coletivos, institucionalizados em forma de prática, com poder transformador e propulsor de ações sociais (ADLER, 1999).

Estas práticas, formadas do conhecimento coletivo, resultam da interação individual e coletiva, criando ações baseadas em ideias, crenças, julgamentos e interpretações pessoais. Neste contexto, o construtivismo social tem como principal objetivo “fornecer explicações tanto teóricas, quanto empíricas de instituições e mudanças sociais” (ADLER, 1999).

Waldrop (1992) utiliza uma metáfora para explicar a teoria do construtivismo social nas relações internacionais. Ele coloca que se uma pedra for arremessada ao ar, ela terá a resposta às forças físicas externas que agem sobre ela. No entanto, ao arremessar um pássaro ao ar, ele pode voar para uma árvore. Muito embora as forças físicas ajam tanto sobre o pássaro quanto sobre a pedra, uma série de processamentos internos de informações afetará o comportamento do pássaro.

Seguindo este pensamento, se um grupo de pessoas, de uma ou várias nações, metaforicamente forem arremessadas ao ar, para onde e por que elas vão para determinados lugares não dependerá inteiramente da força ou constrangimentos físicos ou de preferências pessoais ou escolhas racionais. Os movimentos serão direcionados a partir do conhecimento compartilhado e dos significados coletivos atribuídos a elas em outras determinadas situações (ADLER, 1999).

Assim, os construtivistas afirmam que a realidade não é estática, sendo socialmente construída através da interação social que é inerente de todos os processos sociais. Eles consideram ainda que a identidade dos atores sociais não é estável e sim constituída desse movimento social (CHRISTIANSEN; JORGENSEN; WIENER, 2001).

Além de Nicholas Onuf, outros autores representaram papel relevante para a construção do construtivismo social nas relações internacionais. Dentre os vários autores que defendem a teoria do construtivismo, o que mais se destacou foi Alexander Wendt, que é considerado um dos mais expressivos teóricos do construtivismo social relacionado às relações internacionais (CASTRO, 2012). Nesta tese foram utilizados os pressupostos do construtivismo social divulgados por Wendt (1992, 1994, 1999).

3.2.1 O Construtivismo Social de Alexandre Wendt

Este autor foi de extrema importância no início dos debates da teoria do construtivismo social relacionado às relações internacionais, em razão de ter fornecido os condicionantes sobre as etapas de construção da teoria do construtivismo social, marcada pela publicação do seu artigo “*Anarchy is What States Make of It: The Social Construction of Power Politics*”, em 1992 (WENDT, 1992; NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

O título da obra, “A anarquia é o que os Estados fazem dela”, retrata o que o autor sustenta sobre os sistemas internacionais. Wendt (1992) apresenta uma visão que a anarquia (sistema internacional) é um processo contínuo no qual os atores (Estados) adquirem identidades por

meio das inter-relações com a coletividade. Neste contexto, as estruturas são construídas e reconstruídas conforme os interesses da coletividade.

Partindo do pressuposto que as identidades adquiridas pelos Estados são mais importantes que seus interesses, conclui-se que o mundo é socialmente construído através de ideias e valores dos agentes que o constroem, moldando assim o sistema internacional (WENDT, 1992).

Em 1994, Wendt publica “*Collective Identity Formation and the International State*”, traduzida aqui livremente como “Formação da identidade coletiva e o Estado Internacional”. Nesta obra, ao descrever as identidades coletivas, Wendt (1994) apresenta o construtivismo social como uma teoria estrutural do sistema internacional com três afirmações centrais:

“[...] (1) os Estados são as principais unidades de análise para teoria política; (2) as principais estruturas no sistema de Estados são intersubjetivas, ao invés de materiais; e (3) identidades e interesses do Estado estão em importante parte, construída por essas estruturas sociais, em vez de dado exogenamente ao sistema por natureza humana ou política interna [...]” (WENDT, 1994).

Wendt (1994) sustenta o pensamento que através das interações, Estados podem formar identidades e interesses coletivos, e que apesar da maioria dessas identidades e interesses estar relacionadas com a sociedade doméstica, algumas podem se voltar para as sociedades internacionais. Sendo que, aquelas voltadas para os interesses internacionais podem ser amistosas (cooperativas) ou conflituosas, dependendo da identificação positiva que um Estado terá sobre o outro. Com isso, na ausência de identificação positiva, interesses serão definidos desconsiderando o outro (WENDT, 1994).

Apesar da importância das publicações anteriores, foi o livro “*Social Theory of International Politics*”, de 1999, que consagrou Wendt como um dos mais prestigiados membros do construtivismo social nas relações internacionais. Esta obra é considerada um dos principais trabalhos da disciplina de relações internacionais, devido à descrição da combinação de realismo científico, holismo e idealismo (KEOHANE, 2000).

Nesta obra, o autor provoca uma demolição das teorias das relações internacionais até então descritas, sugerindo que estas teorias nunca foram capazes de prever algo que já não estivesse em curso (CERVO, 2008).

Para o autor, o foco principal do construtivismo social está na construção social da política internacional. Seus ideais construtivistas estão baseados nos seguintes argumentos: que a realidade é “socialmente construída”; que as estruturas são definidas, principalmente por ideias compartilhadas, e não apenas por forças materiais; e que as identidades e os interesses dos atores são construídos por ideias compartilhadas (WENDT, 1999).

A afirmação de Wendt (1999) é que a adoção da ontologia do pós-positivismo, não afetam a posição epistemológica de outras teorias, no caso, as positivistas. Com esses pressupostos o construtivismo social, defendido por Wendt, passa a ser conhecido como “via media” ou “meio termo” (ADLER, 1999). Nesta linha de pensamento, o construtivismo social se encontra entre estas duas vertentes, ou seja, no meio termo, considerando os pressupostos materiais, subjetivos e intersubjetivos que interagem na formação de uma realidade social (WENDT, 1999).

Esta obra de Wendt foi duramente criticada por alguns de seus pares da disciplina das relações internacionais, pois ela apresenta um prisma diferente da ontologia relaciona aos sistemas internacionais e de Estado (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

A opção do construtivista social para amparar esta tese, se deve a sua abordagem sociológica, que a diferencia da maioria das teorias das relações internacionais. Já a escolha pelos pensamentos de Alexandre Wendt se deve, principalmente, pelos pressupostos defendidos pelo autor, que sugerem que agentes públicos e privados apresentam importante contribuição para a formação das identidades coletivas dos Estados e dos sistemas internacionais e para a compreensão das realidades sociais (WENDT, 1999).

Neste contexto, o construtivismo social permite a análise revigorada do processo de integração regional, possibilitando a compreensão de dinâmicas locais como parte de um processo mais amplo (SOUZA, 2014). Embora, neste referencial teórico se tenha visitado rapidamente as principais teorias das relações internacionais, entende-se que o construtivismo social, e os pensamentos de Alexandre Wendt, prioriza a participação ativa de atores não estatais nas construções sociais, estimulando a interação das comunidades e instituições e destacando seu papel social na formação das identidades coletivas do Estado.

É neste sentido que a teoria do construtivismo social e os pensamentos de Alexandre Wendt se mostram eficientes para responder ao fenômeno estudado nesta tese, pois o programa SIS-Fronteiras contemplou em sua primeira fase, a realização de diagnósticos das situações de saúde das regiões fronteiriças. Entretanto, apesar desta fase ter sido completada em algumas regiões, este diagnóstico não tem sido utilizado para avançar nas negociações de integração entre os países fronteiriços (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Ao se discutir integração em saúde entre fronteiras internacionais, imagina-se que o envolvimento dos atores sociais da região deva ser priorizado. Assim, as políticas públicas formalizadas devem ser adequadas à realidade na qual ela será aplicada, pois estas estruturas movimentarão a realidade da qual a comunidade local já se apropriou como sua realidade verdadeira.

O construtivismo social foi capaz de trazer elementos que elucidem sobre a formação das identidades coletivas já estabelecidas na região estudada, e que influenciam as decisões institucionais e a realidade local, incluindo as relações que favorecem os processos de integração.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo de caso que seguiu o percurso metodológico indicado por Yin (2015) na quinta edição do livro “Estudo de caso: planejamento e método”. O autor que ampara este método é formado em História pela *Harvard College* e doutor em Ciências Cerebrais e Cognitivas pelo *Massachusetts Institute of Technology* e é consagrado por sua expertise no método de estudo de caso.

No livro utilizado neste estudo, Yin (2015) especifica o que é, e como o estudo de caso pode ser utilizado em pesquisas de diversas disciplinas, trazendo ainda especificações de como deve ser o planejamento de um estudo dessa natureza. A partir dessa iniciação o autor descreve detalhadamente desde o processo de construção de um projeto de estudo de caso até o desenvolvimento do produto final da pesquisa, tratado por ele como relatório do caso, passando pelas fontes de evidências, testes de qualidade do estudo, preparação e coleta de dados e análise das evidências.

Para Yin (2015) O estudo de caso poderá ter abordagens qualitativas ou quantitativas, podendo ser entendido como “um estudo que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em um contexto de mundo real”. Para o autor, este tipo de estudo comporta duas partes, cuja primeira é o escopo do estudo de caso:

“[...] O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de um mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não puderem ser claramente evidentes [...]” (YIN, 2015, p. 17).

E a segunda, compreendida como as características de um estudo de caso, que é definido como:

“[...] a investigação de estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, e com os dados precisando convergir de forma triangular, e com outro resultado beneficia-se do desenvolvimento

anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e análise de dados [...]” (YIN, 2015, p. 18).

Esta definição em duas partes mostra que o estudo de caso é um método de pesquisa abrangente que engloba a lógica do projeto, as técnicas de coleta e análise de dados (YIN, 2015). Assim, o autor preencheu totalmente as necessidades da condução deste estudo, desde a construção do projeto até a escolha das técnicas de análise das evidências. Dito isto, passaremos a descrever o detalhamento do método adotado em cada uma das fases do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é um estudo de caso único, integrado, explicativo com abordagem qualitativa. O estudo de caso pode ser único ou de múltiplos casos, sendo único quando é organizado em torno de um único caso, o qual é escolhido por ser um caso importante, comum, peculiar, revelador ou longitudinal. Neste contexto, este estudo de caso é único por amparar a peculiaridade do fenômeno investigado, integrado, por envolver unidades de análise em mais de um nível, com atenção do caso dirigida a quatro subunidades de saúde do município estudado e é explicativo, pois tem o objetivo de explicar como e porque o fenômeno ocorre.

Os estudos de caso utilizam quatro testes de qualidade, sendo estes: validade do constructo; validade interna; validade externa; e confiabilidade. Neste estudo de caso, foram adotados os testes de validade e confiabilidade para garantia a qualidade do estudo. Assim foram utilizados: 1) validade do constructo, que tem a intenção de garantir a precisão com a qual as medidas do estudo refletem os conceitos estudados; 2) validade interna, que demonstra a força da ligação de causa-efeito; 3) validade externa, que avalia se as descobertas do estudo podem ser generalizadas analiticamente para outras situações; e 4) confiabilidade, que demonstra a repetibilidade dos procedimentos utilizados no estudo. Durante a descrição do método será possível identificar a aplicação de tais testes e no Apêndice A são apresentadas as táticas empregadas e ações desenvolvidas para garantia da qualidade do estudo.

4.2 PROPOSIÇÕES TEÓRICAS

As proposições teóricas em um estudo de caso direcionam a atenção para algo que deve ser examinado dentro do escopo do estudo.

Sendo possível afirmar que, apenas se o pesquisador for forçado a estabelecer uma proposição, ele seguirá na direção correta. Baseados nesta referência e na problematização descrita na introdução, foram estabelecidas as seguintes proposições:

1. A atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga/AM ocorre de forma desordenada, desconsiderando as ações de integração entre Brasil, Colômbia e Peru, previstas no SIS-Fronteiras;
2. As estratégias de integração regional em saúde entre municípios da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, acontecem através de acordos informais estabelecidos entre governos municipais e/ou por contatos diretos entre secretarias ou profissionais de saúde dos três municípios limítrofes;
3. As ações de promoção da integração de saúde entre os países da tríplice fronteira Amazônica, previstas no SIS-Fronteiras, e aderidas pelo município de Tabatinga em 2006, não avançaram de maneira satisfatória na região.

4.3 UNIDADE DE ANÁLISE - CASO

Para compor o “caso” estudado, foram considerados dois passos distintos conforme descritos a seguir.

4.3.1 Definição do caso

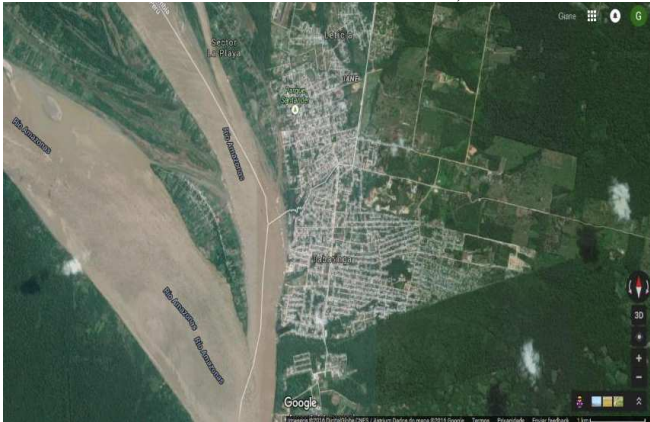
Neste estudo, “o caso” foi o município de Tabatinga, localizado no limite da região Norte do Brasil, no Estado do Amazonas, avaliado no contexto da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Tabatinga está situada à margem esquerda do Rio Solimões, na microrregião do Alto Solimões. Este município se tornou o caso, neste estudo, por fazer fronteira seca com o município de Letícia, situado no extremo sul do Departamento de Amazonas da Colômbia, e com a Ilha de Santa Rosa do *Yavari*, localizada no *Rio Marañon* (denominado Rio Solimões no Brasil e Amazonas na Colômbia), província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru (Mapa 1).

Como unidades integradas de análise foram avaliadas quatro serviços de saúde que realizam atendimento a estrangeiros no município de Tabatinga, sendo dois serviços de saúde de atendimento a atenção primária (Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dídimo Pires de Oliveira e Santa Rosa); um serviço de saúde de complexidade

intermediária (Unidade de Pronto Atendimento – UPA) e um hospital especializado (Maternidade Celina Villacrez Ruiz).

As unidades integradas de Análise, o caso e contexto estudado estão representados conforme figura 3.

Mapa 1 - Tríplice Fronteira Amazônica, que compreende Brasil (Tabatinga/Amazonas), Colômbia (Letícia/Departamento do Amazonas) e Peru (Ilha de Santa Rosa/Mariscal Ramón Castilla/Loreto).



Fonte: Google Maps. Imagens©2016 DigitalGlobe.CNES/ Austrium. Dados do mapa©2016 google

Figura 3 - Unidades integradas de análise, caso e contexto do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional.



Fonte: Elaborada pela autora

4.3.2 Delimitação do caso

Neste estudo, o caso foi delimitado por:

1. Entrevistas com gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), sendo este: Secretário de saúde do estado do Amazonas; Coordenador (a) da secretaria executiva adjunta de atenção especializada do interior da Secretaria de estado de saúde do Amazonas; Coordenador da Comissão Intergestora Regional do Alto Solimões/Amazonas (CIR/ASOL/AM); Coordenador (a) da UPA de Tabatinga e da Maternidade Celina Villacrez Ruiz de Tabatinga; e Presidente da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas;
2. Entrevistas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga/AM (SEMSA/TBT), sendo estes: Secretário (a) municipal de saúde de Tabatinga; Presidente do conselho Municipal de saúde de Tabatinga; Coordenador (a) de atenção básica do município de Tabatinga; Coordenador (a) da UBSF Dídimo Pires de Oliveira;
3. Documentos emitidos pelo Ministério da Saúde e secretarias;
4. Documentos emitidos pela Comissão Intergestores Bipartite de Estado de Amazonas (CIB/AM);
5. Documentos emitidos pela CIR/ASOL/AM, SEMSA/TBT;
6. Documentos emitidos pelo Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga (CMS/TBT);
7. Observação direta na UBSF Dídimo Pires de Oliveira;
8. Observação direta na UBSF Santa Rosa;
9. Observação direta na UPA de Tabatinga;
10. Observação direta na Maternidade Celina Villacrez Ruiz de Tabatinga.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos, neste estudo, documentos produzidos entre os anos de 2005 e 2017. Este recorte temporal foi estabelecido, considerando a implantação do programa SIS-Fronteiras (BRASIL, 2005). Foram considerados os documentos emitidos pelo Ministério da Saúde e secretarias, pela CIB/AM, CIR/ASOL/AM, SEMSA/TBT e CMS/TBT. Sendo estes:

1. Atos Administrativos, Consulta publica, Decretos, Decretos-Lei, Instruções Normativas, Leis, Normas Técnicas, Portarias e Resoluções emitidos pelo Ministério da Saúde e suas secretarias que

tratam dos temas de atenção à saúde de estrangeiros no Brasil e Integração de saúde entre Brasil e/ou Colômbia e/ou Peru.

2. Atas de Reuniões e Resoluções emitidas pela CIB/AM, CIR/ASOL/AM que tratam dos temas atenção à saúde de estrangeiros no Município de Tabatinga/AM e integração em saúde entre Brasil e/ou Colômbia e/ou Peru ou entre a Secretaria de Estado do Amazonas, Brasil e/ou Secretaria de Saúde do Departamento do Amazonas, Colômbia e/ou Secretaria de Saúde do Departamento de Loreto, Peru.
3. Atas de Reuniões, Ofícios, Resoluções e outros documentos oficiais emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga ou que tratam dos temas atenção a Saúde de estrangeiros no Município de Tabatinga e acordos em saúde entre os municípios de Tabatinga/AM/Brasil e ou Letícia/AM/Colômbia e ou Ilha de Santa Rosa/Loreto/Peru.

Foi critério de inclusão, para entrevistas, gestores da SUSAM e da Secretaria de saúde do Município de Tabatinga/AM que possam ter participação de decisão em processos de favorecimento de políticas de integração em saúde entre os países da tríplice fronteira amazônica compreendida por Brasil, Colômbia e Peru e gestores de saúde do município de Tabatinga que fazem atendimento a pacientes estrangeiros, conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2 - Gestores incluídos nas entrevistas do estudo de caso Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional.

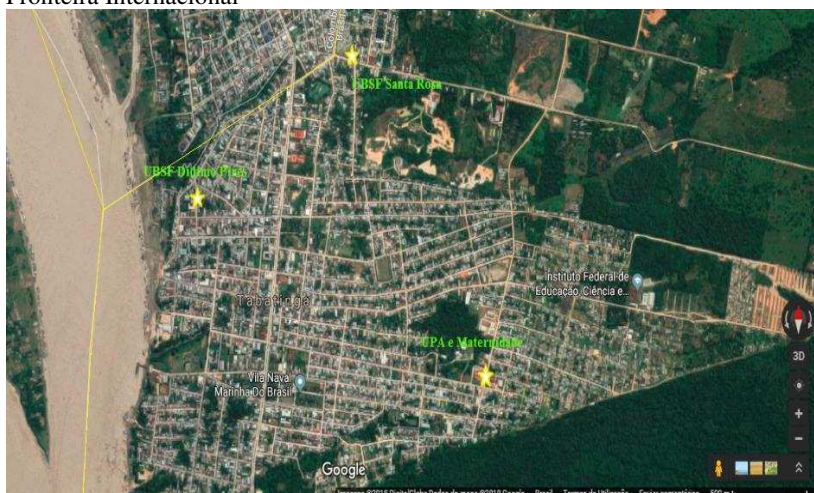
| | |
|------------------|--|
| Gestor Estadual | Secretário de Estado de Saúde do Amazonas; Coordenador (a) da secretaria executiva adjunta de atenção especializada do interior da Secretaria de estado de saúde do Amazonas; Coordenador (a) da Comissão Intergestora Regional do Alto Solimões/Amazonas; Coordenador (a) da UPA de Tabatinga; Diretor (a) da Maternidade Celina Villacrez Ruiz de Tabatinga Diretor da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado de Amazonas. |
| Gestor Municipal | Secretário (a) municipal de saúde de Tabatinga; Presidente do CMS/TBT; Coordenador (a) de atenção básica do município de Tabatinga; |

| | |
|--|---|
| | Coordenador (a) da UBSF Dídimo Pires de Oliveira. |
|--|---|

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto às observações diretas foram incluídas neste estudo a UBSF Dídimo Pires de Oliveira e a UBSF Santa Rosa, que tem como unidade gestora a Secretaria Municipal de Tabatinga. Estas UBSF foram escolhidas por sua localização, pois as duas ficam próximas as fronteiras com o Peru e com a Colômbia, conforme pode ser verificado no mapa 2. Outros serviços saúde incluídos na observação foram a UPA de Tabatinga e a Maternidade Celina Villacrez Ruiz, ambos os serviços situados no município de Tabatinga e que tem como unidade gestora a SUSAM. Estes dois serviços foram escolhidos por serem as unidades de referência no atendimento de urgência e emergência e partos de baixo risco do município (mapa 2).

Mapa 2 - Localização das Unidades Integradas de Análises, onde ocorreram observações não participativas do Estudo de Caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional



Fonte: *Google Maps. Imagens©2018 DigitalGlobe.CNES/ Airbus. DigitalGlobe.* Adaptado pela autora.

4.4.2 Critérios de Exclusão

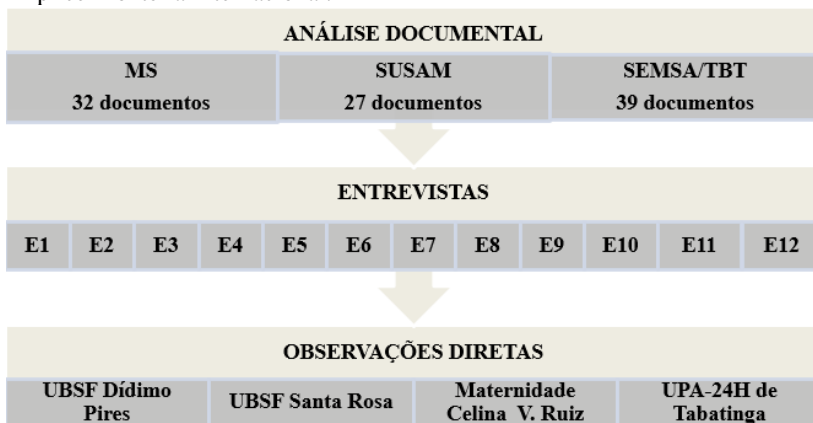
Foram excluídos da análise os documentos que apresentaram condições ilegíveis ou estavam incompletos, ou que não continham a procedência e os que não apresentavam credibilidade quanto ao conteúdo escrito em relação ao tema proposto. Para as entrevistas foram excluídos os gestores afastados de suas funções por licença para tratamento médico ou outra.

4.5 COLETA DE DADOS

O uso de múltiplas fontes de evidências na pesquisa de estudo de caso permite que o pesquisador aborde uma variação maior de aspectos históricos e comportamentais.

Neste estudo de caso, para garantia da validade do constructo, foram obtidas evidências através de três fontes de dados de forma encadeada, seguindo a sequência: análise documental; entrevistas; e observações diretas, conforme Figura 4. Já para assegurar a confiabilidade, foi desenvolvido ainda na fase do projeto, um protocolo de estudo de caso, que guiou todas as fases da coleta de dados.

Figura 4 - Encadeamento da coleta de dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional.



Fonte: Elaborado pela autora

4.5.1 Análise documental

A primeira fonte de dados coletada foi a documental, dados estes que contribuíram para evidenciar a existência de estratégias ou acordos que pudessem favorecer a integração entre Brasil, Colômbia e Peru ou ainda a existência de atenção à saúde a estrangeiros no município estudado.

A coleta de dados documentais foi realizada nos *websites* oficiais da SUSAM (www.saude.am.gov.br), onde foram levantadas atas de reuniões e resoluções emitidas pela CIB/AM e CIR/ASOL/AM e do Ministério da Saúde (portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm), onde foram recolhidos Atos Administrativos, Consulta publica, Decretos, Decretos-Lei, Instruções Normativas, Leis, Normas Técnicas, Portarias e Resoluções emitidos pelo Ministério da Saúde e suas secretarias.

A coleta de documentos nos *websites* do Ministério da Saúde, SUSAM e na SEMSA/TBT aconteceram em dois momentos, o primeiro momento aconteceu nos meses de março e abril de 2017, quando foram levantados dados referentes aos anos de 2005 a 2016, o segundo momento aconteceu em janeiro de 2018 quando foram coletados os dados do ano de 2017. O número de documentos encontrados em cada órgão pode ser visualizado na figura 5.

No Município de Tabatinga os documentos foram coletados diretamente no arquivo físico da SEMSA/TBT e CMS/TBT, onde foram levantados ofícios, cartas, telegramas, resoluções, portarias, leis, atas de reuniões do CMS/TBT e outros documentos que atestassem a existência ou a necessidade de acordos formais ou informais entre governos federais, estaduais ou municipais ou entre secretarias de saúde ou instituições de saúde dos três países e/ou a existência de atendimento à estrangeiros pelos serviços de saúde do município de Tabatinga.

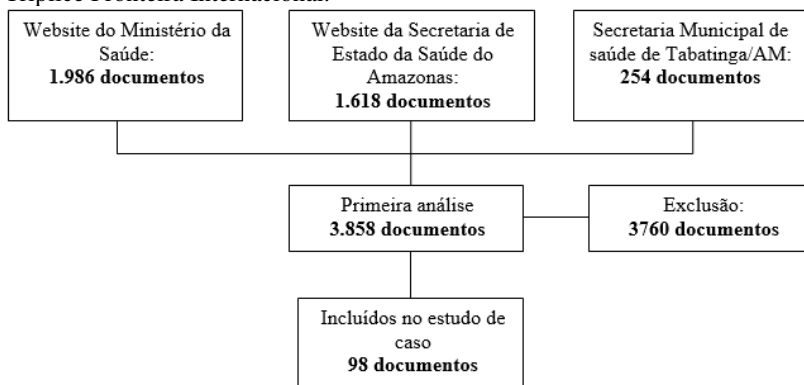
A maioria dos documentos arquivados na SEMSA/TBT se encontrava no setor de arquivo morto. Neste sistema de arquivamento foi possível encontrar documentos relativos aos anos de 2010 a 2017, não sendo encontrados os arquivos dos anos de 2005 a 2009.

A coleta de dados documental a partir destas ferramentas e arquivos gerou um montante de 3.858 documentos que foram avaliados quanto a sua relevância em relação ao tema proposto. A partir dessa primeira análise foram excluídos 3760 documentos, criando-se assim o banco de dados documental, composto por 98 documentos conforme pode ser verificado na figura 5.

Dos documentos incluídos no estudo de caso, foram extraídos dados pertinentes ao tema, o que permitiu encontrar similaridades, relações e diferenças dos aspectos analisados com o fenômeno estudado.

Os dados desses documentos foram registrados em instrumento elaborado pelas pesquisadoras (apêndice B) constando: Data de emissão do documento; órgão emissor do documento; destino do documento; tipo (ofícios, cartas, telegramas, Resoluções, Portarias, Leis, Atas ou outros tipos) número do documento; constatação no documento de ações de saúde que identifiquem o favorecimento de acordos ou de integração entre países da tríplice fronteira internacional e país ou países com o qual foram realizados de acordos de integração entre países da tríplice fronteira internacional; motivação de um ou mais dos países que levou a ações de saúde a serem desenvolvidas ou a necessidade de desenvolvimento de ações de integração entre os países; ações que caracterizem a atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga.

Figura 5 - Fluxograma de análise documental do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional.



Fonte: Elaborado pela autora

4.5.2 Entrevistas

A segunda fonte de dados foram entrevistas com os gestores de saúde da SEMSA/TBT e SUSAM. A entrevista é uma das mais importantes fontes de informação para o estudo de caso. Neste tipo de pesquisa, as entrevistas devem ser lembradas como conversas guiadas e não investigações estruturadas, podendo ser de três tipos: entrevista

prolongada de estudo de caso; entrevista curta de estudo de caso; e entrevista de levantamento de estudo de caso (YIN, 2015).

As entrevistas com os gestores foram do tipo “entrevista curtas de estudo de caso”, com duração em média de 60 minutos, as quais foram conduzidas individualmente entre a pesquisadora e o gestor entrevistado, seguindo o protocolo do estudo de caso.

Foi criada uma agenda de entrevistas, na qual, antecipadamente, a pesquisadora entrou em contato com o gestor e marcou a entrevista, conforme a disponibilidade de horário e local de escolha do participante. Apesar deste agendamento, o participante foi estimulado a atender a pesquisadora em seu ambiente de trabalho cotidiano, nas suas situações de dia a dia, na tentativa de ao máximo integrar a realidade vivenciada pelo gestor à coleta de dados. O intuito de se realizar este tipo de entrevista é a necessidade de serem reconhecidas nas falas dos gestores quais as características e as estratégias governamentais de integração de atenção de saúde a estrangeiros em Tabatinga.

As entrevistas aconteceram entre os meses de maio a novembro de 2017. Foram entrevistados primeiramente os gestores de saúde do Município de Tabatinga, na tentativa de se entender o fenômeno investigado localmente. Terminada as entrevistas em Tabatinga e já em posse de informações relevantes sobre o fenômeno, foram iniciadas as entrevistas com os gestores da SUSAM. A partir dessas entrevistas surgiram dois informantes-chave fundamentais para o entendimento desse fenômeno, sendo estes: o presidente da Fundação de Vigilância em saúde do Estado do Amazonas e o Cônsul do Peru na Colômbia.

Os informantes-chave são essenciais para o estudo de caso, pois podem proporcionar “*insights*” sobre o assunto pesquisado e também acesso a outros entrevistados que podem ter outras evidências corroborantes ou opostas. Outras duas entrevistas que se fizeram necessárias além das previstas no protocolo de estudo de caso, foram: uma segunda entrevista com o Secretário de Saúde do Município de Tabatinga e uma entrevista com a nova Coordenadora de Atenção Básica do Município de Tabatinga, que assumiu o cargo durante a coleta de dados.

Para as entrevistas, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, conforme apresentado no apêndice C, com o intuito de manter o direcionamento do pesquisador. Neste roteiro conta com quatro questões, a saber: 1. Como o SIS-Fronteiras contribuiu ou contribui para as questões de atenção a saúde à estrangeiros no município de Tabatinga? 2. Como o Sr (a) definiria a atenção à saúde aos estrangeiros que procuram por atendimento no município de

Tabatinga? 3. O Sr (a) adota alguma estratégia para enfretamento da demanda de atendimento à estrangeiros neste serviço ou no município? Quais são essas estratégias? 4. É de seu conhecimento a existência de estratégias ou acordos formais ou informais que contribuam para o favorecimento da integração em saúde entre Tabatinga/Brasil, Letícia/Colômbia e Ilha de Santa Rosa/Peru?

Com autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio utilizando o Gravador de Voz Digital Zoom® H2n Handy Recorder. As falas dos áudios foram transcritas para roteiro de entrevista semiestruturada, onde constam além das questões citadas no parágrafo anterior, os seguintes dados: Data da entrevista; nome do participante; órgão ou unidade do qual é gestor; profissão; tempo que exerce o cargo de gestor; local da entrevista; transcrição da entrevista; observações em relação à entrevista.

Antes das entrevistas, a pesquisadora apresentou aos entrevistados, carta de apresentação, onde constam o nome e números de documento dos pesquisadores responsáveis, tema, objetivo da pesquisa e justificativa da pesquisa e o termo de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSC (anexo A), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5.3 Observações diretas

A terceira fonte de dados neste estudo foram observações diretas, que foram úteis para proporcionar informações adicionais sobre o tema estudado. Estas observações podem ir de coleta de dados formais às informais, sendo as formais desenvolvidas através de instrumentos integrante do protocolo de estudo de caso. Neste estudo as observações foram do tipo “observação direta” com coleta de dados formal (YIN, 2015). Para realização das observações foi utilizado roteiro, estruturado pelas pesquisadoras (Apêndice D), para direcionamento das observações, constando: Data da observação; horário de início e término da observação; local da observação; evento observado; participantes do evento que foram observados; fatos no evento que poderiam estar relacionados a atenção a saúde de estrangeiros; Ações ou situações que demonstrassem a existência ou necessidade da existência de acordos de integração em saúde entre os países da tríplice fronteira.

As observações aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2017, sendo que elas foram previamente agendadas com os gestores das unidades de saúde constante no protocolo. As observações aconteceram em duas UBSF, uma Unidade de Pronto Atendimento e

uma maternidade. O primeiro serviço observado foi a UBSF Dídimo Pires de Oliveira, com duração de nove horas. O segundo serviço observado foi a Unidade de Pronto Atendimento, que aconteceu em dois dias consecutivos, com duração total de 15 horas. O terceiro foi a maternidade Celina Villacrez Ruiz, com duração de 5 horas de observação. A última unidade observada foi a UBSF Santa Rosa, com duração de 5 horas.

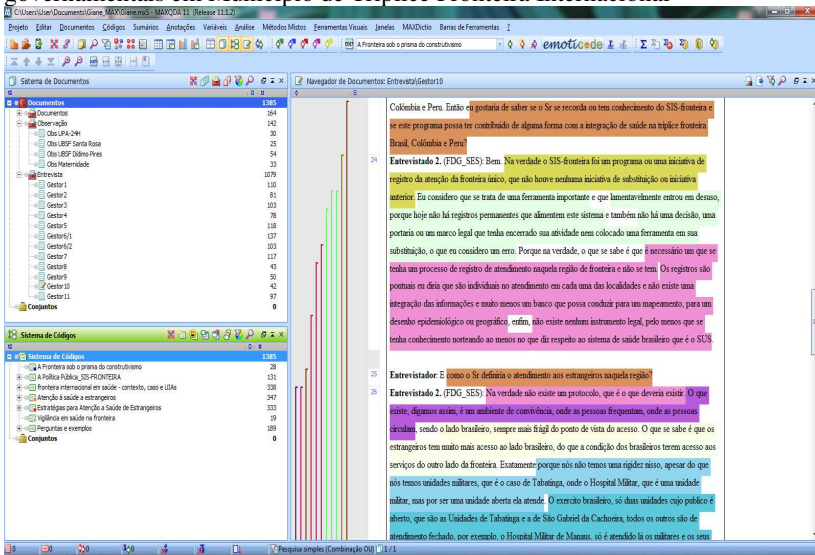
Antes de se iniciar a observação a pesquisadora se apresentou a pessoa responsável pelo serviço ou ao gestor, através de carta de apresentação (apêndice E), onde constam o nome e números de documento dos pesquisadores responsáveis, tema, objetivo da pesquisa e justificativa da pesquisa, bem como o termo de aprovação da pesquisa no CEP (anexo A).

4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e codificados com auxílio de *software* MaxQDA12[®], licenciado para uso do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC). Este *software* é dos muitos programas disponíveis para pesquisas qualitativas, tais como *Atlas.ti*, *NVivo* e *Dedoose*, que possibilita acomodar vários formatos de dados como textos, gráficos, vídeos e áudio de forma integrada formando um conjunto de dados capaz de fornecer uma base de evidências fundamentada em dados (OSWALD, 2017).

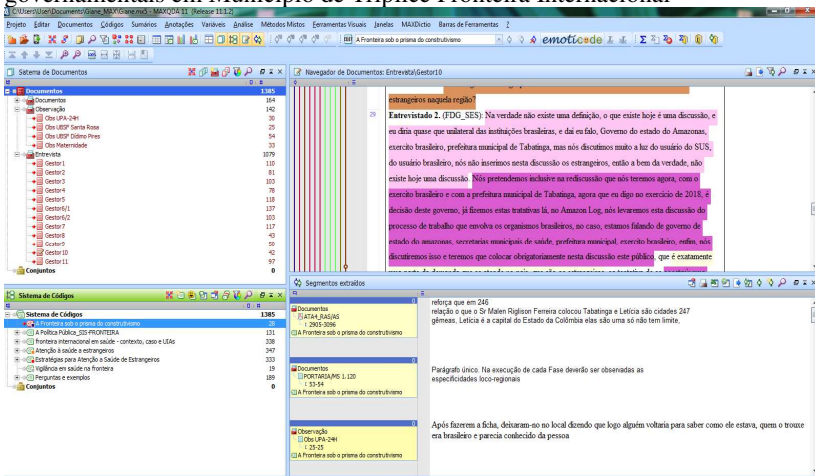
Na primeira fase os dados foram exportados para o *software* criando-se três pastas denominadas: “documentos”, “entrevistas” e “observações”. Na segunda fase foram criadas sete pré-categorizações: A fronteira sob o prisma do construtivismo social; A política Pública_SIS-Fronteiras; A fronteira internacional de saúde (Contexto, caso e unidades integradas de análise); Atenção à saúde de estrangeiros; Estratégias para a atenção à saúde de estrangeiros; Vigilância em saúde na fronteira; e perguntas e exemplos. Nestas categorias foram criadas 17 códigos e 60 subcódigos, que permitiram a categorização de 1.382 codificações (figura 6). A partir das codificações foram produzidos relatórios das pré-categorizações, códigos e subcódigos, o que permitiu a análise das evidências separadamente e recombinadas entre si. Conforme pode ser verificado nas Figuras 7 e 8.

Figura 6 - Sistema de codificações pelo *software* MaxQDA12[®] dos dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional



Fonte: *software* MaxQDA12[®], adaptado pela autora

Figura 7 - Sistema de análise das codificações pelo *software* MaxQDA12[®] dos dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional



Fonte: *software* MaxQDA12[®], adaptado pela autora

Figura 8 - Relatório das análises dos dados do estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional, gerado pelo *software* MaxQDA12®.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|----------------------|------------------------------|--------|------|---|-------|---------------------|--------------|---|----|----|----|----|----|----|
| Comentário | Código | Início | Fim | Segmento | Autor | Data de criação | Grupo de doc | | | | | | | |
| Documentos\atendimen | Atenção à saúde a estrangeir | 241 | 324 | Consolidado e-SUSAB por equipe IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO - NACIONALIDADE | Giane | 17/04/2018 13:51:00 | Documentos | | | | | | | |
| Documentos\atendimen | Atenção à saúde a estrangeir | 97 | 360 | | Giane | 17/04/2018 14:07:00 | Documentos | | | | | | | |
| Documentos\atendimen | Atenção à saúde a estrangeir | 134 | 359 | | Giane | 17/04/2018 14:11:00 | Documentos | | | | | | | |
| Documentos\DOC_SEN | Atenção à saúde a estrangeir | 52 | 498 | | Giane | 17/04/2018 14:28:00 | Documentos | | | | | | | |
| Documentos\ATA_BAS | Atenção à saúde a estrangeir | 2664 | 2793 | por ser uma região de Fronteira 30 Internacional, onde existe uma população flutuante, que utilizam os nossos 31 serviços | Giane | 17/04/2018 15:59:00 | Documentos | | | | | | | |
| Observação\Obs UBSEF | Atenção à saúde a estrangeir | 48 | 45 | Apresentei para conversar com a recepcionista que estava organizando as fichas das quem havia sido atendido naquela manhã. Ela me relatou que diariamente eles atendem (médico e enfermeiro) mais de 10 estrangeiros, fora os que são vem para vacinar para utilizar e pedir resste. | Giane | 19/04/2018 14:44:00 | Observação | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 25 | 25 | Tabatinga não deixou de atender e nem vai deixar de atender os estrangeiros, se hoje nós contarmos a população de Tabatinga ela alcança 60 mil habitantes, mas Giane se fôrmos colocar a população estrangeira que não está contabilizada no Censo nós estamos fazendo em torno de 140 a 180 mil atendimentos anuais, e muitos desses atendimentos estão direcionados a estrangeiros. | Giane | 11/04/2018 14:51:00 | Entrevista | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 25 | 25 | hoje no Brasil todos têm sido atendidos, igual ao povo brasileiro, eles têm os mesmos direitos ao atendimento, hoje não muda porque é estrangeiro, não atende | Giane | 11/04/2018 15:26:00 | Entrevista | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 25 | 25 | É feito o atendimento, se necessário são feitos procedimentos, com encaminhamentos, vão ser encaminhado para as unidades onde exista a condição de se realizar o atendimento. | Giane | 11/04/2018 15:29:00 | Entrevista | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 25 | 25 | peruanos e colombianos, então se hoje nós fôrmos verificar a quantidade de atendimento a estas pessoas é uma quantidade absurda | Giane | 11/04/2018 15:38:00 | Entrevista | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 37 | 37 | isso é uma das coisas que nós temos acompanhado, eu nunca vi nenhum obstáculo em o município atender essas pessoas. | Giane | 11/04/2018 15:56:00 | Entrevista | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 39 | 39 | eu não vejo nenhum entrave em se realizar este atendimento. | Giane | 11/04/2018 15:59:00 | Entrevista | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 59 | 59 | se o consórcio está sabendo que aquilo ali está sendo realizado em prol daquela comunidade e aquela comunidade está aqui, agradeço ao município de Tabatinga e a maioria é estrangeira, infelizmente vai ter que ser feito, porque ela faz parte | Giane | 11/04/2018 16:31:00 | Entrevista | | | | | | | |
| Entrevista\Gestor1 | Atenção à saúde a estrangeir | 61 | 61 | O que eu quero garantir é que nós do conselho queremos transparência e de que | Giane | 11/04/2018 16:34:00 | Entrevista | | | | | | | |

Fonte: *software* MaxQDA12®, adaptado pela autora

A análise dos dados consiste no exame, na categorização, na tabulação, no teste ou nas evidências recombinadas, para produzir descobertas baseadas em empirismo. Estas análises devem procurar padrões, *insights* e conceitos promissores, tendo por objetivo a definição das prioridades sobre o que analisar e o motivo para analisá-los. Neste estudo, utilizamos as proposições teóricas como estratégia analítica e a construção de explicação como técnica de análise das evidências. A estratégia analítica a partir das proposições teóricas foi utilizada, no sentido delas terem levado ao estudo de caso, que refletiram nas questões de pesquisa que, por conseguinte deu forma ao plano de coleta de dados e origem as prioridades analíticas (YIN, 2015).

Neste contexto, a utilização das proposições teóricas como estratégia analítica ajudou na organização da análise, apontado as condições relevantes a serem descritas e as explicações a serem examinadas. Quanto à técnica de análise, a construção da explicação teve por objetivo analisar os dados do estudo de caso construindo uma explicação para o fenômeno estudado.

A partir das técnicas de análises adotadas e a fim de garantir a validade interna do estudo de caso, adotou-se a criação de explicações

para o fenômeno estudado, criando-se assim uma linha explicativa, que parte das proposições teóricas propostas, passando pelas questões e objetivos da pesquisa, chegando às explicações para cada proposição, a partir das evidências levantadas. Estas explicações são apresentadas na forma do relatório do caso e de três manuscritos, conforme pode ser visualizado no quadro 3.

Quadro 3 - Construção de explicações para o estudo de caso: Atenção a Saúde de Estrangeiros no Brasil: Estratégias governamentais em Município de Tríplice Fronteira Internacional

| Proposições teóricas - Estratégia analítica | Questões de pesquisa | Objetivos | Construção de explicações - Técnica de análise das evidências |
|--|--|---|--|
| A atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga/AM ocorre de forma desordenada, desconsiderando as ações de integração entre Brasil, Colômbia e Peru, previstas no SIS-Fronteiras. | Como ocorre a atenção a atenção à saúde de estrangeiros que utilizam os serviços de saúde de Tabatinga, município da tríplice fronteira internacional Amazônica, compreendida por Brasil, Colômbia e Peru? | Explicar as características da atenção à saúde de estrangeiros nos serviços de saúde do município de Tabatinga. | MANUSCRITO 1: A atenção à saúde de estrangeiros na Tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. |
| As estratégias de integração regional em saúde entre municípios da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, acontecem através de acordos informais estabelecidos | Como se definem e se mantêm as estratégias do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras entre os países da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru? | Identificar as estratégias estabelecidas no município de Tabatinga e no Estado do Amazonas, para o favorecimento da integração em saúde | MANUSCRITO 2: Estratégias governamentais para integração transfronteiriça em saúde: um estudo de caso na tríplice fronteira internacional Amazônica |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>entre governos municipais e/ou por contatos diretos entre secretárias ou profissionais de saúdes dos três municípios limítrofes.</p> | | <p>entre os países da tríplice fronteira Amazônica.</p> | |
| <p>As ações de promoção da integração de saúde entre os países da tríplice fronteira Amazônica, previstas no SIS-Fronteiras, e aderidas pelo município de Tabatinga em 2006, não avançaram de maneira satisfatória na região</p> | | <p>Analisar a manutenção e a permanência das estratégias de integração em saúde em Tabatinga.</p> | <p>MANUSCRITO 3 Saúde na fronteira: uma leitura do SIS-Fronteiras à luz do construtivismo social</p> |

Fonte: Elaborado pela autora.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo atendeu as recomendações contidas na Resolução nº 466/2012

(BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Para obtermos aprovação primeiramente solicitamos anuência para realização do estudo para SUSAM, SEMSA/TBT, CMS/TBT, direção da UPA de Tabatinga e Direção da Maternidade Celina Villacrez Ruiz. Nestas solicitações, foram requeridas autorizações para coleta de dados documentais, entrevistas e observações. Após as devidas autorizações o projeto foi cadastrado na plataforma Brasil, que é o sistema oficial de cadastro de pesquisa para análise e monitoramento do CONEP, com referência à Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado em 04 de maio de 2017, com parecer substanciado n° 2.047.137 (Anexo A).

Na ocasião das entrevistas, os participantes foram informados sobre aos preceitos da resolução n° 466/2012 do CNS/MS (BRASIL, 2012), tendo sido expostos os objetivos da pesquisa, quais os riscos e benefícios da participação na pesquisa, bem como que sua participação seria voluntária e que o mesmo poderia solicitar a retirada de sua participação durante todo período que o estudo estiver em desenvolvimento, sendo que para isso foi disponibilizado os contatos telefônicos, institucionais, e *e-mail* dos pesquisadores responsáveis. Aos participantes, foi apresentado ainda o TCLE (apêndice F).

Informamos que profissionais de saúde e usuários não participantes da pesquisa não foram abordados para solicitar autorização por TCLE, uma vez que estes não eram participantes diretos desta pesquisa, sendo alvo de observação, o evento ou fenômeno relacionado ao tema. Foi resguardada qualquer identificação de pessoas e garantido o sigilo e a guarda de documentos recolhidos.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas etapas: na primeira, em cumprimento ao percurso metodológico adotado, será apresentado o relatório do caso (YIN, 2015); na segunda etapa será seguida a determinação do Art. 3 da Instrução Normativa n. 01/2016 PEN/UFSC, que prevê os resultados apresentados em forma de três manuscritos/artigos.

Os três manuscritos apresentados representam as proposições teóricas, que deram formato as questões de pesquisa, e explicam os objetivos propostos.

5.1 RELATÓRIO DO CASO

Segundo Yin (2015) o relatório do caso tem por objetivo compartilhar conclusões, trazendo resultados e constatações de encerramento. Assim, este relatório retrata o contexto e o caso, ou seja, a tríplice fronteira e o município de Tabatinga, Estado do Amazonas na perspectiva do fenômeno estudado.

5.1.1 O contexto da Tríplice Fronteira Amazônica Brasil, Colômbia e Peru.

A faixa de fronteira brasileira apresenta uma extensão de 150 km, dividida em três arcos, denominados de arco sul, central e norte e que fazem fronteira entre com dez países da América do Sul, 11 Estados e 588 municípios brasileiros. O arco norte é dividido em seis sub-regiões que abrange os Estados do Amapá, do Pará, de Roraima, do Amazonas e Acre. A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, o qual se trata o contexto desse estudo, pertence a sub-região IV, e é considerada uma localização estratégica na faixa de fronteira nacional, pois representa um importante corredor de integração Sul Americana, composta pelos três maiores países amazônicos (BRASIL, 2009).

A linha de fronteira entre os três países é composta pelo município de Tabatinga, Estado do Amazonas, Brasil, que faz fronteira úmida, através do rio Solimões, com a Ilha de Santa Rosa do *Yavarí*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, Peru e fronteira seca com o município de Letícia, capital do Departamento de Amazonas, Colômbia.

Os limites da fronteira internacional entre estes os três países foram formalizados através dos tratados de Bogotá, em 1907, que

estabeleceu os limites dos territórios do Brasil e Colômbia e de *Lozano-Salomón* de 1922, que estabeleceu os limites entre Colômbia e Peru (VARGAS, 2017). Contudo, os limites fronteiriços entre os três países, só foi definido a partir de 1980, quando os municípios de Tabatinga e Letícia se fixaram como cidades-gêmeas e Tabatinga recebeu emancipação de Benjamin-Constant em 1983 (IBGE, 1984) e a segunda foi elevada a Capital do Departamento de Amazonas em 1991 (EUZÉBIO, 2014a).

Os três países que compõem esta tríplice fronteira, apresentam similaridades e diferenças, pois os três são considerados países em desenvolvimento, porém somente o Brasil garante acesso universal a saúde de seus cidadãos. De um lado encontra-se o Brasil, país com extensão territorial mais de 8.500.000,00 de km², população de mais de 190 milhões de habitantes, produto interno bruto (PIB) per capita no ano de 2017 foi de 9.689 dólares e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754. A esperança de vida ao nascer do brasileiro é de 75 anos, e as taxas de natalidade e mortalidade são de 14,16 e 6,08 por mil habitantes, respectivamente. Quanta as taxas de mortalidade infantil o Brasil, apresentou nos últimos anos um decréscimo de 29,02 em 2000 para 13,83 por mil nascidos vivos em 2015 (IBGE, 2018a).

Quanto ao sistema de saúde, o Brasil, adota desde o ano de 1990 o SUS, garante a todas as pessoas, acesso aos serviços de saúde pertencentes à rede pública. Este sistema é pautado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, que implicam que no SUS, todos os usuários devem ter o direito de acesso a todos os níveis de atenção de forma universal e igualitária, sem privilégios ou discriminações (BRASIL, 1990). O SUS é amplamente utilizado pelos cidadãos brasileiros, sendo utilizado pela população mais carente do país (STOPA et al., 2017) e ainda por aqueles que de independente de possuir planos de saúde, utilizam os seus serviços (GOMES, 2014).

Do outro lado da fronteira, encontra-se a Colômbia, com uma extensão territorial mais de 1.140.000 de km² e população estimada em 2018 de 49,3 milhões de habitantes. O PIB per capita do país em 2017 foi de 5.805,61 dólares e o IDH 0,727. O colombiano tem esperança de vida ao nascer de 74 anos e taxas de natalidade de 16,10 por mil habitantes. O país apresentou uma taxa bruta de mortalidade 5,5 por mil habitantes e taxas de mortalidade infantil com decréscimo de 24,70 em 2000, para 13,60 por mil nascidos vivos em 2017 (DANE, 2018).

O sistema de saúde da Colômbia apresenta, desde 1993, basicamente dois regimes, um contributivo para população empregada e seus familiares e que acontece através arrecadação obrigatória de valor

per capita que a seguradora recebe para gerenciar o Plano Obrigatório de Serviços (POS) e o subsidiado, que é financiado pelo governo para a população considerada de baixa renda. Neste segundo caso, os contratos são realizados entre seguradoras e secretarias de saúde ou prefeituras, a partir desse contrato a seguradora filia os usuários e cobra das prefeituras o valor correspondente (per capita) para garantir a prestação do POS (LEVINO; CARVALHO, 2011; CÁRDENA; PEREIRA; MACHADO, 2017). A partir de 1993 houve avanços na cobertura de assegurados, apesar de a maioria desses estarem no regime subsidiado (CÁRDENA; PEREIRA; MACHADO, 2017). Porém o sistema de saúde colombiano está pautado na lógica econômica, o que fortalece a empresas seguradoras, e mantém os problemas de estruturais da saúde, como iniquidade de acesso (FRANCO-GIRALDO, 2012).

Em 2015, um novo modelo de sistema de saúde para Colômbia (COLOMBIA, 2015; 2016a;) formulado com na atenção integral a saúde e apresenta propostas que envolvem a atenção primária, com foco na família e comunidade (GOMEZ, 2016). Atualmente este plano esta na primeira fase implantação, que é a de formação de profissionais em atenção primária e da família (COLOMBIA, 2016b; RIASCOS, 2017).

O terceiro componente dessa tríplice fronteira é o Peru, com 1.285.215,6 km² e mais de 31 milhões de habitantes. O país apresentou, em 2017, PIB per capita de 6.428,45 dólares e IDH de 0,740. A esperança de vida ao nascer do peruano é de 75 anos e as taxas de natalidade e bruta de mortalidade em 2017 foram 17,08 e 6,1 por mil habitantes respectivamente. As taxas de mortalidade infantil do país, assim como Brasil e Colômbia, apresentou decréscimo de 40, 59 no ano de 2000, para 18,39 por mil nascidos vivos em 2017 (INEI, 2018).

Quanto ao sistema de saúde do Peru, em 2013 o país iniciou a reforma sanitária, reconhecendo a saúde como direito e determinando que todo cidadão peruano tenha acesso a aos serviços de saúde em condições de igualdade e equidade (VELÁSQUEZ, 2016). Neste novo regime, o acesso à saúde se dá por meio de regime contributivo indireto, que é subsidiado por entidades governamentais ou financiamento direto, mediante contribuições diretas e obrigatórias de empregadores (LAZO-GONZALES, et al 2016).

As unidades federativas que compõe a Tríplice fronteira são o Estado do Amazonas, no Brasil, Departamento de Amazonas na Colômbia e Loreto no Peru, unidades estas que fazem parte de Amazônica Legal Brasileira e Internacional Colombiana e Peruana, por isso esta tríplice fronteira é também conhecida como Tríplice Fronteira Amazônica.

Estas unidades federativas são reconhecidas em seus países por suas baixas condições econômicas, pela marcante presença indígena e pela base produtiva pautada no extrativismo vegetal e agricultura familiar.

A região fronteira do Estado do Amazonas, Brasil é uma área de selva, com infinidade de vias de acesso, principalmente fluviais com baixas condições econômicas, sociais e educacionais e com pouca presença do Estado (BRASIL, 2017b), sendo estas mesmas características encontradas no Departamento de Amazonas, Colômbia (ROCA; MEJÍA; JABBA, 2013). Quanto a Loreto no Peru, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), acredita que as desigualdades entre as crianças que vivem nas regiões fronteiriças, deste Departamento, são maiores que nas demais regiões país, com mais de 80% das crianças vivendo em situação de pobreza (UNICEF, 2014).

5.1.2 O município de Tabatinga.

Tabatinga é atualmente o sétimo maior município, em população, do Estado do Amazonas, e o primeiro da sua microrregião, com uma população estimada de 63.635 habitantes. A densidade demográfica do município é de 16,21 hab./km² e a extensão territorial de 3.224,875 km², território este que é quase que totalmente coberta por florestas e pela bacia do rio Amazonas formada pelos rios Solimões, Içá, Japurá e seus afluentes (IBGE, 2018b).

Distante 1.105 km de Manaus, capital do Estado do Amazonas, por via aérea e 1.607 quilômetros por via fluvial, Tabatinga faz fronteira com três municípios do Estado do Amazonas, São Paulo de Olivença, Benjamim Constant e Santo Antonio do Iça e com os municípios de Letícia, capital do Departamento de Amazonas (Colômbia) e com a ilha de Santa Rosa do *Yavari*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto (Peru).

O acesso a Tabatinga se dá por via fluvial, com saída e chegada de barcos de transporte e de cargas provenientes dos vários municípios que integram as cidades da região do alto Solimões e da ilha de Santa Rosa do *Yavari* (Peru), por via aérea, através de voos diários com saída para Manaus e por via terrestre com a cidade de Letícia (Colômbia).

Esta localização geográfica confere a Tabatinga condição de município de tríplice fronteira internacional entre Brasil, Colômbia e Peru e de cidade-gêmea com o município de Letícia, na Colômbia (mapa 3).

Em relação aos indicadores socioeconômicos, Tabatinga apresenta renda per capita de R\$ 258,23, com um percentual de habitantes extremamente pobres de 25,84% e de vulneráveis a pobreza de 73,11%. Com IDH de 0,616 e coeficiente de *Gini* de 0,65, o município ocupa a décima posição em desenvolvimento do Estado do Amazonas (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo no município é 22,2% e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) nas escolas públicas, em 2015 foi de 4,4 (INEP/MEC, 2018).

A taxa de mortalidade infantil deste município no ano de 2016 foi de 22,77 por mil nascidos vivos. Quanto as taxas de mortalidade geral por grupo de causas o maior número de mortes no ano de 2016 foram as relacionadas à violência interpessoal e ou autoagressão, sendo destaque as mortes por homicídios (TABATINGA, 2017).

Mapa 3 - Tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru



Fonte: *Google Maps. Imagens©2018 DigitalGlobe.CNES/ Airbus. DigitalGlobe.* Adaptado pela pesquisadora

O custo de vida em Tabatinga é consideravelmente elevado, sendo que isso é atribuído à logística de deslocamento dos produtos, em virtude da distância da capital. O elevado custo de vida é uma das justificativas para a grande mobilidade populacional entre Brasil e Colômbia, tendo em vista que a cidade de Letícia é livre de impostos colombianos e assim recebe diversas mercadorias via canal do Panamá e Bogotá com descontos de até 40%. Assim a população tanto de Tabatinga, quanto de outros municípios da região se desloca até Letícia

para comprar produtos diversos, principalmente de gênero alimentício, eletrodomésticos e de higiene pessoal.

[...] nós saímos daqui e vamos comprar, jantar, passear lá [...] porque é mais barato[...] (Gestor 3).

E ainda, se já não bastassem eles não deixarem nada aqui, nós ainda vamos gastar nosso dinheiro lá [...] (Gestor 6).

A economia do município está diretamente ligada aos serviços públicos municipal, estadual, federal e as forças armadas brasileira que empregam um grande contingente de pessoas na região. Outros pontos de destaque na economia do município são o comércio e agricultura, tendo como principais produtos agrícolas a banana e a mandioca. Quanto ao comércio, existe uma grande variedade de produtos vendidos no município, pois, por este ser o maior município da região, ele serve de base de compra para a população do Alto Solimões, assim são facilmente encontrados no comércio do município produtos como eletrodomésticos, móveis, produtos alimentícios e de vestuário.

A população residente no município é bastante heterogenia, composta por brasileiros, colombianos, peruanos, indígenas de várias etnias, provenientes, tanto de comunidade brasileiras, quanto do Peru e da Colômbia. Entre os brasileiros, ainda existe uma população flutuante composta por militares das três forças armadas (Exército, Aeronáutica e Marinha), policiais federais, funcionários da receita federal, justiça federal e outros órgãos públicos que possuem sede no município, em decorrência de sua condição de fronteira, o que propicia uma grande rotativa da população neste Município.

Estas características aliadas a localização geográfica do município, a sua grande mobilidade populacional, que está relacionada tanto a sua condição de tríplice fronteira, como de Tabatinga ser cidade-gêmea com Letícia (Colômbia) e município-polo da Região de Atenção a Saúde “Alto Solimões”, interferem em vários aspectos do município, passando pelas questões culturais até segurança, educação e saúde. As evidências sobre estas demandas sociais puderam ser encontradas nas três fontes de dados, ou seja, em documentos e entrevistas e nas observações.

Tabatinga é um polo complicado, onde tem muito motocicleta, e por ser área de fronteira, tem narcotráfico, tem tiroteios e muito acidente relacionado a isso [...] Eu sempre brinco que Tabatinga é uma cidade relativamente pequena com problemas de metrópoles, aqui a batida é diferente [...] (Gestor 6).

Fotografia 1 - Mobilidade populacional no porto de Tabatinga, próximo a unidade integrada de análise e de observação UBSF Dídimo Pires de Oliveira



Fonte: arquivo pessoal da autora

Quanto aos aspectos históricos do município, verifica-se que a condição de tríplice fronteira internacional determinou a história de Tabatinga desde a sua fundação, que se deu no século XVII, quando jesuítas instalaram uma pequena aldeia junto à foz do Rio Solimões. Por volta de 1760, o então governador e capitão-general do Estado do *Grã-Pará* e Maranhão, Fernando da Costa Ataíde Teives, ordenou a implantação de um posto fiscal e de um posto militar próximo nesta aldeia, devido sua proximidade com a região fronteira entre o Brasil, Colômbia e Peru. Estes postos, fiscal e militar, prosperaram e deram lugar ao povoado de São Francisco Xavier de Tabatinga (ATAÍDE, 2015).

Até o ano de 1898, este povoado pertenceu ao município de São Paulo de Olivença, Estado do Amazonas, quando passou a ser um povoado do recém-criado município, também amazonense, Benjamim Constant, ficando nessa condição até o ano de 1981, quando obteve emancipação política através da Emenda Constitucional n° 12 de 10 de

dezembro de 1981 (BRASIL, 1989), tornando-se município dois anos depois (ATAIDE, 2015). Em 1989, Tabatinga torna-se uma Área de Livre Comércio (SUFRAMA, 2016). As fotografias 2 e 3 representam parte da área comercial e o porto de Tabatinga respectivamente.

Quanto aos serviços de saúde, Tabatinga conta com uma rede de atenção à saúde nos níveis primário e secundário composta por uma secretaria municipal de saúde como órgão gestor, sete UBSF (Brilhante, Dídimo Pires de Oliveira, Ibiaparuera, Nova Esperança, Santa Rosa, Tancredo neves e Vila Verde) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Fluvial (Dona Nenenuinha). Estas unidades comportam 13 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), o que representa uma cobertura de 71,94% da população do município.

Ainda na administração municipal, o município dispõe de um serviço de prevenção, tratamento e controle de infecções sexualmente transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (IST/AIDS); uma equipe do programa de atendimento multidisciplinar em saúde domiciliar (programa Melhor em Casa); uma equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF I); uma equipe de assistência em saúde à unidades prisionais; e uma clínica de reabilitação física.

Com administração da SUSAM, existem no município uma UPA; uma Maternidade (*Maternidade* Celina Villacrez Ruiz); um laboratório de Análises clínicas; um Laboratório de Fronteira (LAFRON), que atende a região do alto Solimões e realiza exames para controle de doenças transmissíveis; um serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) regional, para atendimento da região do alto Solimões; e uma central de regulação regional, que também atende a todo alto Solimões.

Outro serviço de saúde existente no município é o Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT), que é administrado pelo exército brasileiro, mas que mantém convênio com o SUS e por isso oferece atendimento para a população em geral, incluindo estrangeiros. Neste hospital, podem ser encontrados serviços de atendimento a urgência e emergência, internação e ambulatório.

Fotografia 2 - Avenida Marechal Mallet, Tabatinga, Amazonas, Brasil.



Fonte: arquivo pessoal da autora

Fotografia 3 - Porto de Tabatinga, Amazonas Brasil



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

5.1.3 Tabatinga como componente da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru

As peculiaridades da região da tríplice fronteira influenciam os condicionantes de saúde da população fronteiriça desde antes da sua

formação, pois já nos anos de 1970, sua histórica ligação com o narcotráfico (BALIEIRO; NASCIMENTO, 2014), associado à alta mobilidade populacional e a elevada distância para os grandes centros, configuram a esta localidade agravantes sociais que interferem diretamente nas condições de saúde da população.

O município de Ilha de Santa Rosa do *Yavarí* é uma comunidade pequena e que apresenta baixas condições socioeconômicas. Situada a uma distância de aproximadamente 350 km de *Iguitos*, capital de Departamento de Loreto. A comunidade conta com pouco mais de dois mil habitantes que moram na maioria em casas construídas em madeira com precárias condições de saneamento básico.

As condições de vida da população de Santa Rosa do *Yavarí* são reflexos dos indicadores socioeconômicos do Departamento de Loreto, que apresenta IDH de 0,566 e mais de 54% da população em condições de pobreza total, com taxa de mortalidade infantil chegando a 39,0 por mil nascidos vivos (INEI, 2018).

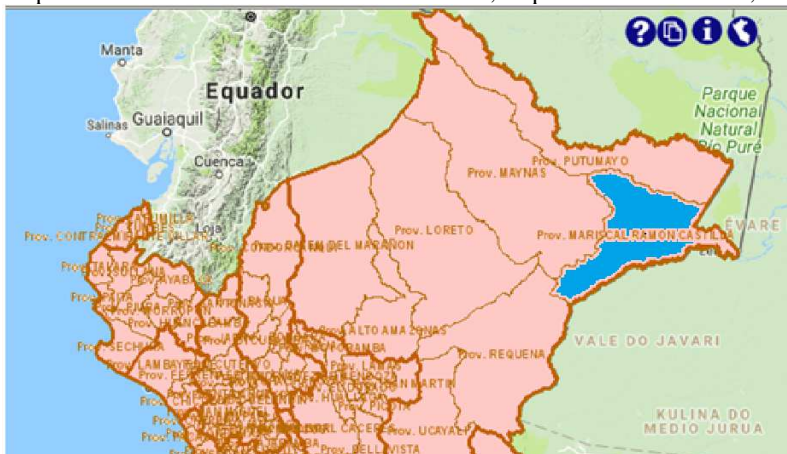
[...] Bueno nos otros estamos e [...] como le he comentado en una zona del país del Perú bastante alejada de la presencia del estado, es decir servicios de salud, de educación en esta zona del país por parte del estado peruano son bastante limitados en razones del presupuesto, pero también pues por el tema de la distancia [...] (Gestor 11).

A estrutura de saúde da Ilha de Santa Rosa do *Yavarí* conta com um serviço de saúde, que além de precária sofre ainda com as condições climáticas da região, ficando alagada em épocas chuvosas. Este serviço recebe a denominação de posto de saúde e presta atendimento de atenção básica de saúde e parto normal de baixo risco, todos os demais procedimentos são encaminhados ou para a capital do Departamento, ou para *Caballococha*, capital a província de *Mariscal Ramón Castilla*, ou para o lado brasileiro da fronteira. O mapa 4 demonstra a localização (em azul), da a província de *Mariscal Ramón Castilla* e a fotografia 4 representa uma rua de contre do município de Ilha de Santa Rosa do *Yavarí*.

[...] hay un puesto de salud! Es la última categoría de centros de salud en Perú [...] que, desgraciadamente, fue construida de tal manera que en períodos de inundaciones el río inunda!

Por desgracia! Entonces, obviamente, eso limita la capacidad de atención a la población que está allí [...] El más cercano para cuidar de todo tipo de emergencias es Iquitos ... en Cabalcocha [...] o en Tabatinga [...](Gestor 11).

Mapa 4 - Província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, Peru.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística e Informática do Peru (INEI), 2018.
Adaptado pela autora.

Fotografia 4 - Região central da Ilha de Santa do Yavarí , província de Mariscal Ramón Castilla, Departamento de Loreto, Peru



Fonte: arquivo pessoal da autora

Já a cidade de Letícia conta com aproximadamente 40 mil habitantes e como capital do Departamento do Amazonas, possui infraestrutura política, econômica e social organizada (fotografia 5). O município está localizado em uma área totalmente coberta pela floresta amazônica colombiana o que lhe confere uma das menores densidades demográficas do País, com 0,71 hab/km² (mapa 5). Na atualidade o turismo é uma de suas principais fontes econômica, sendo que esta foi estimulada pelo Governo Federal da Colômbia como estratégia para diminuição de guerrilhas pelas Forças Armadas Revolucionárias (FARC) e do narcotráfico na região (MOTTA 2017; PADILLA et al., 2017). O Departamento de Amazonas apresenta IDH de 0,768, o que o coloca em vantagem socioeconômica, quando comparada ao município de Tabatinga e ao Departamento de Loreto no Peru.

Quanto à estrutura de saúde, Letícia consta com boa infraestrutura de média e alta complexidade. Porém, o sistema de saúde colombiano possui suas peculiaridades, como por exemplo, o acesso a saúde é restrito ao enquadramento da população a uma das categorias de assegurados e a atenção primária, que é restrita a oferta de serviços de controle de doenças. Quanto a mortalidade infantil, em 2011, o município apresentou taxas elevadas de 41,0 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos (MOGOLLÓN-PASTRÁN; GARCÍA-UBAQUE, 2016).

[...]a Colômbia tem um sistema de saúde diferenciado, porém não em todas as esferas, na média e alta complexidade a Colômbia é razoavelmente boa, melhor que a nossa [...] eles têm um sistema público-privado, lá é atendido quem tiver um seguro [...] Já a atenção básica é quase um nada, porque eles investem em média e alta complexidade, sendo que o único sistema público de atenção básica é o de vigilância. Então a parte assistencial, mesmo em atenção básica é toda terceirizada, que são clínicas, hospitais e que só se tem acesso mediante o cartão do seguro [...] (Gestor 1).

Livre Comércio (ALC). Do lado brasileiro, Tabatinga é uma ALC desde 1989, quando com o intuito de promover o desenvolvimento da região de fronteira do extremo oeste do Estado do Amazonas, a ALC foi estabelecida através de Lei nº 7.965 de 22 de dezembro de 1989 (BRASIL, 1989).

Esta lei determina que a partir de então, seriam suspensos os impostos de importação sobre produtos industrializados (exceto: armas e munições; perfumes; fumos; bebidas alcoólicas; automóveis de passageiros e bens finais de informática), quando para o consumo interno ou para comercialização em qualquer ponto do país, agropecuária e piscicultura; instalação e operação de atividades de turismo e serviços de qualquer natureza; estocagem para comercialização ou emprego em outros pontos do Território Nacional; atividades de construção e reparos navais; e para a industrialização de outros produtos em seu território (BRASIL, 2009).

Já do lado colombiano, em 1999, Letícia se tornou ALC, recebendo concessão de isenção fiscal para importação e exportação. Este regime foi concedido ao município com a propósito de criar condições especiais para o desenvolvimento econômico e social da região fronteira e promover a integração com os países vizinhos (EUZEBIO, 2014a).

A condição de ALC dos dois municípios facilita a mobilidade populacional entre Tabatinga e Letícia, que tem como único marco limítrofe os mastros das bandeiras do Brasil e Colômbia (fotografia 6), com isso, a linha de fronteira entre os dois países é praticamente inexistente e trânsito das pessoas é constante e sem inspeção por órgãos fiscalizadores da Colômbia ou do Brasil, ficando este procedimento restrito aos aeroportos internacionais de Tabatinga e ao Aeroporto Internacional Alfredo Vásquez Cobo, em Letícia.

Assim a população dos dois países transita livremente para aquisição de bens e serviços, como compra de produtos industrializados, *in natura* e para utilização de serviços de saúde e educacionais e ainda para compartilhamento de eventos culturais, religiosos, de lazer, entre outros.

[...] entre Brasil em Tabatinga e Letícia na Colômbia não tem mais fronteira definida, tem casa lá que a sala está no Brasil e cozinha na Colômbia [...] (Gestor 9).

[...] aqui em Tabatinga você atravessa a rua e está na Colômbia, as vezes têm policiais na passagem, mas não tem no restante da fronteira, que é a casa da frente, ou seja, você passa de um quintal para outro e você esta na Colômbia ou no Brasil. (Gestor 3).

Fotografia 6 - Fronteira seca entre Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia).



Fonte: arquivo pessoal da autora

Esta mesma facilidade de mobilidade urbana também é evidenciada entre Brasil e Peru, pois apesar da fronteira entre os países ser úmida (Rio Solimões), a travessia do rio é facilmente realizada por barcos pequenos (fotografia 7). Esta mobilidade se dá muito mais por peruanos entrando em Tabatinga, do que da população brasileira buscando a Ilha de Santa Rosa do *Yavari*. Sendo que a gastronomia peruana é uma dos principais motivações de brasileiros procurarem a ilha.

Já a população peruana busca o lado brasileiro principalmente para comercialização de produtos em Tabatinga, que se dá de forma informal, nas calçadas ou em estabelecimentos improvisados ou na feira municipal (fotografias 8 e 9) e para utilização de serviços públicos de saúde e educação.

[...] aqui em Tabatinga muitos começam a chegar, constroem seus barracões e colocam seus

comércios [...], por exemplo, na feira de Tabatinga, a maioria das barracas é de peruanos [...] (Gestor 4).

Fotografia 7 - Barcos para a travessia da fronteira entre Tabatinga (Brasil) e a ilha de Santa Rosa do Yavari (Peru)



Fonte: arquivo pessoal da autora

Fotografia 8 - Comércio improvisado de produtos peruanos em Tabatinga (Brasil).



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

Fotografia 9 - Vendedores ambulantes de produtos peruanos em Tabatinga (Brasil).



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

A tríplice fronteira exerce forte influência na população de Tabatinga que é composta por moradores brasileiros das áreas rurais e urbana, muitos destes indígenas aldeados de diversas etnias; brasileiros naturalizados; e uma população flutuante.

Além da população de brasileiros, o município é formado ainda por moradores estrangeiros provenientes da Colômbia, Peru e alguns haitianos. A situação legal desta população estrangeira é bastante diversificada, pois muitos são moradores do município, porém não naturalizados brasileiros e outros são moradores itinerantes, que vêm ao município para usufruir dos serviços públicos e/ou fazer comércio e permanecem por períodos inferiores há seis meses em pensões que se especializaram a atender essa população.

Além dessas duas categorias de estrangeiros, existe ainda outra que é formada por peruanos e colombianos, sendo muitos desses indígenas, que se deslocam diariamente dos seus países em busca de bens e serviços do município, para esmolar e/ou comercializar produtos dos seus países.

[...] tem aqueles que vêm só perambular [...] aqui a gente tem muito essa questão dos locais para aluguel, claro que tem uns que vêm para morar, mas esses também acabam residindo pouco tempo [...] (Gestor 2).

[...] primeiro temos que definir o que é estrangeiro em uma área de fronteira, porque essa definição aqui é muito difícil [...] tem aquele que mora em outro país, mas ta aqui todo dia [...] tem o estrangeiro que mora em Tabatinga, só que não é legalizado e tem ainda aquele que mora aqui, não fala a nossa língua, mas tem CPF, RG toda documentação, mas é estrangeiro [...] (Gestor1).

5.1.4 Tabatinga e as políticas públicas de saúde das fronteiras – O SIS-Fronteiras

As políticas públicas em saúde são medidas e procedimentos direcionados a melhoria das condições de saúde da população em seus ambientes naturais, sociais e de trabalho, organizadas de forma a garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade (LUCCHESI, 2004).

Neste contexto, as políticas públicas de saúde direcionadas a regiões fronteiriças buscam garantir a populações fronteiriças as mesmas condições de saúde que as ofertadas ao restante do país, tendo em vista que, cidadãos de fronteiras tendem a sofrer com desigualdades sociais e econômicas (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

No Brasil, a principal política direcionada a saúde na fronteira é o SIS-Fronteiras, cujo objetivo é a organização e fortalecimento dos sistemas de saúde locais e promoção da integração de ações de saúde em regiões fronteiriças (BRASIL, 2005).

Assim como outros municípios fronteiriços do Brasil, Tabatinga aderiu ao programa SIS-Fronteiras em 2006. Seguindo as determinações exigidas pelo programa, o município recebeu recursos financeiros que foram disponibilizados em sua maioria para complementar a construção de uma UBSF localizada próximas às linhas de fronteira com o Peru e com a Colômbia.

Na atualidade esta UBSF atende uma demanda significativa de estrangeiros, motivo que levou esta unidade básica a ser incluída como uma das unidades integradas de análise deste estudo de caso.

[...] um dos legados do SIS-Fronteiras aqui no município de Tabatinga foi a UBSF Dídimo Pires, porque a ideia de fazê-la foi baseada no SIS-fronteiras, de dar uma referência para o cidadão

de fronteira [...] e ela está aqui até hoje [...] (Gestor1).

O SIS-Fronteiras previa o cumprimento de três fases a serem realizadas pelos municípios de fronteira que aderissem ao programa. A primeira delas seria realizar de forma quali-quantitativa um diagnóstico de saúde e elaboração de um plano operacional. Na segunda fase os municípios deveriam qualificar a gestão, serviços de ações e implementação da rede de saúde e na terceira fase seria a implantação de serviços e ações conforme definição estabelecida no diagnóstico e plano operacional, definidos na primeira fase (BRASIL, 2005).

Tabatinga cumpriu a primeira e a segunda fase do programa, porém a última fase não foi implantada. Segundo os participantes, as avaliações e monitoramento do programa, pelos níveis Estaduais e Federal, foram pouco efetivos na região estudada, como isso a partir da segunda fase o programa deixou de existir no município.

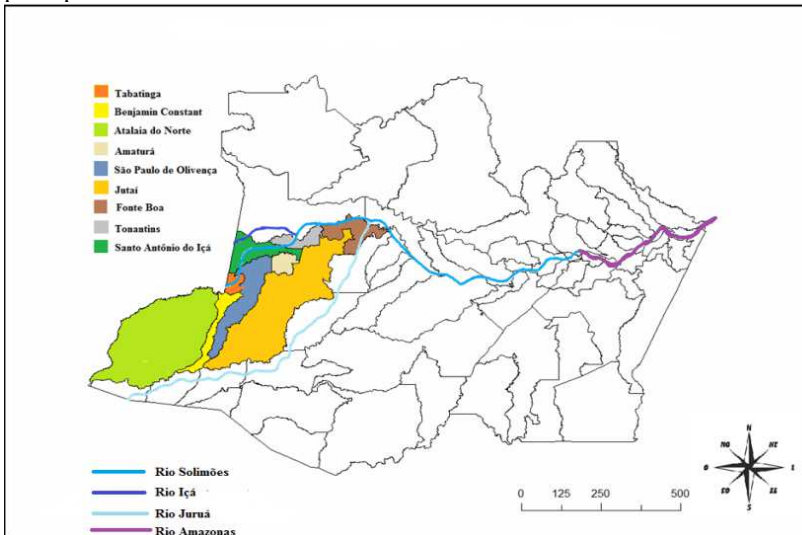
[...] Então, nos chegamos até a segunda fase, que foi a execução das atividades, e daí o que aconteceu? [...] passou um longo tempo sem atividades do SIS-fronteiras e acabou [...] parece que o SIS-fronteiras adormeceu. (Gestor 6).

[...] não houve definições ou acompanhamento dos indicadores de saúde, a gente teve pouca coisa em cima disso [...] (Gestor 9).

5.1.5 Tabatinga como município-polo de Região de Atenção à Saúde Alto Solimões

Tabatinga está situada no sudoeste do Estado do Amazonas, fazendo parte, como município-polo da Região de Atenção à Saúde Alto Solimões (RAS-AS). Esta Região de Atenção à Saúde (RAS) é composta por nove municípios interligados através do Rio Solimões e seus afluentes, sendo que quatro deles fazem fronteira ou com a Colômbia ou com o Peru, conforme pode ser visualizado no mapa 6.


Mapa 6 - Região de Atenção à Saúde Alto Solimões com seus municípios e principais hidrovias.



Fonte: IBGE, 2018, mapas para colorir. Adaptado pela autora

Como municípios de fronteira, Tabatinga, outros municípios da RAS-AS, aderiram ao programa SIS-Fronteiras e receberam verbas destinadas a melhorias das estruturas dos serviços de saúde dos municípios (CIB/AM, 2009a, 2009b). A Portaria/MS nº 1.189 de 5 de Junho de 2006 (BRASIL, 2006b), apresenta os valores repassados pelo programa a estes municípios, conforme figura 9.

Figura 9 - Repasses financeiros pelo SIS-Fronteiras para municípios da Região de Atenção à Saúde Alto Solimões

|  Ministério da Saúde Gabinete do Ministro PORTARIA Nº 1.189 DE 5 DE JUNHO DE 2006. <i>Aprova o Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-FRONTIERS.</i> | | | | | | |
|---|-------------|----------------------|---------------|-----------|-----------|------------|
| ANEXO III | | | | | | |
| DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS PARA OS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DA REGIÃO NORTE E MATO GROSSO, POR FASES | | | | | | |
| N | Código IBGE | Municípios | Valor Projeto | Fase I | Fase II | Total |
| 1 | 130020 | Atalaia do Norte | 56.295,20 | 16.888,56 | 19.703,32 | 36.591,88 |
| 3 | 130060 | Benjamin Constant | 128.601,20 | 38.580,36 | 45.010,42 | 83.590,78 |
| 6 | 130370 | Santo Antônio do Içá | 164.325,20 | 49.297,56 | 57.513,82 | 106.811,38 |
| 8 | 130406 | Tabatinga | 213.189,60 | 63.956,88 | 74.616,36 | 138.573,24 |

Fonte: BRASIL, 2006b. Adaptada pela autora.

As características dos demais municípios da RAS-AS são bastante semelhantes às de Tabatinga, especialmente, porque alguns desses municípios fazem fronteira com o Peru ou com a Colômbia, e também por estarem situados, assim como Tabatinga, distantes da capital do Estado.

[...] o Alto Solimões não pode ser comparado com nada, são três países, um número X de indígenas que não vai se encontrar em outros lugares [...] e essa mistura de índios peruanos, índios brasileiros e índios colombianos e toda a questão do narcotráfico e da violência, dos rios e a distância da capital, é muita coisa que influencia na saúde de lá. (Gestão 7).

Estas características são discutidas por pelos gestores da SUSAM e RAS-AS, que enxergam essas diferenças como peculiaridades a serem observadas mais cuidadosamente. Por ser uma região fronteira a RAS-AS se torna um importante corredor para entrada não somente de doenças, mas também para condicionantes de saúde que interferem diretamente nas condições sociais da população local, como a facilidade na entrada de drogas ilícitas, alimentos sem fiscalização, falta de fiscalização adequada nos processos de migração e utilização desordenada dos espaços urbanos.

[...] quem mora aqui nesta região presta um serviço ambiental para o povo brasileiro, um serviço de segurança nacional, que é manter a integridade do território, por ser uma região de fronteira [...] esse povo tem que ter um tratamento diferenciado do ponto vista do financiamento [...] porque, se não melhorar a qualidade de vida, e se não der oportunidade a população fica exposta ao risco de aderir ao narcotráfico e se tiver de optar entre a miséria e a lei, a lei perderá. [...] Temos que dar a esse povo opção, para que eles possam ter condições de sobreviver com dignidade [...] (Ata da reunião RAS/AS_ Qualisus).

[...] o que eu acho realmente importante, é a questão da vulnerabilidade daquela área [...] que é extremamente alta, não somente pela mobilidade populacional, mas também por outros fatores que também permitem essa maior vulnerabilidade e receptividade, como questão do clima, dos rios, a própria mobilidade, o narcotráfico [...] (Gestor 9).

Como município-polo da RAS-AS, Tabatinga é referência para os oito demais municípios que a compõem, recebendo pacientes que necessitam, principalmente de atenção à saúde de média e alta complexidade.

Entretanto, apesar de Tabatinga contar com uma UPA, uma maternidade e hospital do exército brasileiro, muitos agravos que chegam ao município são transferidos para Manaus, via remoção aérea, pois o município não dispõe de infraestrutura para diagnóstico,

principalmente os que necessitam de exames por imagens e também para tratamento de casos mais graves de doença.

A falta de infraestrutura de atendimento para as médias e altas complexidades é pauta frequente de discussões entre os gestores. Segundo os entrevistados, o município de Tabatinga é o segundo município que mais realiza remoções aéreas do Estado do Amazonas, perdendo apenas para Parintins, sendo que cada uma dessas remoções pode chegar ao custo de até R\$ 60 mil.

[...] como município-polo, Tabatinga já poderia ter uma escala maior de atenção de média e alta complexidade no local [...] mas a realidade é que ainda existe muita remoção de Tabatinga para Manaus, chegando a ser o segundo do Estado, só perdendo para Parintins [...] (Gestor 7).

Os gestores de saúde de Tabatinga se queixam que deveriam existir políticas de saúde pautadas nas peculiaridades da população local, pois esta é uma região longínqua, que apresenta uma diversidade populacional ampla, composta por indígenas de várias etnias, bem como de uma população estrangeira que migram, tanto do Peru, quanto da Colômbia, não somente para Tabatinga, mas também para outros municípios desta RAS, em busca de atendimento de saúde.

[...] fica difícil, é difícil de trabalhar assim [...] e cada vez mais as quantidades de estrangeiros vão aumentando [...] e ninguém dá condições para o município estar atendendo essas pessoas, se hoje nós não temos condições de manter nem os próprios munícipes [...] nós não recebemos nenhum recurso extra, a não ser pelos programas implantados e existentes [...] (Gestor 1).

5.1.6 Unidades Integradas de Análise

Neste estudo, além do caso (município de Tabatinga), também foram avaliadas quatro serviços de saúde que serviram como unidades de análises integradas, sendo estas: UBSF Dídimo Pires de Oliveira; UBSF Santa Rosa; UPA de Tabatinga; e Maternidade Celina Villacrez Ruiz. A seguir descreveremos brevemente cada uma dessas.

5.1.6.1 Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira

O primeiro serviço avaliado foi a UBSF Dídimo Pires de Oliveira, também conhecida como UBSF São Francisco, por ficar situada na Rua Vila Gran Gabrita, SN, no bairro São Francisco, Tabatinga (fotografia 10).

Esta unidade fica estrategicamente posicionada próxima às linhas de fronteira com a Colômbia e o Peru (fotografia 11), sendo que sua construção nesta localização foi justamente para que ela servisse de referência para o atendimento à população fronteiriça. A construção de uma UBSF para atendimento dessa população foi idealizada e concretizada a partir da adesão de Tabatinga ao SIS-Fronteiras em 2006 (BRASIL, 2006a).

Fotografia 10 - Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira, Tabatinga, Amazonas



Fonte: arquivo pessoal da autora

Fotografia 11 - Área de abrangência das Estratégias Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira, Tabatinga, Amazonas



Fonte: arquivo pessoal da autora

Esta unidade conta com três equipes de ESF e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que atende a comunidades rurais próximas ao município. As três EFS atendem aos bairros de São Francisco, Centro, Dom Pedro, com uma população cadastrada de mais de 1900 famílias e mais 6.700 pessoas.

Muitos dos moradores da área de abrangência da UBSF, principalmente dos bairros São Francisco e Bairro Dom Pedro, são estrangeiros, sendo que alguns são legalmente naturalizados como brasileiros, outros são moradores há muito tempo na área, porém sem cidadania brasileira e muitos em condição de moradia passageira, ou seja, moradores da Colômbia, e principalmente do Peru, que se instalam em quartos alugados por um curto período de tempo e depois retornam para os seus países.

[...] a Dídimo Pires fica bem no cinturão de fronteira [...] ela fica 20 a 50 metros do cinturão de fronteira, bem próximo ao Igarapé do Santo Antonio que é divisa com Colômbia, onde tem muitos Colombianos Moradores irregulares [...] também tem ali um Igarapé que tem outra comunidadezinha chamada Guadalupe que tem uma grande incidência de peruanos morando lá [...] (Gestor 1).

[...] a gente tem aqui nesta área muitos estrangeiros que moram temporariamente em quartos de aluguel, então as vezes as pessoas vêm e ficam uns 30 dias aqui na nossa área [...] (Gestor 2).

Em relação a recursos humanos, as ESF dos bairros São Francisco e Dom Pedro contam com enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). Já a ESF do Bairro centro dispõe de todos estes profissionais, exceto de cirurgião dentista e técnico em saúde bucal.

A infraestrutura da unidade é ampla contando com recepção, três consultórios para atendimento de enfermeiros e médicos, um consultório odontológico, uma sala do PACS, uma sala da coordenação da unidade, que é usada pela enfermeira para atendimento, uma sala de vacinação, uma sala de triagem e uma farmácia.

Existe ainda na unidade três serviços pertencentes a SUSAM, que são um laboratório de análises clínicas, que realiza hemogramas, exames de urina, fezes e bioquímica; um serviço de tele saúde, onde são realizados, enviados e recepcionados exames de eletrocardiograma, em tempo real, para um serviço especializado em cardiologia em Manaus; e um serviço de regulação para agendamento de consultas e exames a serem realizados na UPA de Tabatinga e em serviços especializados em Manaus (fotografia 12).

Esta UBSF trabalha com sistema de cronograma e agendamento de consulta pelo ACS da área de abrangência, assim a cada dia da semana é trabalhado uma parcela da população, ou seja, gestantes, crianças, coleta de exames, diabéticos e hipertensos, sendo reservadas diariamente cinco consultas de demanda espontânea para atendimento médico e de enfermagem. O mesmo cronograma serve as três ESF, já o PACS/Rural atende com sistema de demanda espontânea.

Fotografia 12 - Parte da estrutura interna da Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira, Tabatinga, Amazonas



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

As três fontes de evidências comprovaram a existência de atendimentos a populações estrangeiras. Esta parcela de usuários procura principalmente pelos serviços de consultas médicas, enfermagem, serviços de vacina e de coleta de exames Papanicolau.

[...] tem aqueles que vêm aqui na Dídimo Pires, porque ela está aqui próximo ao porto...dai ela atende muita gente estrangeira, não somente da área de abrangência dela, mas também esses trabalhadores que ficam no porto, aqueles que vêm aqui para vender um produto, ou fazer uma negociação, ou mesmo somente para procurar atendimento mesmo, ou seja, eles atendem muitas pessoas assim [...] (Gestor 4).

[...] chegou uma mãe com uma criança para vacinar, proveniente da Colômbia, no cartão várias vacinas estavam em atraso. Foram feitas as vacinas atrasadas, conforme o calendário de vacinação brasileiro e transcrito as vacinas feitas em Letícia para o cartão brasileiro [...] A técnica

de enfermagem orientou a mãe a utilizar os dois cartões a partir daquela data [...] No cartão entregue para a mãe da criança foi colocado um carimbo constando os dizeres “sala de vacina, UBS São Francisco, SIPNI, estrangeiro” [...] (Observação direta na UBSF Dídimo Pires).

5.1.6.2 Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa

A UBSF Santa Rosa está localizada próxima à linha de fronteira com a Colômbia, na Estrada Perimetral I, SN, bairro de Santa Rosa, Tabatinga (Fotografia 13). Esta unidade comporta duas equipes de ESF que atendem aos bairros de Santa Rosa, Rui Barbosa e bairro GM3 e mais duas áreas rurais próximas a unidade (Xingu I e Xingu II), o que somado, representa uma população cadastrada de mais de 2.100 famílias e 8.300 pessoas (Fotografia 14).

Fotografia 13 - Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa, Tabatinga, Amazonas.



Fonte: arquivo pessoal da autora

Fotografia 14 - Área de abrangência das Estratégias saúde da família da Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa, Tabatinga, Amazonas



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

A unidade apresenta uma estrutura pequena, composta de três consultórios, uma sala da coordenação da unidade, que também é utilizada como consultório pela enfermeira, um consultório odontológico, uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala de curativo e inalação, uma sala de triagem e uma recepção. As ações coletivas com a comunidade são realizadas em área coberta na parte externa da unidade.

As duas equipes de ESF contam com enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, técnico em saúde bucal, e agentes comunitários de saúde. A ESF Santa Rosa não dispõe de cirurgião dentista, assim toda a população da área de abrangência é atendida pelo profissional da ESF Rui Barbosa. Como a UBSF Dídimo Pires, a unidade também segue um cronograma de atendimento, reservando diariamente cinco consultas para demanda espontânea.

Os dados evidenciam o atendimento a pacientes estrangeiros nesta unidade. Segundo os participantes, estes atendimentos se intensificaram no ano de 2017, pois três planos de saúde da Colômbia faliram em 2017. Os serviços mais procurados por essa população são atendimento médico e de enfermagem, odontológico, e serviços de vacinação.

[...] o marco da fronteira Brasil/Colômbia fica a uma quadra da UBS Santa Rosa [...] lá o atendimento de estrangeiros é constante, é que o colombiano só atravessa a fronteira, já esta na unidade [...] (Gestor 5).

[...] chegou uma gestante referindo estar de aproximadamente seis meses de gestação e ser moradora da área do Rui Barbosa [...] a enfermeira da ESF solicitou que o ACS da área fosse até o consultório, pois até o momento a mesma não contava com consulta de pré-natal [...] O ACS alegou que não conhecia gestante, então ela explicou que estava morando no bairro a pouco mais de uma semana e que antes morava na Colômbia [...] Foi iniciado o pré-natal (Observação direta na UBSF Santa Rosa).

5.1.6.3 UPA de Tabatinga

A UPA de Tabatinga funciona com administração da SUSAM, e é referência para o atendimento de urgência e emergência de toda RAS-AS. Esta unidade faz parte de um complexo de serviços de saúde, situado na Rua Coronel Berg, SN, bairro Vila Paraíso, onde também estão instalados os serviços de regulação da RAS-AS, o SAMU Regional e a maternidade Celina Villacrez Ruiz (fotografia 15).

Quanto a infraestrutura, a UPA dispõe de uma entrada para recepção de emergência (fotografia 16), que é conjugada a sala de urgência e emergência e de uma recepção principal com sala de classificação de risco, vários consultórios, além de salas de radiografia e ultrassonografia. Em outro espaço do complexo existe uma sala de drenagem (utilizada como isolamento, quando necessário), treze leitos de observação, divididas em alas feminina, masculina e pediatria e sala de medicações, onde está instalado o posto de enfermagem e podem ser encontradas várias poltronas para observações de até seis horas. A unidade conta ainda com centro cirúrgico, central de esterilização de materiais, lavanderia, cozinha, copa e refeitório para funcionários, e salas administrativas.

Fotografia 15 - Parte do complexo de serviços de saúde onde se encontram a UPA de Tabatinga e a maternidade Celina Villacrez Ruiz em Tabatinga, Amazonas



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

Fotografia 16 - Entrada de urgência e emergência da UPA de Tabatinga, Amazonas.



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

Quanto aos recursos humanos, a UPA de Tabatinga conta com enfermeiros, especialistas em urgência e emergências, médicos clínicos e cirurgiões gerais, técnicos de enfermagem e pessoal responsável por lavadeiras, cozinha, limpeza, serviços administrativos e portarias.

Por ser um serviço de atendimento a média complexidade pertencente ao Estado do Amazonas, a UPA de Tabatinga depende de suporte logístico de insumos e materiais provenientes da capital do Estado (Manaus), essa peculiaridade é reconhecida pela gestão como um dos piores desafios da administração da unidade, pois, por exemplo, não existe até o momento condições logísticas de se realizar o abastecimento de gases medicinais, que devem ir e vir por via fluvial de Manaus e Tabatinga, logística que demoraria entre 15 e 20 dias, assim gases medicinais utilizados na UPA são fornecidos por Letícia (Colômbia) através de acordos informais entre a direção da UPA e serviço de saúde de Letícia.

[...] extra oficialmente eu tenho acordos com Letícia [...] por questões de suporte logístico, principalmente com gases medicinais que é uma dificuldade muito grande que nós temos para fazer chegar aqui, isso acontece constantemente [...] (Gestor 3).

Inaugurada no início do ano de 2014, a UPA de Tabatinga atendeu em 2017 uma média de 2.500 pessoas mensalmente. Verifica-se que apesar dos relatos da existência de um grande número de atendimentos a esta população, a observação realizada nesta unidade não demonstrou esta situação.

[...] o atendimento de urgência a estrangeiros na UPA, principalmente de vítimas de acidentes de trânsito, é muito grande [...] (Gestor 3).

Durante a manhã do segundo dia de observação, chegou apenas uma ambulância trazendo um paciente vítima de acidente de moto, ocorrido em Tabatinga [...] o paciente era brasileiro. (Observação direta na UPA de Tabatinga).

5.1.6.4 Maternidade Celina Villacrez Ruiz

Assim como a UPA Tabatinga, a maternidade Celina V. Ruiz é um serviço administrado pela SUSAM, e também serve de referência para o atendimento obstétrico de toda RAS-AS. Localizada no mesmo complexo hospitalar da UPA, esta maternidade divide os serviços de portaria, recepção, classificação de risco, lavanderia, cozinha, central de material esterilizado, centro cirúrgico e administração com a UPA de Tabatinga (Fotografia 17), incluindo a direção geral e gerência de enfermagem, que são únicas para os dois serviços.

Além dos serviços compartilhados com a UPA, a maternidade dispõe de uma sala de parto para gestantes e uma sala de parto específica para pacientes indígenas (fotografia 18), que funciona também como pré-parto e alojamento conjunto, uma sala de pré-parto como três leitos, oito leitos para alojamento conjunto e sete leitos clínicos, que se necessário são utilizados como alojamento conjunto. A maternidade dispõe também de uma unidade semi-intensiva neonatal com quatro leitos.

Quanto a recursos humanos, além dos servidores que integram o quadro de funcionários das duas unidades, existem ainda enfermeiros, médicos obstetras e ginecologistas e técnicos de enfermagem lotados na maternidade.

Fotografia 17 - Entrada da maternidade Celina Villacrez Ruiz de Tabatinga, Amazonas.



Fonte: arquivo pessoal da autora

A maternidade foi inaugurada no início do ano de 2014 e desde então já atendeu mais de 12 mil gestantes. Como verificado na UPA, apesar dos relatos de atendimento à população estrangeira ser bastante elevado na maternidade, este fato foi pouco evidenciado em documentos, embora tenha sido constatado na observação.

[...] o número de partos de estrangeiros na maternidade é muito alto [...] (Gestor 1).

[...] no dia da observação havia [...] internadas na maternidade [...] duas eram estrangeiras [...] e peruanas [...] nenhuma das duas era naturalizada, porém já eram moradoras de Tabatinga [...]. (Observação direta na maternidade Celina Villacrez Ruiz).

5.1.7 Síntese do caso

A Tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, assim como o município de Tabatinga apresentam peculiaridades comuns a outras regiões fronteiriças do Brasil, acrescentada da presença de populações indígenas brasileira, colombiana e peruana. As características populacionais da região são marcadas ainda pela presença de população flutuante formada por militares, agentes das polícias federal e estadual e de outros órgãos de fiscalização, e pela chagada frequência de imigrantes que procuram o município para comércio de produtos de seus países e utilização de serviços públicos brasileiros, como saúde e educação (PEITER 2005).

As peculiaridades populacionais da região, acentuadas pelo clima úmido e quente, típicos das regiões Amazônicas, colocam Tabatinga em posição de porta de entrada para o narcotráfico, prostituição e grande mobilidade populacional entre o Brasil, Colômbia e Peru, e conferem a este município uma vulnerabilidade que incidem diretamente nas condições sociais da população local.

Como município-polo da RAS-AS, Tabatinga representa uma referência para a saúde da região, porém por não dispor de mecanismos para responder as demandas que chegam até ela, principalmente os casos da atenção de média e alta complexidade, que migram dos oito municípios de compõe a RAS, ela torna-se um ponto de passagem entre o município de origem do paciente e a capital do Estado.

Percebe-se que os gestores de saúde, tanto municipais, quanto estaduais, reconhecem as peculiaridades, dificuldades e desafios vivenciados por essa população fronteiriça. Assim, empreendem diversas estratégias para a melhoria das condições saúde do município e da região.

Entretanto, eles admitem que a maioria dessas políticas não alcançam os resultados propostos. Sendo que muitos desses insucessos são relacionados a diversidade cultural, social e populacional existente na região. O SIS-Fronteiras foi uma política apresentada pelo Ministério da Saúde, em 2005, como uma estratégia para melhoria nas condições de saúde das regiões fronteiriças do país. O programa SIS-Fronteiras foi aderido por Tabatinga em 2006.

Como componente da tríplice fronteira, Tabatinga soma desafios, especificamente financeiros, relacionados a demanda de atendimentos de saúde a populações dos países vizinhos. Segundo os gestores este fator cria dificuldades no planejamento de ações de saúde e aumenta os custos com insumos e materiais.

Apesar dessas dificuldades, os gestores reconhecem que o município recebe benefícios por encontrar-se nesta localização geográfica, especialmente por pertencer a uma ALC, o que facilita a entrada de produtos importados via Colômbia e a utilização dos serviços disponíveis nos outros países da tríplice fronteira, principalmente na Colômbia. Esta facilidade é importante para vários segmentos da população tabatinguense, pois por estar a uma grande distância de Manaus, Tabatinga sofre com desabastecimento de produtos e apresenta baixa oferta de alguns serviços.

Como município de fronteira, Tabatinga apresenta diversas adversidades no setor de saúde, por sofrer com a distância dos grandes centros, que é intensificada pela dificuldade de acesso e por apresentar uma grande diversidade populacional. Outro fator que aumenta as dificuldades no setor de saúde do município é a elevada demanda de atendimento, pois no município, além as demandas de saúde do município e da região para o qual é referência, existe o atendimento a uma população estrangeira que não é prevista em registros populacionais ou reconhecida pela esfera do Governo Federal.

5.2 MANUSCRITO I: A ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTRANGEIROS NA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL, COLÔMBIA E PERU

RESUMO

Objetivo: Explanar as características da atenção à saúde de estrangeiros nos serviços de saúde do município de Tabatinga/AM. **Método:** Estudo de caso único, explicativo, integrado de abordagem qualitativa e amparado na teoria do construtivismo social. Este estudo foi realizado em município amazonense localizado na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Foram utilizadas três fontes de evidências: dados documentais; entrevistas com gestores das secretarias Estadual e Municipal de Saúde, do Amazonas e Tabatinga, respectivamente; e observações diretas em duas unidades básicas de saúde da família, uma maternidade e uma unidade de pronto atendimento. A organização dos dados foi realizada com auxílio de *software* MaxQDA12®. Para as análises foram utilizadas estratégia analítica das proposições teóricas e da construção de explicações para o fenômeno estudado. **Resultados:** A análise das evidências possibilitou a criação de três categorias para explicar a atenção à saúde de estrangeiros na tríplice fronteira: Atenção à saúde de estrangeiros: particularidades dos atendimentos; Atenção à saúde de estrangeiros: Avanços e desafios; A Atenção à saúde de estrangeiros: A construção de uma realidade a partir da interação entre os agentes. **Conclusão:** A atenção à saúde de estrangeiros na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru é uma realidade que enfrenta desafios na sua implementação, mas que por estar firmada por relações interpessoais e pautada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde é reconhecida como necessária e defendida pelos gestores locais.

Descritores: Atenção à Saúde; Saúde na Fronteira; Gestão em Saúde; Cooperação Internacional.

INTRODUÇÃO

Desde o império romano, as fronteiras delimitam espaços geopolíticos, designando identidades políticas, sociais e culturais a uma nação. Politicamente, a definição de fronteira a descreve como o limite territorial entre dois países que se constituem como poder político dos Estados Nacionais (FERRARI, 2014).

Por esta definição, as fronteiras se limitam a linhas mapeadas cartograficamente com a finalidade de separar unidades espaciais (SILVA; TOURINHO, 2017). Porém, as interações sociais representam um papel importante na formação e configuração das regiões de fronteiras, pois a diversidade cultural e social das populações fronteiriças e suas interações comerciais, religiosas, familiares e até mesmo políticas moldam constantemente os espaços físicos e simbólicos destas regiões (ANDRADE, 2010). Nesta perspectiva, ser cidadão fronteiriço significa manter uma relação de dualidade entre as estruturas políticas e sociais da fronteira, uma que determina os espaços territoriais, com suas normas e peculiaridades regionais, e outra formada a partir da convivência com seus pares vizinhos.

Nessa relação, o cotidiano do cidadão de fronteira é moldado pela mobilidade populacional e pela utilização de bens e serviços entre os países fronteiriços, principalmente se tratando de cidades gêmeas, que usualmente são distantes dos círculos nacionais e expressam as semelhanças e contradições entre os países (NOGUEIRA; SILVA, 2009). Sendo que parte importante do fluxo de pessoas, que entram no Brasil, o faz em busca dos serviços públicos de saúde gratuitos que o Brasil oferece. Segundo Schwartz e Fuga (2015) o que levam estrangeiros a buscarem por serviços de saúde em municípios de fronteiras brasileiras é a proximidade geográfica e a universalidade do sistema.

Na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, incluído Tabatinga, município que serviu como caso para este estudo, a atenção à saúde de estrangeiros influencia os deslocamentos populacionais entre os países, pois as condições de saúde e sociais das populações da região, aliadas aos diferentes modelos de assistência a saúde dos três países que a integram, intensificam o fluxo de usuários que buscam por atendimento de saúde do lado brasileiro (PEITER, 2005; LEVINO, 2010), que é considerado o mais igualitário entre os três países por seu acesso baseado na universalidade e integralidade (PEITER et al., 2013).

Outro fator preponderante na questão na mobilidade urbana e na atenção a saúde de estrangeiros é a globalização, pois essa pode acarretar diversos problemas de saúde contemporâneos (BUSS, 2018),

principalmente em regiões fronteiriças que são marcadas pelas desigualdades sociais e pela dificuldade de controle de endemias. A partir dessa perspectiva, a atenção à saúde nas fronteiras deve ser compreendida pela dinâmica de saúde global, pois as políticas públicas de saúde de determinado país, normalmente, são influenciadas por questões de ordem mundial, não se atendo somente aos limites fronteiriços de uma nação (JONES; CLAVIER; POTVIN, 2017).

A atenção à saúde de estrangeiros é uma realidade em vários municípios fronteiriços do Brasil (GIOVANELLA et al., 2007; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; PEITER et al, 2013) e América Latina (CORBINOS et al., 2017), bem como em países da América do Norte (HILARIO, et al., 2018) e da Europa (TOGNETTI, 2015). Contudo, não existem políticas públicas internacionais que definam como e quando a atenção à saúde de estrangeiros em regiões fronteiriças deve ser praticada. Assim, o acesso à saúde por estas populações depende dos sistemas e políticas públicas de saúde de cada país e do posicionamento ético e políticos dos gestores locais (AZZOPARDI-MUSCAT et al., 2018; KATO, 2016).

Ciente dessas dificuldades em regiões fronteiriças e de como elas podem influenciar as condições de saúde das populações dessas regiões e do país, o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde, criou, no ano de 2005, o programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras). Este programa teve por objetivo favorecer a integração de ações e serviços de saúde nas regiões fronteiriças, fornecendo subsídios para a organização e fortalecimento dos sistemas de saúde locais (BRASIL, 2005).

O SIS-Fronteiras abrangeu 121 municípios fronteiriços do país, que fazem fronteira com dez países da América do Sul: Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015) que apresentavam dificuldades com o acréscimo sistemático e não quantificado de atendimento a população estrangeira que buscavam por serviços de assistência de saúde naqueles municípios (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

No Estado do Amazonas, vários municípios, entre eles Tabatinga, aderiram ao SIS-Fronteiras, porém diferente do que ocorreu em outras regiões fronteiriças do país, não são encontrados estudos que demonstrem os resultados do programa na região. Nogueira e Fagundes (2014) concluíram que nas regiões de fronteira do arco sul, as propostas pretendidas no programa, não foram alcançadas, percepção também de

Ferreira e colaboradores (2015) na avaliação do programa na cidade fronteira de Corumbá, no arco central.

A faixa de fronteira Nacional é dividida em três arcos, sul, central e norte que apresentam peculiaridades marcantes que as distinguem, pois as cidades fronteiriças são afetadas diretamente por questões políticas, econômicas e diplomáticas dos países vizinhos (BRASIL, 2009).

Assim entender a dinâmica da atenção à saúde a estrangeiros em regiões de fronteiras do arco norte é fundamental para implementação de políticas públicas de saúde que atinjam essa temática, pois esta é uma região de apresenta muitas diferenças em relação às demais regiões fronteiriças do Brasil. Por estar situada na Amazônia Legal, ela apresenta um predomínio de populações indígenas e conta com grandes áreas de Reserva Legal.

A região de fronteira do arco norte se divide em seis sub-regiões (BRASIL, 2009), A quarta sub-região foi local que serviu de base para este estudo. Esta sub-região do arco norte, situada no estado do Amazonas, forma a tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, considerada uma região estratégica na faixa de fronteira nacional, por ser porta de entrada para a Bacia Amazônica, constituindo-se assim um importante corredor de integração sul americano (BRASIL, 2009) e ser uma das mais críticas da Amazônia brasileira, por concentrar os principais determinantes de saúde comuns às zonas de fronteira (PEITER, 2005).

Outra característica da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru é que nesta região se consolidou uma cultura e identidade coletiva ancorada na solidariedade mútua que se formou em consequência da distância e isolamento de grandes centros urbanos. Neste contexto, a situação geográfica aliada a mobilidade populacional é facilitada pela conurbação entre Brasil, Colômbia e pela curta distância entre Brasil e Peru.

Estas características geográficas propiciam e consolidam vínculos que se revelam em diversos níveis de parentescos, entre as pessoas, que transitam livremente entre os três países, e ainda por relações de comércio, lazer e utilização de bens e serviços. A formação destas identidades é particularmente diferente para cada região fronteira, pois essas dependem da existência ou não de interação entre as sociedades fronteiriças, bem como do resultado do histórico e porosidade dessas relações (NOGUEIRA, 2007).

A formação de identidades coletivas a partir das inter-relações sociais é definida na teoria do construtivismo social, aplicada às relações

internacionais. Neste contexto, o construtivismo social considera que as interações humanas consistem fundamentalmente de ideias, pensamentos e crenças e que esses elementos constroem as identidades e os interesses das pessoas (ADLER, 1999). Para Wendt (1992) as estruturas definidas a partir dos Estados, que ele chama de “atores”, não são independentes do processo de interação das pessoas (agentes). O autor defende que a estrutura é o que os agentes fazem dela, ou seja, que os movimentos de interação dos agentes formam as identidades e interesse da cada estrutura (WENDT, 1992; 1999) e que através dessa interação, os Estados podem formar identidades e interesses coletivos (WENDT, 1994), que podem afetar as estruturas e o cotidiano das pessoas que vivem nestes Estados.

Assim, considerando o contexto do construtivismo social, a atenção à saúde de estrangeiros na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru pode apresentar influências diretas das condições sociais, econômicas, culturais e geográficas estabelecidas na região. Porém, este fenômeno é pouco explorado na literatura, deixando assim lacunas no conhecimento dessa realidade naquela região.

Diante dessa condição, este estudo pautou-se na seguinte questão de pesquisa: Como ocorre a atenção à saúde de estrangeiros que utilizam os serviços de saúde de Tabatinga, município de tríplice fronteira internacional amazônica, compreendida por Brasil, Colômbia e Peru? Por consequência, o objetivo do estudo foi explanar as características da atenção à saúde de estrangeiros nos serviços de saúde do município de Tabatinga/AM.

MÉTODOS

Estudo de caso único, explicativo com abordagem qualitativa, com quatro unidades integradas de análise, conduzido conforme Yin (2015), e amparado na teoria do construtivismo social (WENDT, 1992, 1994, 1999). O contexto deste estudo foi a tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru e o caso o município de Tabatinga, no Estado do Amazonas, Brasil (Tabatinga/AM). Como unidades integradas de análises foram utilizadas duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma maternidade.

O estudo foi realizado em Tabatinga, município de aproximadamente 63 mil habitantes (IBGE, 2018b), componente da tríplice fronteira internacional, Brasil, Colômbia e Peru. O município faz fronteira seca e cidade-gêmea com a cidade de Letícia, no departamento de Amazonas, na Colômbia e fronteira úmida, através do Rio Solimões,

com a cidade de Ilha de Santa Rosa do *Yavari*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru.

Para assegurar a qualidade do estudo de caso, foram adotados testes de validade e confiabilidade, alcançados através do desenvolvimento de protocolo de estudo de caso que guiou o estudo desde o seu planejamento até o relatório final, da utilização de múltiplas fontes de evidências, da coleta de dados encadeada, da organização dos dados por *software* específico para estudos qualitativos e da análise das evidências fundamentada em teoria filosófica e na construção de explicações para o fenômeno estudado.

Foram utilizadas três fontes de evidências: dados documentais, entrevistas e observações diretas. A coleta dos dados documentais aconteceu no mês de março de 2017, em arquivos físicos da Secretaria Municipal Saúde de Tabatinga/AM (SEMSA/TBT) e Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga/AM (CMS/TBT), e *websites* oficiais da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e Ministério da Saúde do Brasil.

Foram incluídos no estudo documentos produzidos entre os anos de 2005 a 2017. Este recorte temporal foi considerado a partir da implantação do programa SIS-Fronteiras no Brasil (BRASIL, 2005). Considerando-se para análise os seguintes documentos: Atos Administrativos, Decretos, Decretos-Lei, Instruções Normativas, Leis, Normas Técnicas, Portarias, Resoluções, Atas de Reuniões, Ofícios e outros documentos oficiais remetidos ou recebidos pelo Ministério da Saúde, SUSAM, SEMSA/TBT e CMS/TBT.

A primeira pesquisa de dados documentais possibilitou o levantamento de 3.858 documentos, que foram avaliados primeiramente pela relevância em relação ao tema. Sendo excluídos, a partir dessa primeira avaliação 3.760 documentos por não se adequarem a temática proposta, ou seja, o banco de dados utilizado neste estudo é composto por de 98 documentos.

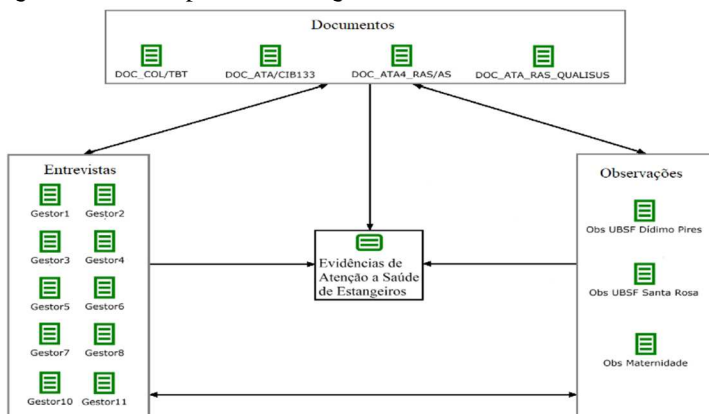
Nas entrevistas foram incluídos gestores da SUSAM, SEMSA/TBT e CMS/TBT, com poder decisório em processos de implantação ou implementação de políticas públicas de saúde para integração de saúde na tríplice fronteira, Brasil, Colômbia e Peru ou que prestavam serviços em unidades de saúde com atendimento a estrangeiros em Tabatinga. Foram ainda incluídos no estudo dois informantes-chave, sendo um da SUSAM e um representante do Governo Federal do Peru, que se mostraram fundamentais para a compreensão do fenômeno estudado. Isto posto, formou-se um banco de dados de 12 entrevistas.

As entrevistas aconteceram entre os meses de maio a novembro de 2017, sendo agendadas previamente com cada participante. Tiveram duração em média de 60 minutos e foram conduzidas individualmente entre a pesquisadora e participante. No momento da entrevista foram utilizados gravador de voz digital Zoom® H2n Handy Recorder e roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões sobre a atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga, que objetivavam direcionar a pesquisadora na condução da entrevista. Foram excluídos do estudo os participantes afastados de suas funções por prazo superior a coleta de dados.

As observações diretas aconteceram nos serviços que representaram as unidades integradas de análises, composta pela UBFS Dídimo Pires de Oliveira e UBSF Santa Rosa, UPA de Tabatinga e Maternidade Celina Villacrez Ruiz. As UBSF Dídimo Pires de Oliveira e Santa Rosa foram incluídas no estudo devido sua proximidade com as fronteiras com o Peru e com a Colômbia, já a UPA-24 e a Maternidade Celina Villacrez Ruiz foram incluídos por serem as unidades de referência no atendimento à urgência e emergência e partos de baixo risco do município de Tabatinga e região. As observações foram previamente agendadas com os gestores dos estabelecimentos e aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2017 com duração total de 34 horas.

A organização dos dados foi realizada com auxílio de *software* MaxQDA12®, que possibilitou a criação categorias, códigos subcódigos, permitindo assim a análise das evidências separadamente e recombinadas entre si. Para análise das evidências foram adotadas as proposições teóricas e a construção de explicações como estratégia e técnicas analíticas, o que apontou as condições relevantes a serem descritas e a construção de explicações para o fenômeno estudado. A análise dos documentais, entrevistas e observações diretas, permitiu a convergência dos dados de forma triangular (Figura 10).

Figura 10 - Triangulação de dados que evidencia a atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga/AM, Brasil.



Fonte: MaxQDA12[®], 2018.

Este estudo respeitou os preceitos éticos da Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com parecer n° 2.047.137.

RESULTADOS

A análise das evidências possibilitou a criação de três categorias que explicam o fenômeno da atenção à saúde de estrangeiros.

Atenção à saúde de estrangeiros: particularidades dos atendimentos

A existência de atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga foi confirmada através das três fontes de evidências, sendo verificado que o tema foi recorrentemente discutido, tanto em conselhos de saúde estaduais, quanto municipais. A maioria dos participantes reconhece que a demanda de atendimento a estrangeiros acontece em todas as unidades de saúde do município.

O membro [...] adicionou algumas especificidades da região da tríplice fronteira internacional, onde existe uma população flutuante, que utilizam os nossos serviços de saúde [...] que são os peruanos e colombianos [...] (Ata da reunião RAS/AS_ Qualisus).

[...] tem muito atendimento mesmo [...] a gente atende principalmente peruanos, a nossa área é uma área que tem muitos peruanos, porque a gente está muito próxima da divisa com o Peru [...] (Gestor 2).

[...] muy usual, por no decir muy frecuente, que los ciudadanos Peruanos, que los pacientes peruanos que necesitan algún tipo de atención [...] tengan que recurrir a los servicios de salud del Brasil, en este caso de la ciudad de Tabatinga que está ubicada en la zona de la triple frontera.” (Gestor 11).

A enfermeira da ESF [...] atendeu uma jovem que estava acompanhada de sua mãe [...], segundo relato, a moça estava grávida de três meses [...] eram moradoras de Santa Rosa, no Peru e que até o momento a filha não tinha iniciado o pré-natal ou feito nenhum exame [...] (Observação direta na UBSF Dídimo Pires de Oliveira).

O atendimento de saúde a estrangeiros é uma realidade em todos os serviços do município de Tabatinga, porém a maior ocorrência foi constatada nos serviços de atenção básica à saúde, especialmente nas UBSF que ficam próximas as linhas de fronteira, nas quais as populações dos países vizinhos encontram maior facilidade de acesso (mobilidade).

[...] nós falamos dessas duas unidades básicas, mas esse atendimento acontece em menor quantidade em todas as unidades [...] mas é fato que na UBSF Santa Rosa mais de 20% dos atendimentos são voltado para o estrangeiro [...] (Gestor 5).

Os estrangeiros que procuram os serviços de saúde Tabatinga, o fazem por diversos motivos. Os participantes declaram que, na atenção básica, eles atravessam a fronteira em busca de consultas médicas e de enfermagem, principalmente nos programas de atenção á saúde da mulher e da criança, como consultas de pré-natal e de crescimento e desenvolvimento e ainda os serviços de imunização. Verificou-se que

neste nível de atenção não existe predominância de população de um país específico, ou seja, a procura é relativamente igual tanto de peruanos, quanto de colombianos.

[...] eles vêm para cá, em busca de enfermeiro [...] médico e as consultas que são todas gratuitas [...] (Gestor 1).

Aqui nesta unidade nós oferecemos a assistência pré-natal [...] então, muitas, mas muitas mesmo vêm da Colômbia ou vêm do Peru para fazer o pré-natal aqui [...] (Gestor 2).

[...] a sala de vacina, segundo a atendente e a enfermeira responsável é um dos serviços mais utilizado pelos colombianos na UBSF [...], chegando a mais de 100 atendimentos ao mês [...] (Observação direta na UBSF Santa Rosa).

Na UPA, existe o predomínio de atendimentos a peruanos que buscam por serviços destinados ao atendimento de agravos agudos. Quanto aos colombianos, estes procuram a unidade, em sua maioria, em busca de atendimento para agravos violentos, como acidentes automobilísticos, por arma de fogo, por arma branca e para cirurgias eletivas. Já a busca pelos serviços da maternidade é predominantemente de peruanas.

[...] es decir, para nosotros que vivimos aquí, para los Peruanos que vivimos en la frontera, la atención medica de emergencia de salud tiene un lugar donde puede ser resuelta [...] en la UPA [...] (Gestor 11).

[...] a maioria dos estrangeiros que nós atendemos na UPA, ou é vítima de acidente de trânsito ou de arma de fogo ou arma branca [...] as cirurgias eletivas, que são geralmente hérnias, vesículas, essas coisas, quando realizadas em estrangeiros, a maioria é de quem mora no lado colombiano, porque lá estes são procedimentos caros. (Gestor 3).

[...] o número de partos de estrangeiras aqui é alto [...] a maioria de peruanas. (Gestor 3).

Outros serviços usualmente utilizados por essa população são os de prevenção, controle e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e síndrome da imunodeficiência adquirida (IST/HIV) e os de diagnóstico e tratamento de tuberculose.

Existe uma demanda importante de procura, dessa população, por alguns exames, como por exemplo, tuberculose [...] e uma demanda importante de pacientes com HIV/AIDS, principalmente agora que foi implantada carga viral e CD4 no Laboratório de Fronteira. (Gestor 9).

Atenção à saúde de estrangeiros: Avanços e desafios

A maioria dos participantes visualiza a atenção à saúde de estrangeiros como um fator intrínseco da região fronteiriça, reconhecendo que este fenômeno acarreta vários infortúnios e algumas benesses para a região.

Dentre avanços destaca-se que o SIS-Fronteiras foi descrito como um programa que ajudou a estruturar os serviços de saúde de Tabatinga. Com isso, alguns gestores acreditam que o programa tenha contribuído para a melhoria das condições de saúde da população local, tendo em vista o diagnóstico de saúde realizado e os incentivos financeiros advindos do programa. Entretanto, foram destacadas, quase que pela unanimidade dos participantes, que por descontinuidade do programa não foram implantadas, ou discutidas, políticas ou ações referendadas e legitimadas entre os três países, que pudessem favorecer a integração em saúde entre esses países da tríplice fronteira.

[...] o SIS-Fronteiras facilitava [...] porque as pessoas conversavam mais e as coisas saíam mais do papel para a prática, ao menos a gente visualizava mais coisas físicas sendo feitas a esse respeito [...] porque temos “entes” (SIC) na fronteira com diferentes entendimentos sobre atendimento a estrangeiros e sem o SIS-fronteiras isso ficou mais difícil, porque diminuiu a articulação [...] (Gestor 5).

[...] o SIS-Fronteiras foi um programa ou uma iniciativa de registro da atenção da saúde na fronteira único, e não houve nenhuma iniciativa

de substituição [...] e que lamentavelmente entrou em desuso [...] (Gestor 10).

O atendimento de todos os estrangeiros que procuram por serviços de saúde, também pode ser visualizado como um avanço, sendo senso comum entre os participantes que o princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser respeitado. Nestes termos, verificou-se a preocupação do CMS/TBT em discutir essa temática para conscientização da população e conselheiros locais sobre os direitos da população fronteiriça.

[...] todos são seres humanos, todos têm direito e o SUS é universal [...] hoje nos trabalhamos para conscientização de todos e dos conselheiros, aceitando ou não, que todos têm o direito de atendimento e todos são iguais [...] Eu não posso hoje trabalhar contra o atendimento aos estrangeiros, porque isso é um sistema [...] (Gestor 1)

Entre os desafios, os participantes enfatizam, principalmente os relacionados à gestão financeira, organizacional e dos serviços, entendendo-se que, apesar dos gestores manterem uma conduta de naturalidade frente ao fenômeno, eles enxergam a atenção à saúde de estrangeiros como um desafio.

Foi consenso entre os participantes que a atenção à saúde de estrangeiros acarreta prejuízos financeiros para o município e região, já que o financiamento do setor saúde é basicamente oriundo dos repasses do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), o qual é definido com base na população reconhecida como moradores do município. A reclamação da maioria dos participantes é que pelo sistema de informação em saúde, não se pode considerar as populações provenientes de outros países, que buscam assistência de saúde no município como população efetivamente atendida.

[...] é claro que a gente precisa de mais recurso para gerir a saúde na fronteira, porque os recursos destinados ao município vêm para os cidadãos cadastrados, para quem tem CPF, residência fixa, que são ou brasileiros ou estrangeiros naturalizados [...] a gente recebe por população per capita, mas tem muita gente, que

mora aqui de passagem, que não são regularizados, fora aqueles que vêm por aqui só para ser atendido, que é a população flutuante. (Gestor 6).

[...] atender é importante, o que eu falo é que este atendimento deve ser registrado em bancos de dados [...] porque se eles vêm uma vez tem mesmo que aparecer como população de fora da área, mas neste caso, eles vêm pela segunda, terceira ou quarta vez e daí é importante fazer um cadastro porque essa população está fora da nossa área, mas já se tornou um atendimento fixo [...]” (Gestor 5).

As questões financeiras relacionadas à atenção à saúde de estrangeiros são constatadas tanto nos níveis municipal, quanto estadual, pois como gestores dos serviços de especialidade e de urgência e emergência, os representantes da saúde estadual concordam que os custos relativos a internações hospitalares, assim como despesas no atendimento de urgência e emergência a esta população oneram as contas públicas de saúde do município e do estado brasileiro.

“[...] existe um prejuízo do ponto de vista econômico, pois internação não é uma coisa barata e dependendo do tempo, isso acaba onerando muito as secretarias municipais e a estadual, porque tem que prestar atendimento, que vai da vacina até a internação. (Gestor 8).

Atrelada às questões financeiras, aparecem os desafios organizacionais, relacionados a atenção à saúde de estrangeiros, destacando-se o planejamento das ações de saúde e organização dos serviços, que são efetuados com base na população cadastrada, mais que devem prever o acréscimo de atendimento de uma população que não consta nos registros municipais. Segundo os participantes, a rotatividade da população que não consta nos registros compromete a cobertura de atenção básica do município.

O planejamento de ações de saúde considera a população residente na área de abrangência, conforme a faixa etária correspondente à ação a ser realizada. Nestes termos, o planejamento de ações no município apresenta falhas, pois não se dispõe de dados confiáveis. Esta

mesma condição é descrita quanto a infraestrutura das instituições de saúde do município, que não suportam a demanda excessiva gerada pela população local, acrescida de população estrangeira, gerando situações como falta de recursos materiais, humanos, de serviços e de leitos para internação.

O membro [...] menciona a dificuldade que Tabatinga apresenta em realizar a cobertura na Atenção Básica, pois todos os meses o cenário é alterado, porque existe uma população cadastrada em torno de 75 a 80 mil pessoas, e são atendidos quase 100 mil [...] esse restante é a população flutuante [...] que utilizam os serviços de saúde do município [...] (Ata da reunião 4_RAS/AS).

[...] esse atendimento compromete, e muito, a nossa questão de abastecimento de farmácia, de doses de vacina, de testagem rápida para doenças transmissíveis, de insumos laboratoriais, e outros, porque a gente conta com 62 mil habitantes, mas a amplitude de atendimento é bem maior. (Gestor 4).

[...] chegamos a ter momentos de todos os leitos do [...] ocupados por estrangeiros que aguardavam por transferência [...] (Gestor 3).

Quanto à gestão de serviços, verificou-se que os gestores buscam manter a atenção à saúde de estrangeiros dentre as ações programadas, porém eles referem que a diversidade cultural e social da população fronteiriça, dificulta o desenvolvimento de ações baseadas nas necessidades reais dessa população. Os participantes declaram que a oferta de ações de saúde é baseada nas necessidades normativas advindas das políticas públicas estruturadas no município, sendo pouco contempladas as necessidades sentidas pela população fronteiriça, isso cria expectativas de resolutividade diversas entre as várias populações da região. Expectativas estas que nem sempre são supridas pelo setor saúde.

[...] o território tem duas dimensões para nós, que são o território assistencial e o território social

[...] no território social só dentro de Tabatinga vai se criar outros tantos territórios [...] não tem como a gente retratar os territórios sociais naquela região [...] são muitas as peculiaridades e iniquidades daquela região, isso pela questão dos povos que convivem ali. (Gestor 7).

Esta situação interfere também na comunicação verbal entre profissionais de saúde e usuários dos serviços provenientes da Colômbia ou do Peru. Segundo os gestores de serviços que fazem atendimento a estrangeiros, existe certo constrangimento dessa população em buscar por assistência nos serviços de saúde do lado brasileiro da fronteira, gerando uma situação de passividade do paciente frente ao profissional de saúde. Esta passividade, aliada a diferença do idioma, dificulta a relação profissional de saúde e paciente, deixando dúvidas se a atenção à saúde fornecida foi realmente efetiva.

[...] muitos estrangeiros vêm para cá achando que nós estamos fazendo um favor para eles, sabe? De atendê-los [...] Então eu percebo que eles são mais passivos ao atendimento, não questionam nada [...] e existe ainda dificuldade do idioma, que é uma das dificuldades que eu percebo até para a qualidade da informação, que eu considero um processo muito importante [...] (Gestor 2).

Outros desafios na atenção à saúde de estrangeiros são as diferenças entre políticas públicas dos três países da tríplice fronteira, principalmente as relacionadas ao controle de prevenção de doenças infectocontagiosas.

Atenção à saúde de estrangeiros: A construção de uma realidade a partir da interação entre os agentes.

A inclusão da atenção à saúde de estrangeiros no sistema de saúde municipal de Tabatinga se deve a vários fatores, sendo unânime entre os participantes que o direito universal à saúde, garantidos pelo SUS, é o que ampara o atendimento de saúde da população estrangeira.

[...] quando pensamos nesse atendimento, a gente percebe que se tem uma grande aceitação e um maior entendimento, tanto de profissionais,

quanto da população, que no Brasil o SUS é um direito de todos [...] (Gestor 5).

Entretanto, a pesquisa desvelou que além da universalidade, a atenção à saúde de estrangeiros se baseia também em valores ético-políticos, como o igualitarismo; respeito à liberdade individual e a vida humana; solidariedade e altruísmo. A atenção à saúde de estrangeiros, baseada em tais valores, se destaca tanto em falas dos entrevistados, quanto nas observações diretas.

[...] eles são muito carentes, então tendo algum agravamento eles vêm para cá e ninguém vai mandar o doente voltar [...] e ter que ir para Iguitos que é distante e caro [...] a gente não vai deixar uma pessoa morrer por uma questão legal, sendo que é o mesmo espaço geográfico. (Gestor 6).

Logo após o término das consultas agendadas o médico da estratégia saúde da família, saiu do consultório e foi até a recepção e perguntou se alguém estava ali para pegar receita ou precisava de atendimento [...] após atender algumas pessoas nessa condição, ele me explicou que nunca recusa atendimento a ninguém, pois sabe o que é precisar de ajuda [...] (Observação direta na UBSF Dídimo Pires de Oliveira).

As relações interpessoais das populações da fronteira é o grande propulsor dessa realidade, pois segundo os participantes, as divisões territoriais existentes na região são puramente políticas, não existindo barreiras sociais ou culturais, transformando o espaço dos três municípios limítrofes em um único território, que abriga a população da fronteira e favorece as inter-relações pessoais e institucionais.

[...] lá nós não podemos separar brasileiros e estrangeiros [...] O que existe lá, digamos assim, é um ambiente de convivência, onde as pessoas frequentam, onde as pessoas circulam [...] isso já se emoldurou, não muda mais. (Gestor 10).

DISCUSSÃO

A atenção à saúde de estrangeiros em regiões de fronteira já foi denominada, em estudos do Brasil e do mundo, como atendimento a

estrangeiros (GUERRA; VENTURA, 2017; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014; HILARIO, et al., 2018; TOGNETTI, 2015). No Brasil, a interpretação do sistema de saúde, baseado na universalidade, levam ao entendimento que estrangeiros podem ter acesso a ações e serviços dessa natureza (HAHN, 2017). A ocorrência da atenção a saúde de estrangeiros em municípios fronteiriços é atribuído a diversos fatores, que vão desde as baixas condições socioeconômicas das regiões de fronteira (PEITER et al., 2013) até as diferentes políticas e sistemas de saúde dos países limítrofes com o Brasil (NOGUEIRA et al., 2015; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Esta pesquisa expõe a realidade na tríplice fronteira, Brasil, Colômbia e Peru, através de estudo de caso realizado em cidade-gêmea, que sofre tanto com desigualdades e vulnerabilidades (PEITER et al., 2013), quanto com os desníveis dos sistemas de saúde do Brasil com a Colômbia e o Peru, que mantêm como principal característica a oferta de pacotes de serviços a grupos específicos da população (LEVINO; CARVALHO, 2011; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Nesta região, a atenção à saúde de estrangeiros é marcada ainda por fatores geográficos, pois a sua localização a coloca em posição de destaque nacional, como um corredor que exerce influências diretas na saúde da população local, como a inserção e reinserção de doenças e as dificuldades de controle e de prevenção das endemias regionais (QUIRÓS; GONZÁLEZ; VERGARA, 2011). Tais fatores atuam nos condicionantes de saúde local, através da imigração desordenada de populações que utilizam a região como porta de entrada para Brasil, como o caso dos haitianos em 2010 (SILVA, 2017), dos impactos ambientais produzidos principalmente pelo desmatamento, e de segurança, acarretadas pelo narcotráfico, violência, utilização de drogas ilícitas e prostituição (BRASIL, 2009; BALIEIRO; NASCIMENTO, 2014).

Neste cenário, a atenção à saúde de estrangeiros, ocorre em menor ou maior quantidade em todos os serviços de saúde, tendo sido constatado uma maior demanda de atendimento nos serviços de atenção básica. Em estudo realizado 2007, Giovanella e colaboradoras, ao descreverem a atenção à saúde de estrangeiros em municípios do arco sul do país, constataram que as consultas médicas de atenção básica, foi o segundo serviço mais procurado por estrangeiros, com destaque em mais de 60% dos municípios estudados, ficando atrás somente da busca por medicamentos. Neste mesmo estudo foi possível verificar que outras ações de atenção básica, como imunização e consultas de pré-natal

alcançam números expressivos na pesquisa (GIOVANELLA et al., 2007).

A busca de estrangeiros pela atenção básica no município de Tabatinga está diretamente relacionada a dois fatores: a estrutura dos serviços e de atendimento e a proximidade entre os três municípios da tríplice fronteira. Sendo o principal fator, a estrutura dos serviços de saúde e de atendimento, nesse nível de complexidade, ofertado pelo município brasileiro em comparação com os países vizinhos. Estudo realizado nesta tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, em 2010, demonstrou que dentre os três países, o lado brasileiro é o que oferece melhores estruturas de atenção básica, contanto na época com seis unidades básicas de saúde, enquanto Letícia não contava com nenhum serviço dessa natureza e Santa Rosa do *Yavarí*, contava apenas com uma unidade, denominada como centro de saúde (LEVINO, 2010).

Além das constatações, já anunciadas por Levino (2010) pôde-se verificar ainda que o único serviço de saúde existente em Santa Rosa do *Yavarí* sofre com inundações frequentes em períodos das cheias dos rios amazônicos, que são comuns entre os meses de fevereiro a junho (SOUZA; NASCIMENTO, 2017), agravando-se assim, ainda mais o acesso a saúde da população naquele município.

Diante da oferta escassa de serviços de atenção básica nos países vizinhos, é natural que a população dos municípios limítrofes procure por esses serviços do lado brasileiro, o que leva ao segundo fator, que é a proximidade entre os três municípios da tríplice fronteira. Esta proximidade tende a aumentar a mobilidade populacional entre os três municípios e conseqüentemente, proporciona uma facilidade de acesso aos serviços do lado mais estruturado e disponível. Essa condição é considerada comum em regiões fronteiriças, pois apesar da fronteira separar dois ou mais sistemas políticos, jurídicos e sociais distintos, a contigüidade geográfica finda por aproximar pessoas (SCHERMA; OLIVEIRA; FERRAZ, 2015).

A condição existente no município estudado, em relação à atenção à saúde de estrangeiros acarreta diversos desafios de gestão, porém, o financeiro foi o que recebeu maior destaque. Sabe-se que os problemas decorrentes do financiamento do setor saúde são enfrentados por diversos municípios brasileiros (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), contudo, em fronteiriços esta condição é acrescida da necessidade de gerir recursos que são destinados a uma população cadastrada, mas que servirá também a populações dos países limítrofes.

No Brasil, o cálculo para financiamento de ações de atenção básica é baseado em um valor per capita. Neste contexto, os municípios

fronteiriços assumem a demanda da população residente e mais o atendimento de saúde a estrangeiros, o que pode resultar em falta de orçamentos para cuidar de um e do outro, pois sendo o sistema de identificação da população que utiliza os serviços baseado em registros nacionais, os municípios acabam por responder isoladamente pelos custos da atenção a saúde de estrangeiros, sem poder contar com auxílio da união (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

A constatação da preocupação de gestores com as questões financeiras ligadas a atenção à saúde de estrangeira, nesta fronteira do arco norte, coincidem com descrições semelhantes em fronteiras do arco sul e central. No arco sul, estudos demonstraram que este é um dos principais obstáculos, relacionados a atenção à saúde de estrangeiros (DAL PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007; GIOVANELLA et al., 2007), fato também verificado em cidade fronteira do arco central (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; SILVA; NETO; MARIANI, 2017).

Esta condição também é vivenciada em países pertencentes a blocos econômicos unificados, como a União Europeia, pois mesmo naqueles, onde há oferta de cobertura por seguros de saúde obrigatórios ou por fundo nacionais de saúde, as entradas de pacientes externos causam um forte impacto nas despesas dos sistemas locais, devido à prestação de cuidados não incluídos na cesta de benefícios de saúde de cada país (RIED; RAU, 2017).

Um dos principais aspectos relacionados ao financiamento da atenção a saúde de estrangeiros, é que este pode interferir no reconhecimento de usuários e gestores do direito universal e integral a saúde para estrangeiros. Direito, este que tende a ser admitido no plano político e ético, mas que sofre fortes restrições em decorrência da insuficiência de subsídios financeiros para custear o acréscimo de atendimento proveniente da população estrangeira (FAGUNDES, et al., 2018).

Estas questões financeiras correspondem ainda a dificuldades de planejamento de ações e organização dos serviços de saúde no município estudado, citado também como um dos desafios da atenção à saúde de estrangeiros. Destacando-se que estas atividades são estabelecidas a partir de protocolos pautados em políticas públicas de saúde nacional e voltadas para a população cadastrada no território. Conforme determina estas políticas, o planejamento de ações e a organização dos serviços devem atender a determinados grupos populacionais estabelecidos territorialmente por conjuntos de famílias cadastradas.

Segundo Starfield (2002) sem a definição territorial e identificação do público-alvo a ser atingido pelas ações a serem desenvolvidas ou para qual propósito ao serviço se organizará, a atenção básica não cumprirá seu papel primordial de ser porta de entrada para os demais níveis de atenção. Seguindo esta lógica, em municípios de fronteiras, onde há um desconhecimento da real condição de saúde de parte da população usuária, o planejamento sobre as prioridades, investimentos e organização dos serviços, serão priorizado a partir das demandas reconhecidas da população do território.

Com isso, as necessidades sentidas pelas populações de países vizinhos, que procuram por atendimento, serão desconsideradas, o que levará a iniquidades na assistência. Neste contexto, mesmo que as ações pareçam eficientes em termos das necessidades normativas, os resultados não serão satisfatórios para toda a população usuária dos serviços (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

Quanto aos avanços percebidos, no tocante a atenção à saúde de estrangeiros na região estudada, ressalta-se que o SIS-Fronteiras é descrito por alguns participantes como um programa que trouxe benefícios para a saúde da região. Entretanto, estes benefícios se mostraram basicamente na melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde, não tendo sido observadas ações em outras áreas ou existência de propostas que pudessem conduzir ao processo de integração em saúde entre os três países daquela região.

A utilização de recursos para melhoria de infraestrutura dos serviços de saúde e a não concretização de iniciativas que buscassem a integração nas regiões fronteiriças é entendida como uma falha no alcance dos objetivos propostos pelo SIS-Fronteiras. Tal condição é atribuída a descontinuidade administrativa do programa, que consequentemente é justificada pela ausência de assessoramento dos Governos Federal e Estaduais sobre o programa (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

O respeito ao princípio da universalidade do SUS, pode também ser entendido como um resultado positivo para a atenção à saúde de estrangeiros no município estudado. Neste sentido, enfatiza-se que o direito a saúde para estrangeiros é passível de diversos entendimentos, a depender para qual população estrangeira este direito será aplicado (HAHN, 2017).

A Constituição Federal do Brasil prevê que todos brasileiros e estrangeiros residentes no país, são iguais perante a lei (BRASIL, 1988). Como não residentes no Brasil, pode-se listar algumas situações em que o estrangeiro receberá proteção do Estado Brasileiro, incluindo o direito

a saúde. Este direito será aplicado aos estrangeiros residentes no país, aos imigrantes, aos refugiados, aos requerentes de asilos, aos beneficiários de proteção subsidiária e as vítimas de tráfico de seres humanos (BRASIL, 1988; HAHN, 2017).

É comum em municípios de fronteira, o entendimento que a universalidade do SUS, subsidia a entrada de estrangeiros no Brasil, com o único propósito de utilização dos serviços de saúde brasileiros. Entretanto, o SUS deve garantir acesso à saúde a todos os estrangeiros em situação de emergência, sendo facultativo à governança do Estado, ou município atender em casos eletivos (HAHN, 2017).

Apesar deste posicionamento, outros estudiosos do tema, advertem que legislações e acordos internacionais entre Brasil e países da América do Sul, amparam o acesso a saúde de estrangeiros em regiões de Fronteira. Schwartz e Fuga (2015) recorrem as normativas da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Estatuto do Estrangeiro e a própria Constituição Brasileira para defender o atendimento de saúde ao estrangeiro em municípios de fronteiras do Brasil.

Esta dualidade jurídica possibilita que haja discrepâncias de entendimento, sobre o que real e normativo, com isso a inclusão ou não inclusão de estrangeiros no sistema da saúde municipal na dependência de critérios éticos e políticos de gestores locais (NOGUEIRA; GIMÉNEZ, 2010).

Em regiões fronteiriças, as condições sociais, quase sempre, são precárias com poucas ou nenhuma atividades econômicas rentáveis e com infraestrutura de saúde muitas vezes carentes, nestas condições, habitualmente o único acesso à saúde será atravessar a fronteira, do outro lado da rua, da ponte ou da balsa (FAGUNDES, et al., 2018).

Neste contexto, recorreremos a lembrança que saúde é um direito fundamental da pessoa humana, e sua realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978), sendo assim é dever de todos os gestores de saúde zelar pela vida humana, independente do espaço geográfico que esta vida se encontra.

Ademais, nas cidades fronteiriças existem relações interpessoais entre os países que favorecem o entendimento da que a saúde de determinado lado da fronteira, deve e pode ser compartilhada por todos. Nestas localidades, existe uma integração natural, o que cria uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova sociedade, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprios dessa localidade, e que apresenta uma identidade diferente do restante do país (OCAMPO, 2008).

Para o construtivismo social, a inter-relação de pessoas reflete nas estruturas tanto de estados e países que se moldam a partir das ações sociais e individuais (WENDT, 1994) formando e interferindo, no caso de regiões de fronteira, tanto as condições de sociais e de saúde, quanto na identidade da estrutura local.

Corroborando com este pensamento, Nogueira e Silva (2009) ressaltam que as regiões de fronteira não começam ou terminam na demarcação dos limites territoriais dos países, pois na prática a mobilidade urbana, a dinâmica de comércio, movimentação de capitais, fatores internos influenciam diretamente nas políticas que se aplicam ao país vizinho e que tudo isso é determinado a partir de relações estabelecidas entre os atores e agentes.

Del Rio e Cardia (2009) reafirmam que as populações fronteiriças aprendem a instrumentalizar a fronteira em função de seus interesses concretos e assim a políticas dessas regiões passam a ser reafirmadas ou negadas à medida que as fronteiras sociais geradas a partir da interação social, sobrepõem as demarcações estatais.

Aplicada à teoria do construtivismo social no município estudado e dada a inter-relação coletivas e individuais, apreende-se que na região formou-se uma identidade coletiva, que permite o acolhimento de estrangeiros que buscam assistência de saúde do lado brasileiro. Apesar dos desafios decorrentes da atenção a saúde de estrangeiros, e muito além da aplicação dos direitos estabelecidos pelo SUS, percebeu-se a preocupação da gestão em buscar formas de ofertar atendimento que alcançasse as necessidades sentidas, expressas e até comparativas dessa população.

Este estudo se limitou a apresentar, de forma qualitativa, à dinâmica da atenção a saúde de estrangeiros em um único município fronteiriço da Amazônia Legal, onde a temática tem sido pouco explorada. Apesar dessa limitação o estudo possibilitou a reflexão sobre o tema em uma das regiões de fronteira mais peculiares do Brasil, possibilitando assim a flexibilidade para regiões semelhantes, principalmente as de fronteiras do arco norte.

CONCLUSÃO

A região de fronteira estudada sofre com as características geográficas típicas da região amazônica, como clima, elevadas distâncias dos grandes centros, dificuldade de acesso aos serviços, o que consequentemente dificultam a sua resolutividade da saúde e aumenta as iniquidades e vulnerabilidades sociais. Nesta conjuntura, a atenção à saúde de estrangeiros é uma realidade que ultrapassa os termos das

políticas que a orienta, pois se firmou não somente nas questões normativas, mais também nas relações sociais estabelecidas pela população que unem suas forças para buscar maneiras de sobrevivência em um espaço geográfico cheio de idiossincrasias.

Neste espaço a população fronteiriça tem a liberdade de buscar por atenção a saúde do lado brasileiro, porém essa liberdade depende das vontades políticas dos gestores, que podem se sentir mais ou menos confortáveis com essa situação. Na atualidade, a gestão local, reconhece, apesar das dificuldades, que a saúde de estrangeiros é um direito que deve ser respeitado e incluído em políticas públicas de saúde, porém esse posicionamento local pode mudar conforme venham a se estabelecer novas relações políticas governamentais.

Para que essa fragilidade seja superada será necessária a institucionalização de políticas públicas fortes que se mantenham independente dos atores políticos que as regulem, pois somente assim a atenção a saúde de estrangeiros não estará submetida as decisões éticas e políticas de cada gestor.

REFERÊNCIAS

ADLER, E. Construtivismo no estudo das Relações Internacionais. **Lua Nova, Revista de Cultura e Política**, n. 47, p. 201-246, 1999.

AZZOPARDI-MUSCAT, N; BAETEN, R; CLEMENS, T; HABICHT, T; KESKIMÄKI, I; KOWALSKA-BOBKO, I; SAGAN, A; GINNEKEN, E. V. The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility. **Health Policy**, v. 122, p. 279–283, 2018.

BALIEIRO, L. F. V. D. NASCIMENTO, I. R. Tríplice fronteira Brasil, Peru e Colômbia e as implicações com o narcotráfico. **Textos & Debates**, n.26, p. 85-98, 2014.

BRASIL. Senado Federal. Constituição Federal da Republica Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.120**, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Lex: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 7 de jul. 2005; Seção 1, n.129, p.47.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. 2009. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/cartilha-pdff>.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466/2012. Lex: Brasília, dez. 2012.

BUSS, P. M. Brazilian international cooperation in health in the era of SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1881-1899, 2018.

CORBINOS, L. A; DELGADO, I; OYARTE, M; CABIESES, B. Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. **Oasis**, v. 25, p. 95-112, 2017.

DAL PRÁ, K. R; MENDES, J. M. R; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p. 164-174, 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978; Alma Ata, Cazaquistão.

DEL RIO, J. M. V; CARDIA, L. M. Etnografia das fronteiras políticas e sociais na Amazônia Ocidental: Brasil, Peru e Bolívia. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, v. 13, n. 292, 2009.

FAGUNDES, H. S; NOGUEIRA, V. M. R; KREUTZ, I. T; CASTAMANN, D. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. R. **Katál**, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2018.

FERRARI, M. As noções de fronteira em geografia. **Revista Perspectiva Geográfica/Unioeste**, v. 9, n. 10, p. 2014.

FERREIRA, C. M, P. G; MARIANI, M. A. P; BRATICEVIC, S. I. The multiple borders in the health care provided to foreigners in Corumbá, Brazil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.4, p.1137-1150, 2015.

GIOVANELLA, L; GUIMARÃES, L; NOGUEIRA, V. L. R; LOBATO, L. V. C; DAMASCENO, G. N. Saúde nas fronteiras: acesso

e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007.

GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

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.**, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

HAHN, T. M. O direito à saúde dos estrangeiros que necessitam de proteção: a aplicação jurisprudencial na legislação brasileira e na convenção europeia de direitos humanos. **Publicações da Escola da AGU**, v.9, n. 1, p. 251-280, 2017.

HILARIO, C. T; OLIFFE, J. L; J. L; WONG, J. P; BROWNE, A. J; JOHNSON, J. L. “Just as Canadian as Anyone Else”? Experiences of Second-Class Citizenship and the Mental Health of Young Immigrant and Refugee Men in Canada. **American Journal of Men’s Health**, v.12, n. 2, p. 210-220, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades, 2018b**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tabatinga/panorama>. Acesso em 21 de junho de 2018.

JONES, C. M; CLAVIER, C; POTVIN, L. Adapting public policy theory for public health research: A framework to understand the development of national policies on global health. **Social Science & Medicine**, v. 177, p. 69-77, 2017.

KATO, Y. Irregular foreigners’ right to health in Japan: an analysis from the perspectives of international covenant on economic, social and cultural rights. **ASIAN Academic Society International Conference, Nakhon Pathom**, Thailand, p. 418-425, 2016. Disponível em: <http://aasic.org/proc/aasic/article/view/208/0>. Acesso em 08 de julho de 2018.

LEVINO, A. S. N. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru**. 2010. 213 f.. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

LEVINO, A. S. N; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n. 5, p. 490-50, 2011.

MICLOS, P. V; CALVO, M. C. M; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Rev Saude Publica**. v. 51, n. 86, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NOGUEIRA, R. J. B. Fronteira: espaço de referência identitária?. **Ateliê Geográfico**, v.1, n.2, p.27-41 (2007).

NOGUEIRA, V. M. R; SILVA, Maria. G. Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde. **Revista em Pauta**, v. 6, n. 24, p. 83-98, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R; GIMÉNES, R. P. A política nacional de saúde para as regiões fronteiriças – Inovações e limites. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília, 2010. Internet. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/Inovacao.pdf>>.

NOGUEIRA, V. M. R; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS fronteiras – perspectivas para a Ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 13, n. 2 p. 245-260, 2014.

NOGUEIRA, V. M. R; FAGUNDES, H. S; ALONSO, C. B; CERCHIARO, E. O; CENTENO, J. H; JACQUIER, N. M; AGUERO, S. M. G; GARCIA, M. D. C. Políticas de saúde nos países do MERCOSUL: um retorno à universalidade? **R. Pol. Públ**, v. 19, n. 1, p. 145-156, 2015.

OCAMPO, A. H. T. A saúde nas fronteiras: “uma proposta de bem-estar e desenvolvimento”. In Souza, M. L.; Ferreira, L. A. P.; Rezende, V. M.; Branco, M. L. (org). A saúde e a inclusão social nas fronteiras. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. P. 149-154.

PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. 2005. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEITER, P. C; FRANCO, V. C; GRACIE, R; XAVIER, D. R; SUÁREZ-MUTIS, M. C. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, dez, 2013.

QUIRÓS, H. M; GONZÁLEZ, H. R; VERGARA, J. F. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p.148-152. 2011.

RIED, W; RAU, F. H. Cross-border health care in the European Union: evaluation of different financing arrangements. **Engineering Management in Production and Services**, v. 9, n. 2, p. 8-20, 2017.

SCHERMA, M; OLIVEIRA, J; FERRAZ, S. Cooperação internacional em saúde: um panorama da fronteira Brasil Venezuela. [internet]. **Espacios**, v. 36, n. 1, p. 9, 2015. Disponível: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/85284/1/2-s2.0-84921776743.pdf>.

SCHWARTZ, G; FUGA, P. H. D. O acesso à saúde nas fronteiras do MERCOSUL: Entre as normas e a realidade. **Revista Ajuris**, v.15, n. 137, 2015.

SILVA, J. A; OLIVEIRA NETO, A. F; MARIANI, M. A. P. Reflexões sobre o acesso à saúde na fronteira Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO). **Revista GeoPantanal**, n. especial, p. 79-95, 2017.

SILVA, Marlon. L; TOURINHO, H. L. Z. Território, territorialidade e fronteira: o problema dos limites municipais e seus desdobramentos em

Belém/PA. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 9, n. 1, p. 96-106, 2017.

SILVA, Milton. F. Haitianos no Amazonas: referenciação e poder. **Letras em Revista**, v. 8, n. 01, p. 32-52, 2017.

SOUZA, R. F; NASCIMENTO, S. L. Doenças e agravos no contexto das grandes inundações graduais no estado do Amazonas – Brasil. **HYGEIA- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.13, n. 26, p. 139-147, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TOGNETTI, M. Health inequalities: Access to service by immigrants in Italy. **Open Journal of Social Sciences**, v. 3, p. 8-15, 2015.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015, 290 p.

WENDT, A. Anarchy is what States Make of it: The Social Construction of Power Politics. **International Organization**, v. 46, n.2, p. 391-425, 1992.

WENDT, A. Collective Identity Formation and the International State. **American Political Science Review**, v. 88, n. 2, p. 384-396, 1994.

WENDT, A. **Social Theory of International Politics**. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

5.3 MANUSCRITO II: ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS PARA INTEGRAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NA TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL AMAZÔNICA

RESUMO

Introdução: O Brasil mantém na atualidade, fortes relações diplomáticas com os países da América do Sul, relações estas que se estendem para as instituições de saúde. **Objetivo:** Identificar as estratégias estabelecidas no município de Tabatinga e no Estado do Amazonas, para o favorecimento da integração em saúde entre os países da tríplice fronteira amazônica e analisar como estas estratégias são construídas e se mantêm. **Método:** Estudo de caso único, explicativo, qualitativo e integrado, realizado no contexto da tríplice fronteira amazônica, Brasil, Colômbia e Peru, no município de Tabatinga, Estado do Amazonas, Brasil. Como fontes de evidências foram utilizadas: dados documentais; entrevistas com gestores de saúde das secretarias de Estado de Saúde do Amazonas e Municipal de Saúde de Tabatinga; e observações diretas em quatro serviços de saúde que fazem atendimento a estrangeiros no município. Os dados foram organizados com *software* MaxQDA12® e analisados por estratégia analítica das proposições teóricas e da construção de explicações para o fenômeno estudado. **Resultados:** Os dados analisados evidenciaram a existência de estratégias nos três níveis governamentais formados pela União, Estado e Município. Deste modo foram criadas três categorias identificando as estratégias governamentais empreendidas pelos governos Federal, Estadual e Municipal. **Conclusão:** O estudo demonstrou a existência de estratégias de integração transfronteiriças nos três níveis governamentais. Entretanto, estes acordos apresentam diferentes finalidades, estruturas e dinâmicas de manutenção, dependendo das políticas envolvidas e o grau governamental que as estabelecem.

Descritores: Estratégias; Cooperação Internacional; Saúde na Fronteira; Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil mantém, na atualidade, fortes relações diplomáticas com os países da América do Sul, relações estas que se estendem para as instituições de saúde. Nas últimas décadas organizações internacionais, das quais o Brasil é integrante, como Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), Organismo Andino de Saúde/Convênio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS), União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), têm proporcionado uma evolução nas tratativas de cooperação com a América do Sul, possibilitando assim, um espaço de integração em saúde entre os países (CAMPOS, 2017; FARIA; GIOVANELLA; BERMUDEZ, 2015).

Em regiões fronteiriças, estas relações tendem a se intensificar, podendo ser consideradas como etapas preliminares para futuros processos de integração entre países fronteiriços (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005; BRASIL, 2009). Bontempo e colaboradoras (2013) descrevendo a integração entre os países do MERCOSUL, revelaram que um ponto que aproxima os países são iniciativas de cooperação entre sistemas de saúde, que na maioria das vezes são focadas nas necessidades sociais, principalmente aquelas relacionadas ao acesso a serviços de saúde.

Porém, as desigualdades assistenciais e discriminatórias entre os países tornam os processos de integração internacional, em zonas fronteiriças, e a garantia de acesso à saúde para populações dos países limítrofes, em ações complexas e nem sempre exitosas (LEVINO; CARVALHO, 2011; GUERRA; VENTURA, 2017). Essa integração depende de diversas negociações entre atores políticos e da sociedade em geral, que estejam compromissados com as reais necessidades de saúde das populações fronteiriças (FAGUNDES; KREUTZ; CASTAMANN, 2018).

Na perspectiva de fortalecimento da integração em saúde com países da América do Sul (BRASIL, 2008), o governo brasileiro lançou, em 2005, o programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), cujo objetivo era promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiriças, fortalecendo e organizando os sistemas locais de saúde (BRASIL, 2005). Neste contexto, o programa surgiu a partir do entendimento que a organização dos serviços de saúde em regiões fronteiriças é um processo equiparável e motivador da harmonização necessária para a integração dos sistemas (GADELHA; COSTA, 2007).

Na época de sua implantação, o SIS-Fronteiras foi recebido pelos gestores de saúde de municípios fronteiriços como um instrumento capaz de auxiliar no planejamento de ações e acordos de integração, que consequentemente pudessem vir a minimizar as adversidades de saúde dessas regiões. Contudo, estudos de avaliação deste programa demonstram que, em relação a integração transfronteiriça, poucas iniciativas foram estabelecidas durante a implementação do SIS-Fronteiras em municípios fronteiriços nacionais (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014; FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015; GUERRA; VENTURA, 2017).

Em 2017, o Ministério de Integração Nacional do Brasil lançou o Plano de Desenvolvimento e Integração das Faixas de Fronteira (PDIFF), que prioriza o desenvolvimento regional através do dinamismo econômico, infraestrutura logística e melhoria das condições sociais e de cidadania das populações fronteiriças, mediante o empoderamento dos diversos atores envolvidos e da preservação das particularidades locais (BRASIL, 2017b).

O município fronteiriço de Tabatinga, no Estado do Amazonas, que serviu como caso para este estudo, faz parte de Amazônia legal, por isso também conhecida como “Tríplice Fronteira Amazônica”, pois forma cidade-gêmea com Letícia, capital do Departamento de Amazonas, na Colômbia e fronteira úmida, com cidade Ilha de Santa Rosa do *Yavarí*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru.

O PDIFF reconhece que este município, na tríplice fronteira amazônica, assim como outras regiões fronteiriças do Estado do Amazonas, é extremamente permeável, por ser uma área de grande extensão territorial, coberta por selva e apresentar uma infinidade de vias de acessos fluviais. Além desta porosidade, a região apresenta condições socioeconômicas e educacionais precárias, com pouca ou nenhuma presença do Estado. Diante desses fatores, o PDIFF prevê, para esta região, o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida, ambiental e socioeconômico, através de encontros dialógicos com a participação de gestores e sociedade. Estes encontros têm por objetivo, não somente a identificação dos problemas locais de saúde, mas também a compreensão de seus mecanismos geradores (BRASIL, 2017b).

Neste cenário, para a integração entre os países limítrofes, o plano propõe várias atividades para o município de Tabatinga nas áreas de socioambientais e de saúde, estando dentre estas a efetivação de um

termo de ajuste entre os três países para a prestação de serviço de saúde na fronteira Brasil, Colômbia e Peru (BRASIL, 2017b).

As condições socioeconômicas, ambientais e culturais das populações moradoras na tríplice fronteira amazônica foram retratadas como precárias, devido a baixa renda da população, desmatamento e narcotráfico existentes na região (PEITER, et al., 2013; PADILHA et al., 2017). Além dessas características, os três países apresentam sistemas de saúde contrastantes, sendo o Brasil o único que se baseia na universalidade (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; MENDOZA-ARANA et al., 2018), o que dificulta ainda mais os processos de integração naquela região (LEVINO; CARVALHO, 2011).

Portanto, estudar como são realizados os processos de integração em saúde entre os países da tríplice fronteira amazônica, e como estes processos são mantidos pelos atores de diversos níveis governamentais, poderá fortalecer as discussões sobre o tema, no sentido de se demonstrar como tais mecanismos podem ser conduzidos para a melhoria das necessidades reais de saúde, daquela localidade e de regiões fronteiriças com cenários semelhantes.

Diante do exposto questiona-se: Como se definem e se mantêm as estratégias do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras entre os países da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru? O estudo tem ainda como objetivos identificar as estratégias estabelecidas no município de Tabatinga e no Estado do Amazonas, para o favorecimento da integração em saúde entre os países da tríplice fronteira amazônica; e Analisar a manutenção e a permanência de tais estratégias de integração em Tabatinga.

MÉTOD

Estudo de caso único, explicativo, qualitativo e integrado (YIN, 2015). Este estudo foi realizado no contexto da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, tendo como caso o município de Tabatinga, Amazonas, Brasil. As unidades integradas de análises utilizadas no estudo foram duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma maternidade estadual.

O município de Tabatinga, onde este estudo foi realizado, está situado a 1.105 km, por via aérea, e 1.600 km, por via fluvial, da capital do Estado do Amazonas e conta atualmente com 63.635 habitantes (IBGE, 2018b). Integrante do lado brasileiro da tríplice fronteira internacional amazônica, Brasil, Colômbia e Peru (TFBCP), o município forma cidade-gêmea com Letícia, no departamento de Amazonas, na Colômbia e fronteira pelo Rio Solimões, com cidade Ilha de Santa Rosa

do *Yavarí*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru.

Para se assegurar a qualidade desse estudo de caso foram empregados testes de confiabilidade e validade, alcançados pela utilização de três fontes de evidências; coleta encadeada de dados; organização e análise de dados com auxílio de *software*; construção de explicações para o fenômeno estudado; e desenvolvimento de um protocolo de estudo de caso, que guiou o estudo desde a sua construção até o relatório final.

As fontes de evidências desse estudo foram: dados documentais, entrevistas e observações diretas. A coleta dos dados documentais aconteceu no mês de março de 2017 e janeiro de 2018, em arquivos físicos da Secretaria Municipal Saúde de Tabatinga, Amazonas (SEMSA/TBT) e Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga (CMS/TBT), e em *websites* da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e Ministério da Saúde. Foram incluídos no estudo: Atos Administrativos, Decretos, Decretos-Lei, Instruções Normativas, Leis, Normas Técnicas, Portarias, Resoluções, Atas de Reuniões, Ofícios e outros documentos oficiais remetidos ou recebidos pelo Ministério da Saúde, SUSAM, SEMSA/TBT e CMS/TBT, produzidos entre os anos de 2005 e 2017. Este recorte temporal foi considerado a partir da implantação do programa SIS-Fronteiras no Brasil (BRASIL, 2005).

A primeira busca gerou um montante de 3.858 documentos que foram avaliados conforme sua estrutura e conteúdo escrito, em relação ao tema proposto, ou seja, estratégia governamental para regiões de fronteira no Brasil e/ou na TFBCP. A partir dessa primeira avaliação pode-se descartar 3.760 documentos, formando assim um banco de dados documentais de 98 documentos.

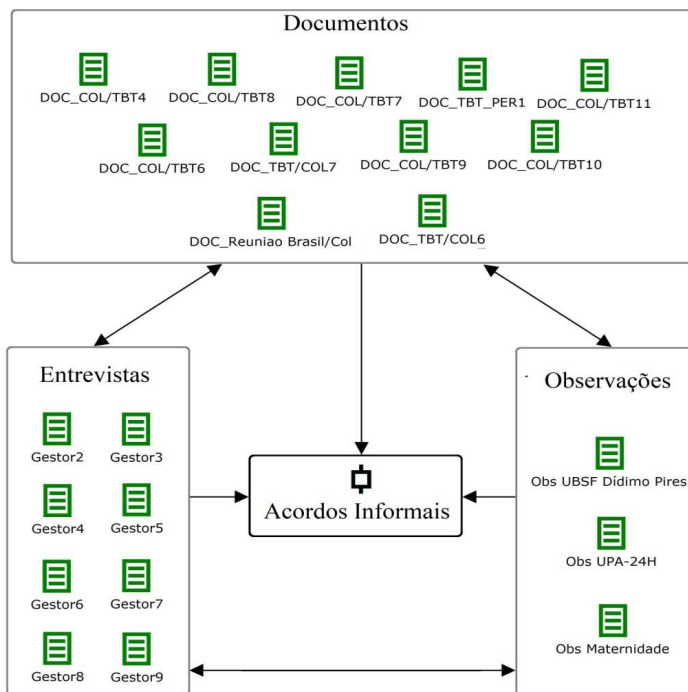
As entrevistas aconteceram entre os meses de abril a novembro de 2017, e contou com 12 entrevistas fornecidas por gestores da SUSAM, SEMSA/TBT e CMS/TBT e um informante-chave do consulado do Peru na Colômbia. A efetivação dos encontros foi realizada por meio de agendamento prévio com os gestores. No momento das entrevistas foram utilizados gravador de voz digital *Zoom® H2n Handy Recorder* e roteiro semiestruturado de entrevista. Cada entrevista durou em média 60 minutos.

As observações diretas aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2017, gerando um total de 34 horas de observação. Foram incluídas no estudo duas UBSF situadas nas proximidades das linhas de fronteira com o Peru e com a Colômbia (denominadas UBSF Dídimo

Pires de Oliveira e UBSF Santa Rosa), uma unidade de pronto atendimento (UPA de Tabatinga) e uma maternidade estadual (Maternidade Celina Villacrez Ruiz). A UPA de Tabatinga e a Maternidade Celina Villacrez Ruiz foram incluídas no estudo por serem as unidades de referência no atendimento a urgência e emergência e partos de baixo risco do município de Tabatinga.

Estas três fontes de evidências possibilitaram a triangulação de dados relativos a existência de acordos de integração em saúde entre governos do município de Tabatinga, Estado do Amazonas, Brasil e governos dos Municípios de Ilha de Santa do *Yavarí*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru e Letícia, Departamento de Amazonas, Colômbia (figura 11).

Figura 11 - Triangulação de dados que evidencia acordos de integração informais entre os governos do município de Tabatinga, Estado do Amazonas, Brasil e governos dos Municípios de Ilha de Santa do *Yavarí*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru e Letícia, Departamento de Amazonas, Colômbia.



Fonte: MaxQDA12®, 2018.

Os acordos de integração entre governos do Estado do Amazonas e entre governos do Brasil, Colômbia e Peru, foram evidenciados em documentos e entrevistas.

Os dados foram organizados com auxílio de *software* MaxQDA12®, que permitiu a criação de códigos e subcódigos e consequente análise dos dados. A proposição teórica do estudo foi utilizada como estratégia analítica e como técnica de análises, se adotou a construção de explicações, o que possibilitou o apontamento das relevâncias sobre o fenômeno estudado.

As diretrizes éticas da Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), foram respeitados em todas as fases do estudo, sendo este previamente aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com parecer n° 2.047.137.

RESULTADOS

Com base nas análises das evidências, foram criadas três categorias que possibilitaram identificar as estratégias governamentais, empreendidas pelos governos Federal, do Estado do Amazonas e do município Tabatinga, que favorecem ao processo de integração em saúde na região, e como estas estratégias se mantêm.

Estratégias do governo Federal Brasileiro para integração em saúde entre países da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru.

Os dados documentais evidenciaram que, no período do estudo foram realizados diversos acordos em saúde entre os governos do Brasil e Colômbia e Brasil e Peru, conforme pode ser verificado no quadro 4.

Apesar da maioria desses acordos permanecerem em vigência, foi constatado que os gestores, tanto estaduais quanto municipais, ou desconhecem as suas existências ou não os identificam como possíveis ferramentas para os processos de da integração em saúde na região estudada.

[...] acordo formal que envolva a tríplice fronteira? Eu desconheço [...] só se for internos na própria região [...] mas para abranger os municípios dos países vizinhos não, ou seja, essas questões internacionais. (Gestor 8).

[...] eu soube que foram assinados alguns acordos bilaterais, mas eu sei que estes acordos nunca

funcionaram na realidade, aqui [...] eu sei que eles existem, mas não funcionam, não sei por que, pode ser que tenham sido engavetados ou a burocracia impede deles chegarem até aqui e de serem praticados [...] (Gestor 6).

Os acordos de integração entre os governos Federais dos países componentes da tríplice fronteira em epígrafe são ancorados em acordos básicos celebrados na década de 1970.

Quadro 4 - Acordos de integração em saúde, entre Brasil e Colômbia ou Brasil e Peru de 2005 a 2017.

| Ano | Países | Objetivo do acordo | Vigência |
|------|-----------------|--|----------------------------------|
| 2006 | Brasil/Peru | Fortalecimento da regulamentação e fiscalização em saúde pública no processo de descentralização dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru. | Em vigor |
| 2006 | Brasil/Peru | Fortalecimento da capacidade de resposta dos serviços de saúde frente a uma pandemia de Influenza | Em ratificação de uma das partes |
| 2006 | Brasil/Peru | Implementação e adequação das normas técnicas da estratégia sanitária nacional de combate à DST/HIV/AIDS | Em ratificação de uma das partes |
| 2006 | Brasil/Peru | Fortalecimento institucional das assessorias internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru | Em vigor |
| 2007 | Brasil/Colômbia | Apoio Técnico para a implementação de bancos de leite humano na Colômbia | Em vigor |
| 2007 | Brasil/Colômbia | Fortalecimento institucional das assessorias internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e da Colômbia | Em vigor |
| 2008 | Brasil/Peru | Fortalecimento do processo de implementação da vigilância sanitária internacional em portos, aeroportos e fronteiras do Peru | Em ratificação de uma das partes |
| 2009 | Brasil/Peru | Apoio à implementação de | Concluído |

| | | | |
|------|-----------------|---|----------------------------------|
| | | bancos de leite humano no Peru | |
| 2009 | Brasil/Colômbia | Fortalecimento no diagnóstico molecular e tipificação das espécies de <i>Leishmania</i> , sua georreferenciação e análise espacial. | Em vigor |
| 2010 | Brasil/Peru | Estabelecimento de uma zona de integração fronteiriça Brasil/Peru para a criação do subgrupo de trabalho sobre saúde na fronteira | Em vigor |
| 2011 | Brasil/Peru | Fortalecimento institucional da direção geral de medicamentos insumos e drogas do Peru na área de vigilância sanitária | Em ratificação de uma das partes |
| 2012 | Brasil/Colômbia | Pesquisa e desenvolvimento para a fabricação e o controle da qualidade de produtos biológicos na Colômbia | Em vigor |
| 2013 | Brasil/Peru | Estabelece quadro complementar para o desenvolvimento de um novo programa de cooperação entre o Ministério da Saúde e os órgãos vinculados e o Ministério da Saúde do Peru (MINSA). | Em vigor |

Fonte Elaborada pela autora com base nos dados documentais.

Com a Colômbia, todos os acordos de integração, independente da finalidade, são baseados no Acordo Básico de Cooperação Técnica, celebrado entre o Brasil e a Colômbia, na cidade de Bogotá (Colômbia), em 13 de dezembro de 1972 e promulgado pelo Decreto n. 73.067, de 31 de outubro de 1973. Este acordo básico prevê a elaboração e implementação conjunta de programas e projetos de pesquisa científica sobre material de interesse comum; realização de estágios de treinamento, especialização ou aperfeiçoamento profissional em assuntos técnicos científicos, incluindo a área de saúde; e prestação de serviços de consultoria e assessoria. Ficando especificado no Decreto citado que somente as altas partes contratantes, ou seja, os governos Federais da Colômbia e do Brasil, farão uso desse acordo para fins de

processos de integração, ou seja, nem Estados ou municípios poderão utilizar este mecanismo para celebração de processos de integração.

Quanto ao Peru, os acordos são firmados com base no Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica, de 8 de outubro 1975, promulgado pelo Decreto n. 78.801 de 23 de novembro de 1976, que prevê intercâmbio de informações; aperfeiçoamento profissional; projetos conjuntos de pesquisa em áreas científicas e técnicas, inclusive de saúde, que sejam de interesses comum; intercâmbio de peritos e cientistas; organização de seminários e conferências; remessa e intercâmbio de equipamento e de material necessários à realização de projetos específicos; e qualquer outra modalidade de cooperação que for acordada entre os países. Assim como no caso da Colômbia, somente governos Federais poderão fazer uso deste instrumento legal.

Uma importante estratégia do governo Federal desenvolvida no intuito de favorecer a integração em saúde em regiões fronteiriças do Brasil foi o Programa SIS-fronteiras, criado em 2005 e que objetivava avaliar as condições de saúde dos municípios fronteiriços e promover a integração de ações e serviços de saúde nessas regiões. O município estudado aderiu ao programa em 2006, porém os dados analisados demonstraram poucos avanços em relação a políticas de integração, favorecidas pelo programa, na região.

[...] a questão de integração, eu não sei como o SIS-Fronteiras estava pretendendo fazer isso, porque não aconteceu nada em relação a essa proposta [...] (Gestor 6).

Quanto a manutenção do SIS-Fronteiras, verificou-se que ele se consolidou a partir do programa “Mais Saúde, um direito de todos”, que inclui dentre as suas diretrizes o fortalecimento da presença do Brasil no cenário internacional na área da saúde, e uma das medidas para se alcançar essa diretriz foi a criação do SIS-Fronteiras.

O programa de gestão previa o cumprimento de três fases distintas. Tabatinga cumpriu e recebeu recursos financeiros pelo cumprimento da primeira e segunda fase, porém, os gestores relataram, não terem recebido definições de como deveriam ser o desenvolvimento da terceira fase.

O Projeto em questão [...] prevê três fases [...] a fase 1 é a elaboração do diagnóstico local e plano operacional dos municípios fronteiriços e para

isso serão liberados 30% do montante total dos recursos alocado para cada município [...] a fase 2 será a de qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de saúde, quando concluídas os gestores receberão 35% dos recursos totais [...] a fase 3 será a implantação de serviços de saúde nos municípios [...] (ATA da reunião CIB/166 de 25 de outubro de 2010).

[...] não houve definições ou acompanhamento dos indicadores de saúde, a gente teve pouca coisa em cima disso [...] (Gestor 9).

O PDIFF foi também considerado uma estratégia para o favorecimento da integração entre os países da tríplice fronteira amazônica, havendo inclusive participação de gestores locais em reuniões para identificação dos temas relativos às regiões fronteiriças. Verificou-se, porém que a participação de gestores de Tabatinga, em reuniões ocorridas em Brasília (DF), não aumentou as expectativas e credibilidade de possíveis mudanças nas políticas de integração em saúde para região.

[...] eu pude participar dessa reunião em Brasília que foi proveitosa porque estiveram presentes também representantes da Colômbia e lá nos deram oportunidade de expor muitas coisas da nossa região [...] sendo que saúde foi só o tópico da pauta [...] Eu falei sobre as dificuldades de saúde [...] mas é aquela coisa, para a reunião eles se colocaram a disposição, mas eu voltei de lá já tem um tempo e ninguém mais se manifestou sobre isso [...] ficou tudo na promessa [...] Não existe uma resolutividade, uma pactuação ou algo escrito que a nós possamos cobrar. (Gestor 6).

Estratégias do governo do Estado do Amazonas para a integração em saúde na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru

O governo do Estado realizou algumas estratégias para melhoria das condições de saúde da população local. Indiretamente, estas estratégias alcançaram as populações dos países vizinhos, que procuram por atendimento de saúde em municípios da região e por consequência melhorou a inter-relação entre os três países.

Neste contexto, pode-se verificar que, tanto Tabatinga quanto os demais municípios da Região de Atenção à Saúde Alto Solimões (RAS-AS) são priorizados na implantação de programas e projetos de saúde, justamente por suas peculiaridades sociais, condições geográficas de municípios fronteiriços e pela elevada distância entre eles e a capital do estado.

[...] o Estado mantém um olhar diferenciado para o Alto Solimões, em todos os projetos essa região está materializada, [...] em projetos como o PRODERAM, depois o QUALISUS-Rede e agora a Rede de Atenção a Saúde, então isso tudo demonstra que a região do Alto Solimões, principalmente Tabatinga tem um trato diferenciado do Estado [...] (Gestor 8).

O Projeto de Desenvolvimento Regional do Estado do Amazonas (PRODERAM) foi implementado pela Companhia de Desenvolvimento do Estado do Amazonas (CIAMA), com recursos de empréstimo com o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Em Tabatinga, o projeto teve início em 2003, com o objetivo melhorar a qualidade de vida da população local, através de acesso à saúde, melhoria dos sistemas de saneamento básico, assim como aumento da oferta de empregos e renda.

Já o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QUALISUS-Rede), foi viabilizado através de programa instituído pelo Ministério da Saúde e financiado também por intermédio do BIRD. Este projeto teve por finalidade contribuir para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. Este programa avançou na região a partir de 2012, contribuindo para a estruturação da RAS-AS.

Estes dois programas foram essenciais para a criação e manutenção da RAS-AS, pois pela experiência do PRODERAM, a região do Alto Solimões foi contemplada como uma das 15 regiões de saúde a participarem do QUALISUS-Rede, conforme Portaria n. 1.375 de três de julho de 2012. Assim, com essas iniciativas, pôde-se viabilizar a RAS-AS, da qual Tabatinga é município-polo. Como município-polo da RAS-AS, Tabatinga recebeu infraestrutura para atenção à urgência e emergência e à saúde da mulher e da criança, mediante a construção de uma UPA e de uma maternidade e da implantação de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e

de uma Central de Regulação Médica. Estes serviços mudaram as características de saúde da região da TFBCP, inclusive na atenção a saúde de estrangeiros, que passaram a contar com serviços de atendimento a partos e de urgência e emergência.

[...] normalmente vienes por situaciones de emergencia [...] los ciudadanos peruanos terminen siendo atendidos en Tabatinga [...] en la UPA [...] (Gestor 11).

Mesmo sabendo que as populações dos países limítrofes não poderiam ser contabilizadas para fins de recebimentos de recursos financeiros, elas foram contabilizadas no planejamento desses programas e projetos como possíveis usuários do sistema de saúde brasileiro. Entretanto, os gestores referem que, por falta de uma integração entre os países, as discussões sobre implantação da RAS-AS não alcançaram as necessidades da atenção à saúde de estrangeiros.

[...] no processo de construção da Rede de Atenção a Saúde do Alto Solimões, no diagnóstico foi colocada a questão das populações, não só a brasileira [...]no caso da rede cegonha, urgência e emergência e psicossocial foi contado a população internacional, no caso do Peru e da Colômbia, ou seja, nesses planos tem as populações desses dois países contabilizadas como possível demanda de atendimento na tríplice fronteira. (Gestor 7).

[...] Na verdade não existe uma definição, o que existe hoje é uma discussão, e eu diria quase que unilateral das instituições brasileiras, e daí eu falo, governo do Estado do Amazonas [...] prefeitura municipal de Tabatinga [...] e nós discutimos muito a luz do usuário do SUS, das necessidades dos usuários brasileiros [...] (Gestor 10).

A manutenção da RAS-AS é realizada através da instalação de um consórcio regional de saúde entre os municípios integrantes da RAS, em associação com o PRODERAM, que tem por objetivo auxiliar na gestão, principalmente de recursos financeiros.

A RAS-AS é percebida por alguns gestores como uma tentativa de diminuir as iniquidades sociais da região. Porém, para outros, esta estratégia, apesar de melhorar a resolutividade do setor de saúde, não contemplam a realidade das condições sociais daquela localidade. Eles alegam que as repostas às necessidades de saúde local, são impostas conforme instruções normativas que nem sempre correspondem as necessidades sentidas pela população fronteiriça, levando a um descontentamento sobre a qualidade das ações desenvolvidas.

[...] a saúde tenta dar respostas em cima do geral, através da assistência de atenção primária, da urgência e emergência, internações e do parto e nascimento [...] mas nos sabemos que isso não alcança as necessidades deles, que vão muito além disso [...] (Gestor 7).

Assim, a fim de se reconhecer as reais necessidades de saúde da região o governo Estadual desenvolveu a estratégia de manter apoiadores institucionais nos vários serviços de saúde administrados pela SUSAM e situados na RAS-AS. A função destes apoiadores é observar a dinâmica de saúde da região e propor ações que possam minimizar as desigualdades sociais encontradas.

Esta estratégia foi implantada no ano de 2017, ou seja, é uma proposta ainda recente. Assim não houve registros de avaliações de resultados, porém, segundo os gestores, ela vem se mostrando eficiente para o propósito de diagnóstico das condições de saúde daquela população fronteiriça, o que poderá futuramente facilitar a promoção de ações com base na realidade local.

[...] nossa visão hoje como departamento é por região, o estado vai intervir na tríplice fronteira através dos apoiadores institucionais e do diagnóstico situacional da região [...] Esse apoiador institucional vai monitorar os municípios da região para poder entender melhor e dar um melhor trato as especificidades locais [...] esses apoiadores têm sido nossa estratégia atual na tentativa de se corrigir as iniquidades daquela região de saúde. (Gestor 7).

Estas estratégias, apesar de não estarem diretamente relacionadas à integração em saúde na TFBCP, não poderiam deixar de ser listadas

aqui, pois a resolutividade alcançada por elas modificou a dinâmica de acesso a saúde de toda a população fronteiriça, incluindo os estrangeiros.

Uma nova estratégia do governo Estadual, que está diretamente relacionada com a integração em saúde, é o planejamento e estruturação, em um futuro próximo, de uma sala binacional de situação em saúde entre Brasil e Colômbia. Nesta estratégia vem sendo depositadas esperanças de possíveis outros processos de integração em saúde entre os países da tríplice fronteira.

[...] a negociação para a estruturação da sala de situação está bem avançada, existe um aceite e uma boa receptividade da Colômbia [...] Houve uma reunião na qual ficou decidido algumas responsabilidades, principalmente no que diz respeito as questões de recursos humanos e o local de funcionamento [...] que será no município de Tabatinga [...] (Gestor 9).

Essa sala binacional será um instrumento muito importante para monitorar o território de fronteira, [...] será um espaço para troca de informações de agravos, para que as duas populações estejam sempre alertas, [...] ela poderá ser um primeiro passo para que acordos bilaterais possam sair do papel, ou melhor, do discurso, e começar acontecer, e beneficiar as duas populações [...] (Gestor 6).

O objetivo principal da estruturação da sala binacional de situação em saúde será de monitoramento das doenças infectocontagiosas na região da tríplice fronteira amazônica. Inicialmente estão envolvidos no projeto somente os municípios de Tabatinga no Brasil e Letícia na Colômbia, esperando-se que futuramente as negociações possam alcançar o município de Santa Rosa do Yavari, no Peru.

Na verdade, a proposta seria a gente iniciar uma sala trinacional de monitoramento e controle de doenças, mas em função, digamos, de questões burocráticas internacionais, se preferiu dar início entre o Brasil e a Colômbia, e logo em seguida

inserirmos as negociações com o Peru [...] (Gestor 9).

Esta estratégia se ampara em políticas internacionais e nacionais para o controle e prevenção de doenças em regiões fronteiriças, como por exemplo, o Regulamento Sanitário Internacional e o Conselho de Saúde Sul-Americano, que prevê que países que compartilham fronteiras comuns, devem estabelecer termos de cooperação para o desenvolvimento de ações conjuntas de vigilância epidemiológica, e elaboração de políticas de vigilância e controle de eventos em saúde.

Esta sala de situação, em fase de implantação, tem previsão de receber apoio financeiro do Ministério da Saúde e contará com apoio de recursos humanos e materiais do governo do Estado.

[...] estamos aí com o Ministério da Saúde para financiar a reforma do local, onde a sala será instalada [...] que já sinalizou que dará toda a infraestrutura [...] (Gestor 9).

Os gestores referiram que essa estratégia vai institucionalizar uma situação já existente, que é a troca de informações em saúde entre os países da tríplice fronteira. Atualmente, independente da organização política dos três países, os profissionais de saúde e gestores da região já mantêm relações pessoais e profissionais que facilitam esse tipo de integração e de comunicação entre os setores de saúde dos três países.

[...] já existe uma parceria, um dialogo entre os países, mas isso não é documentado [...], ou seja, tudo é informal [...] com a sala binacional estas informações deixam a informalidade e assim podem chegar muito mais rápido a Manaus e a Brasília. (Gestor 5).

Estratégias do governo municipal de Tabatinga para integração em saúde na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru

As três fontes de evidências demonstraram que, entre Tabatinga e os dois os municípios dos países vizinhos existe uma intensa movimentação de acordos de integração em saúde, que são realizados informalmente. Estes acordos são na maioria dos casos, celebrados entre os municípios da Colômbia e Brasil e utilizados tanto para troca de informações em saúde, quanto para utilização de bens e serviços entre os países da TFBCP.

A troca de informação, relativa a casos de doenças, informalmente, sempre aconteceu, eu acho que nós sempre tivemos muito mais uma integração técnica do que uma integração oficial [...] essa troca de favores sempre existiu lá [...] (Gestor 9).

[...] hoje, nos trabalhamos uma integração, mesmo que seja de forma não legalizada ou formal, mas existe essa integração [...] que aqui, é meio que automática, porque nós temos que nos adaptar a este fenômeno que é a fronteira, e como fazemos isso? Fazendo parcerias. (Gestor 6).

A integração informal é utilizada pelos gestores de saúde da tríplice fronteira Amazônica como uma estratégia para contornar as adversidades próprias da região, principalmente as relacionadas à logística, que é dificultada pela elevada distância entre o município e a capital do Estado e para minimizar a baixa resolutividade dos serviços de saúde, que se dá principalmente pela falta de recursos humanos especializados.

A usina do abastecimento de oxigênio daqui, não dá conta de suprir as nossas necessidades, [...] e neste momento eu não tenho como trazer de Manaus, então quem me abastece é Letícia [...] isso por acordos informais locais [...] (Gestor 3).

[...] não existe um acordo formal dizendo que eu posso ir à Colômbia e comprar os serviços de media e alta complexidade deles, e que eles em contrapartida poderiam utilizar os nossos serviços de controle vetorial, isso não existe. Mas na rede invisível, muitas vezes isso acontece, dependendo da situação, para salvar uma vida e evitar o pior. (Gestor 6).

[...] Respetado Doctor: [...] Sea esta la oportunidad para agradecerles toda la ayuda que nos ha prestado para fortalecer nuestras acciones en el control del Dengue; de igual manera solicito su colaboración [...] para organizar las acciones de fumigación com el

Equipo Pesdado ULV en frío en los barrios fronterizos [...] (parte do documento DDS 171-170-25 enviado pela directora de salud departamental de Letícia para o secretario de saúde de Tabatinga em 08 de agosto de 2011).

[...] se uma hora eles precisarem de alguma coisa, e a gente tiver a gente vai ajudar e se nós precisarmos de alguma coisa, se eles puderem, também sempre ajudam. Mas isso depende dos contatos [...] tudo é acordo de cavalheiros, ou seja, de boa vizinhança [...] (Gestor 6).

Estas estratégias são construídas e se mantêm unicamente pelas inter-relações pessoais entre gestores e profissionais de saúde locais, dos três países. Entretanto, por falta de respaldo político ou instrumentos legais que as tornem legítimas, elas podem ser facilmente mudadas e até mesmo encerradas.

[...] estas acordos informais, são entre instituições [...] daí quando são trocadas pessoas que gerenciam estas instituições, tudo muda junto [...] as discussões não avançam mais, porque quem entra não consegue retomar aquilo que já vinha acontecendo [...] porque nada é legalizado [...] (Gestor 5).

Os gestores reconhecem que estes acordos não são válidos juridicamente. Porém, eles afirmam que tais acordos constituem uma alternativa local de suprir a falta de ações que favoreçam a integração em saúde, por instâncias superiores. Nesta perspectiva, os gestores referem que o governo Federal estabelece poucas propostas que possam legitimar acordos de integração entre esses países da TFBCP.

[...] isso tudo é uma coisa que me deixa muito inquieto, porque não existe algo formal em uma esfera superior [...] mesmo sem envolver questões financeiras [...] mas é isso, muita coisa acaba sendo resolvido de maneira muito por fora do sistema, com negociações externas mesmo, como os nossos acordos informais locais, porque sem

eles a coisa não anda de maneira alguma [...] (Gestor 3).

[...] em 2012, na estruturação da RAS, foi muito forte a participação do Ministério da Saúde no Alto Solimões, mas de um tempo para cá essa cadeira na Comissão Intergestores Regional esvaziou [...] essa cadeira existe na questão legal e existe também a necessidade contínua da participação do Ministério da Saúde e da Integração Nacional nas discussões locais ali da área de fronteira, porque nós temos limitações nas tratativas com outros países [...] (Gestor 7).

Quanto a atenção à saúde de estrangeiros, verificou-se que esta é uma realidade no município estudado, e que ela traz consigo vários desafios para gestão de saúde local. Os gestores concordam que existem diversas discussões sobre esta temática, inclusive abrangendo gestores de saúde dos países vizinhos. Entretanto, tais discussões não conduzem a nenhuma política ou proposta de integração relacionada a atenção à saúde de estrangeiros.

[...] se hoje nós contarmos a população de Tabatinga ela alcança 62 mil habitantes, mas se formos colocar a população estrangeira que não está contabilizada no Censo, nós estamos fazendo em torno de 160 a 180 mil atendimentos anuais, e muitos desses atendimentos são direcionados aos estrangeiros [...] (Gestor 1).

[...] se conversa bastante sobre isso, mas não se chega ao nível de discussão onde se proponham estratégias de parceria para o atendimento de estrangeiros aqui [...] (Gestor 5).

Conversaciones, hay, ha habido, Hay [...] hay muchas iniciativas, pero como expresiones de interés de algo que se pudiera hacer aquí en la zona de la triple frontera para poder facilitar el acceso a los servicios de salud de la población de esta zona, pero concreto, concreto ¿algo escrito como una suerte de convenio? ;no (Gestor 11).

Os gestores indicam haver um sentimento de desamparo daquela região por parte do governo Federal, pois falta o apoio das esferas superiores para mediar às articulações internacionais necessárias para integração em saúde entre os três países, e consequentemente as informalidades dos processos existentes na região.

Tem pessoas que resolvem políticas lá em cima e que pensam que Tabatinga não é Brasil, mas Tabatinga é Brasil [...] Parece que somos esquecidos. (Gestor 6).

[...] essa questão das fronteiras merece um empenho maior por parte do Brasil [...] porque dependendo da demanda nós não podemos resolver pelo estado, porque estaremos entrando em uma discussão que pode gerar problemas diplomáticos [...] (Gestor 7).

Diante desse dilema, o governo municipal buscou estratégias para identificar a população estrangeira, bem como a atenção a saúde prestada a ela. Tais estratégias visam principalmente reconhecer as necessidades e condições de saúde da população estrangeira para melhoria do planejamento de ações e organização dos serviços de saúde do município.

Neste contexto, foram identificadas duas estratégias com esse objetivo. A primeira é o cadastramento dos moradores estrangeiros que permanecem por mais de seis meses nas áreas de abrangência das Equipes da ESF e a segunda é o fornecimento de cartão do SUS para estes moradores cadastrados.

[...] nós usamos os Agente Comunitário de Saúde (ACS) [...] Primeiro nos elaboramos um protocolo para cadastro dessa população, para diferenciar quem é a população própria do território [...] e quem é aquele que mora nessa faixa de fronteira, e está ilegal, e aquele que só vem para atendimento [...] neste novo recadastramento nós estamos incluindo os estrangeiros [...] quem está fazendo isso são os ACS, que conhecem e sabem quem é a população permanente e a visitante, que só veio para atendimento [...] (Gestor 5).

[...] o cartão do SUS abriu a exceção para o estrangeiro [...] mas isso tem que ter o elo do ACS, então não basta a estrangeiro chegar com cópia dos documentos deles e querer fazer o cartão [...] (Gestor 2).

[...] nossa estratégia é o cartão SUS, que a gente faz somente para questão de triagem mesmo, só para ter uma definição de quem é quem [...] (Gestor 6).

Estas estratégias estão indiretamente vinculadas a políticas de integração, pois ocorrem na tentativa de identificação dos usuários, que a partir desse cadastramento passam a fazer parte do território e das ações de saúde ali promovidas, mas que por não serem naturalizados brasileiros, não são contabilizados nas bases de dados nacionais, para repasse de financeiros.

Os gestores afirmam que estas estratégias vêm sendo mantidas na esperança que o Ministério da Saúde avalie as diferenças entre a população cadastrada para fins de repasses financeiros e a população de fato atendida pelos serviços de saúde do município, e assim possam ser criadas políticas direcionadas a atenção à saúde de estrangeiros para a região, incluído a cooperação transfronteiriça.

[...] vamos fazer identificação através do ACS [...] e a liberação do cartão SUS [...] e quando forem encaminhadas as produções [...] e aquela demanda aparecer, o próprio governo vai ver que aumentou [...] então o cartão SUS, é para que possamos identificar o atendimento do estrangeiro e criar um sistema de política direcionada ao atendimento dos estrangeiros aqui na nossa cidade [...] (Gestor 1).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstra a existência de estratégias, que favorecem a integração em saúde na região da tríplice fronteira internacional Amazônica, nos três níveis de governo. Porém, estas estratégias não se convergem, o que leva a uma fragilidade na implementação de políticas de integração na região estudada.

Esta fragilidade pode estar vinculada a não participação dos principais interessados nos resultados finais dessas estratégias, que são

as populações fronteiriças (CAMPOS, 2017), bem como de gestores e profissionais de saúde, que respondem diretamente pelas ações promovidas nos municípios de fronteira (FAGUNDES; KREUTZ; CASTAMANN, 2018).

Os acordos celebrados entre os governos Federais do Brasil, Colômbia e Peru, seguem a premissa global, de que cada vez mais a cooperação internacional, é uma atitude esperada entre os países, pois se acredita que o intercâmbio de conhecimentos e experiências equipara países, que sempre podem oferecer alguma cooperação, mesmo os menos desenvolvidos (FERREIRA, et al, 2016). Entretanto, em se tratando de saúde global, estes acordos são mais apropriados para negociações e monitoramento de regras normativas entre os países, necessitando de ampliação para criação de normas, mobilização de recursos e orientação das várias partes envolvidas no contexto, no sentido de cooperação mútua e de resultados efetivos (GOSTIN; SRIDHAR, 2014).

Estes acordos, por serem de competência exclusiva do governo Federal, apresentam poucos resultados nos estados e municípios. Neste contexto, verifica-se que das ações de integração empreendidas pelo Governo Federal, incluídas aquelas diretamente relacionadas a questões fronteiriças, somente o SIS-Fronteiras foi reconhecido pelos gestores, da região estudada, como uma política com capacidade de fomentar as discussões sobre estratégias para minimizar as demandas de saúde relativas às regiões fronteiriças.

Ainda assim, tais gestores não reconhecem o SIS-Fronteiras como uma possível estratégia para o favorecimento de processos de integração entre os países da região. Fato este, possivelmente, relacionado a condição de que em municípios de menor porte e longínquos, como o estudado, a implantação do SIS-Fronteiras se deu de forma vertical, com um exíguo debate entre os órgãos ministeriais, estaduais e municipais, o que levou ao desconhecimento e más interpretações sobre o programa e seus resultados (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Nogueira e Fagundes (2014) acreditam que para municípios com estas características, a concepção do programa está vinculada somente aos repasses financeiros para atenção a saúde de estrangeiros, não o associando a cooperações transfronteiriças. Outro aspecto que pode ter influenciado para esta visão do SIS-Fronteiras, pelos gestores, é o fato do programa ser genérico a qualquer região do Brasil, um país de extensão territorial de dimensão continental, composto ainda de heterogeneidade socioeconômica elevada.

O PDIFF, se cumpridas às determinações estabelecidas, poderá ser um marco nas interações do governo Federal com aos governos de regiões de fronteira, visto que o documento declara a importância das responsabilidades desses vários atores nos espaços de fronteira e de este espaço ser um importante cenário para desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais (BRASIL, 2017b).

Mais próximo ao município, o governo estadual reconhece as peculiaridades das regiões fronteiriças que compõem o seu território. Com isso empreende estratégias, mediante políticas verticalizadas do governo Federal, para dar respostas às necessidades de saúde da população brasileira daquela região. Entretanto, mesmo admitindo a existência de dificuldades relacionadas a atenção à saúde de estrangeiros, típicas das regiões fronteiriças, este nível governamental não promove ações diretas que favoreçam a integração de saúde, pois lhe falta autonomia político-administrativa para estabelecer acordos internacionais com os países da tríplice fronteira Amazônica.

Pereira e Luz (2017) declaram que os entes não centrais, como Estados e Municípios, podem estabelecer acordos de integração formais com governos internacionais, desde que estes tenham apreciação do poder central e chancela do Senado Federal. Entretanto, alertam que tais acordos sofrem de fragilidade legal, pois não existe instrumento jurídico que os ampare.

A falta de autonomia, aliada ao modelo verticalizado em promover políticas de integração, podem resultar em dificuldades na coalizão de medidas para melhoria de saúde das populações fronteiriças, pois independente da Constituição Federal elevar os Estados a entes federativos, isso não os legitimariam a estabelecer de forma autônoma execuções com organismos internacionais, ficando assim, dependentes de diretrizes propostas pelo governo Federal (JUNQUEIRA, 2015).

Para Lotta e Favoreto (2016) esta dependência é gerada pelo modelo verticalizado de implementar políticas sociais, incluindo as de saúde, do governo Federal brasileiro. Uma vez que, mecanismos institucionais, como a concentração de recursos tributários na União, favorecem a centralização da autonomia política no governo Federal, limitando a autonomia decisória dos governos locais (ARRETCHE, 2007).

Neste contexto, verifica-se que as políticas públicas se mantêm através de repasses financeiros advindos de recursos federais, o que assegura uma padronização, independente da realidade social na qual será aplicada. Para que estas políticas possam ser realmente efetivas, os seus planejamentos e implementações devem acontecer de forma

horizontalizadas, respeitando-se diretrizes de intersetorialidade, relações entre governos Federal, estaduais e municipais e as dimensões políticas e territoriais (LOTTA; FAVORETO, 2016).

A efetivação da RAS-AS, por meio do projeto QUALISUS-Rede, foi uma estratégia para melhoria das condições de saúde do cidadão da tríplice fronteira amazônica, na qual se observou uma leve alteração na inter-relação entre os governos Federal e Estadual.

Assim, o QUALISUS-Rede, apesar de manter uma verticalização, no sentido da indução federal para a configuração das redes temáticas, considerou a situação geográfica de fronteira internacional como fator importante para inclusão da região do Alto Solimões, entre uma das três regiões de saúde da Amazônia Legal. Essa decisão mobilizou representantes do Estado, dos municípios e do Conselho de Secretárias Municipais de Saúde e grupo apoiador do Ministério da Saúde para coordenar e implantação do projeto naquela região (CASANOVA et al., 2017).

Já no cenário municipal, existe um distanciamento entre o município com os demais níveis de governamentais, quando se trata das estratégias de integração transfronteiriças, o que resulta na ocorrência rotineira de acordos de integração informais entre Tabatinga, no Brasil e os municípios de Letícia, na Colômbia e Ilha de Santa Rosa, Peru.

Estes tipos de acordos, apesar de não reconhecidos legalmente (JUNQUEIRA, 2015), não são incomuns entre municípios de fronteiras internacionais, tanto no Brasil como de outros países. (RIBEIRO; RIBEIRO, 2017; SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018). Na atualidade, este fenômeno, descrito como paradiplomacia, vem ganhando destaque nas discussões das relações internacionais e redefinindo a papel das relações exteriores do mundo, principalmente os das Américas, Europa Ocidental e Ásia (CHATTERJI; SAHA, 2017).

Kuznetsov (2015) define a paradiplomacia como a participação de entes federativos ou regionais em assuntos internacionais, como execução de tratados com Estados estrangeiros, participação em redes internacionais de cooperação regional e atuação em políticas externas sem o amparo dos governos centrais. Pode também ser entendida como uma espécie de democratização da política externa, pois identifica as necessidades e interesses em diferentes níveis dentro de uma nação (ODDONE; VAZQUÉZ, 2015).

Em regiões fronteiriças, o fenômeno da paradiplomacia tende a se intensificar, pois as necessidades mútuas das regiões, normalmente marcadas por desequilíbrios socioeconômicos, ambientais e as características geográficas acidentadas, natural ou artificialmente, fazem

com que governos e instituições não governamentais se unam no intuito de minimizar as iniquidades regionais (SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018). Esse tipo de cooperação transfronteiriça, permite que governos locais com recursos escassos e baixa presença dos Estados Nações, encontrem soluções objetivas, rápidas e criativas para os problemas locorregionais (PRINCEN et al., 2016).

Este estudo revela que a paradiplomacia tem sido utilizada pelos governos locais da tríplice fronteira Amazônica, em especial entre os dois maiores municípios, Tabatinga e Letícia, como uma ferramenta para buscar soluções para seus problemas de saúde, principalmente aqueles ligados as questões logísticas e de resolutividade e acesso aos serviços de saúde. O município brasileiro da tríplice fronteira, no caso Tabatinga, seguindo as leis nacionais, pode celebrar tais acordos desde que estes sejam chancelados pelo governo central (JUNQUEIRA, 2015; PEREIRA; LUZ, 2017).

Quanto ao Município colombiano de Letícia, a Constituição Federal da Colômbia permite que municípios fronteiriços estabeleçam acordos binacionais para o desenvolvimento econômico e articulações com os países vizinhos, desde que estes acordos sejam voltados para a melhoria das condições de vida e inclusão social de comunidades isoladas. Diante disso, a embaixada da Colômbia em Tabatinga permite o estabelecimento de acordos de cooperação entre os dois municípios, em temas relacionados a educação, segurança pública, transporte e saúde (EUZÉBIO, 2014b).

As diferenças nas tratativas jurídicas, em relação a este tópico, dos dois países causam situações de insegurança para os gestores e profissionais de saúde do lado brasileiro, que na tentativa de melhorar as condições de saúde da população, buscam apoio do lado colombiano, que juridicamente está respaldado em ofertar e buscar por essa ajuda.

Apesar das normativas nacionais indicarem que acordos dessa natureza não são oficiais, o governo federal brasileiro ao segue diretrizes de aceitabilidade da paradiplomacia, o que confere certa autonomia para municípios fronteiriços brasileiros realizarem estas transações. A prerrogativa de aceitabilidade a paradiplomacia em regiões fronteiriças são aceitas também em países como Canadá, México, Alemanha, Argentina, África do Sul e Estados Unidos, por serem consideradas benéficas, no sentido da diversidade política que elas proporcionam (JUNQUEIRA, 2015; PEREIRA; LUZ, 2017; MARTÍNEZ, R., 2017).

As estratégias de cadastramento e fornecimento do cartão do SUS para estrangeiros são empreendidas pelo governo municipal, no intuito de que o governo federal reconheça as demandas de saúde local e

priorize ações de integração em saúde entre os países da TFBCP. Outro objetivo dessas estratégias é o de identificar as necessidades de saúde dessa população, para que se possa oferecer uma assistência de melhor qualidade. Neste sentido, esta atitude, por parte do governo municipal, demonstra a solidariedade com as populações dos países vizinhos. Logo, considerando os acordos de integração internacional, que apresentam caráter solidário, empreendidos pelo Brasil nos últimos anos (FERREIRA, et al., 2016), as regiões fronteiriças devem ser especialmente cuidadas na oferta dessa solidariedade, uma vez que é ali que as iniquidades sociais são mais notáveis e se encontram, não somente pelo espaço geográfico, mas também nas inter-relações estabelecidas entre as pessoas.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou a existência de estratégias de integração transfronteiriças nos três níveis governamentais. Entretanto, estes acordos apresentam diferentes finalidades, estruturas e dinâmicas de manutenção, dependendo das políticas envolvidas e o grau governamental que as estabelecem. Assim, os projetos de integração firmados pelo governo Federal, são pouco efetivos na região da tríplice fronteira Amazônica.

Quanto às estratégias empreendidas pelo governo do Estado do Amazonas, estas buscam por melhores condições de saúde para o cidadão de fronteira brasileiro. Por serem aplicadas em uma região de fronteira, tais estratégias esbarram na atenção à saúde de estrangeiros, porém não apresentam influências diretas nas questões de integração em saúde entre os países TFBCP.

Já o governo municipal, apresenta uma intensa movimentação de acordos informais em saúde com os municípios limítrofes, o que favorece a integração em saúde local. No entanto estas estratégias não são legalmente reconhecidas. Assim, apesar de existir uma integração visível entre os países da tríplice fronteira Amazônica, esta não é firmada por atores legitimados, ao menos no lado brasileiro.

Espera-se que novas políticas de integração, propostas pelo governo Federal venham a tranquilizar a atual situação das políticas de integrações em saúde naquela região da TFBCP, pois para minimizar as demandas de saúde da região, será necessário o fortalecimento de políticas públicas de integração, reconhecidas e assumidas pelos três níveis governamentais do Brasil e pelos governos da Colômbia e Peru.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. A agenda institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 64, p. 147-151, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.120**, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Lex: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 7 de jul. 2005; Seção 1, n.129, p.47.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Secretaria de Programas Regionais, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/cartilha-pdff>. Acesso em 20 de junho de 2018.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466/2012. Lex: Brasília, dez. 2012.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Consolidação dos planos de desenvolvimento e integração das faixas de fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2017. p. 324.

BONTEMPO, C. G. C; NOGUEIRA, V. M. R; GIMENEZ, R. P. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.2, n.2, p. 908-919, 2013.

CAMPOS, R. F. Participação cidadã e políticas de saúde na Unasul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2161-2167, 2017.

CÁRDENAS, W. I. L; PEREIRA, A. M. M; MACHADO, C. V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

CASANOVA, A. O; CRUZ, M. M; GIOVANELLA, L; ALVES, G. R; CARDOSO, G. C. P. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma

análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p. 1209-1224, 2017.

CHATTERJI, R; SAHA, S. Para-diplomacy: Concept and the Context. **India Quarterly**, v. 73, n. 4, p. 375–394, 2017.

EUZÉBIO, E. F. A porosidade territorial na fronteira da Amazônia: as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). **Cuadernos de geografía/revista colombiana de geografía**, v. 23, n. 1, p. 109- 124, 2014b.

FAGUNDES, H. S; KREUTZ, I. T; CASTAMANN, D. Políticas públicas, sujeitos profissionais e a fronteira arco sul. **Socied. em Deb**, v. 24, n. 1, p. 93-110, 2018.

FARIA M; GIOVANELLA, L; BERMUDEZ, L. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, P. 920-934, 2015.

FERREIRA, C. M. G; MARIANI, M. A. P; NETO, A. F. O Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. **Revista GeoPantanal**, n. 18, p. 71-92, 2015.

FERREIRA, J. R.; HOIRISCH, C; FONSECA, L. E; BUSS, P. M. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. **História, Ciências, Saúde**, v.23, n.2, p.267-276, 2016.

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

GOSTIN, L. O; SRIDHAR, D. Global Health and the Law. **The New England journal of medicine**. v. 370, n. 18, p.1732-1740, 2014.

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.**, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

GUIMARÃES, L; GIOVANELLA, L. Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 71, p. 248-257, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades, 2018b**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tabatinga/panorama>. Acesso em 21 de junho de 2018.

JUNQUEIRA, C. G. B. A criação das secretarias municipais de relações internacionais (SMRIS) como nova realidade da inserção internacional dos entes subnacionais brasileiros. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 21, p. 71-83, 2015.

KUZNETSOV, A. S. **Theory and Practice of Paradiplomacy: Subnational Governments in International Affairs (Routledge New Diplomacy Studies)**, New York, Routledge. 2015.

LEVINO, A. S. N; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n. 5, p. 490-50, 2011.

LOTTA, G; ARLISON FAVARETO A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Rev. Sociol. Polit**, v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.

MARTÍNEZ, R. Z. Paradiplomacy in North America: Canadian Provinces' Relations with Their U.S. and Mexican Counterparts. **Norteamérica**, v. 12, n.2, p. 87-109, 2017.

MENDOZA-ARANA, O. J; RÍO, G. R; GUTIÉRREZ-VILLAFUERTE, C; SANABRIA-MONTÁÑEZ, C. El proceso de reforma del sector salud en Perú. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018.

NOGUEIRA, V. M. R; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS fronteiras – perspectivas para a Ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 13, n. 2 p. 245-260, 2014.

ODDONE, N; VÁSQUEZ, H. R. Cross-Border Paradiplomacy in Latin America. **Latin American Policy**, v. 6, n. 1, p. 110-123, 2015.

PADILLA, J. D; PIMENTEL, C. P; LUJÁN, P. M; GOMES, D. A. L. Estrategias de ocupación del gobierno central en la Amazonia colombiana. **Revista Geopolítica Transfronteiriça**, v. 1, n 2, p. 60-80, 2017.

PEITER, P. C; FRANCO, V. C; GRACIE, R; XAVIER, D. R; SUÁREZ-MUTIS, M. C. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, dez, 2013.

PRINCEN, S; GEUIJEN, K; CANDEL, J; FOLGERTS, O; HOOIJER, R. Establishing cross-border cooperation between professional organizations: Police, fire brigades and emergency health services in Dutch border regions. **European Urban and Regional Studies**, v. 23, n. 3, p. 497-512, 2016.

PEREIRA, J. A; LUZ, C. K. Fundamentos constitucionais e os projetos legislativos na paradiplomacia para pequenos e médios municípios: quando o global ainda mora longe do local. **Campo Jurídico**, v. 5, n.1, p. 161-196, 2017.

RIBEIRO, M. T. A; RIBEIRO, A. C. A. A paradiplomacia na integração regional do cone sul: análise interdisciplinar da atuação e interação entre os atores da rede mercocidades. **Caderno de Relações Internacionais**, v. 8, n. 14, p. 123-142, 2017.

SANTOS-MELO, G. Z; ANDRADE, S.R; RUOFF, A. B. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v.31, n. 1, p. 102-107, 2018.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015, 290 p.

5.4 MANUSCRITO III: SAÚDE NA FRONTEIRA: UMA LEITURA DO SIS-FRONTIERAS À LUZ DO CONSTRUTIVISMO SOCIAL

RESUMO

Introdução: O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras é um programa do Ministério da Saúde, lançado em 2005 com o objetivo de promover a integração da saúde nas fronteiras do Brasil. Embora estudos tenham avaliado o programa nas regiões Sul e Central do Brasil, poucas evidências são encontradas quanto aos seus resultados na região Norte do país. **Objetivo:** Analisar a implementação e manutenção do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras no município de Tabatinga, sob o prisma da teoria do construtivismo social. **Método:** estudo de caso, único, qualitativo, com quatro unidades integradas de análise. A teoria do Construtivismo Social serviu como base para a análise e discussão dos dados, no sentido de se buscar explicações para o fenômeno, de que na região estudada existe uma integração natural, formada pelas inter-relações sociais, culturais e históricas. **Resultados:** a análise dos dados, sob o prisma do construtivismo social, permitiu a criação de três categorias que demonstram como se deu a implementação do programa, seus resultados, as expectativas dos gestores e a sua interferência da realidade de saúde do município de Tabatinga. **Conclusão:** Diante do referencial teórico-filosófico adotado, pode-se concluir que o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras é um programa implantado verticalmente, que desconsiderou as identidades coletivas da região, com isso os processos de integração entre os países da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru não avançaram de maneira satisfatória na região estudada.

Descritores: Cooperação Internacional; Saúde na Fronteira; Programas Governamentais; Políticas Públicas; Teoria Social; Relatos de Casos.

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 10 milhões de pessoas residem atualmente nas faixas de fronteiras do Brasil, cuja extensão territorial é superior a 15.500 km, fazendo fronteira com dez países da América do Sul (BRASIL, 2017b). A dimensão da faixa de fronteira brasileira é representada por diferentes características geográficas, sociais e políticas, que devem ser consideradas na realização de estudos (AGUSTINE; NOGUEIRA, 2010), e na implantação de políticas públicas para regiões fronteiriças.

Dividida em Arcos Sul, Central e Norte, que alcançam 588 municípios em onze Entes Federativos do Brasil (BRASIL, 2017b; FERREIRA, 2017), a faixa de fronteira nacional expressa áreas heterogêneas e divergentes, algumas com baixa densidade demográfica e reduzidos índices socioeconômicos (SANTOS; BARROS, 2016), como os encontrados na região da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, localizada no Arco Norte, que apresenta predominância de populações indígenas e agrícolas, as quais desenvolvem atividades econômicas de subsistência e vivem basicamente isoladas (EUZÉBIO, 2014b).

A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru é formada pelas cidades de Tabatinga, Estado do Amazonas, Brasil, Letícia, Departamento de Amazonas, Colômbia e Ilha de Santa Rosa do *Yavari*, Departamento de Loreto, Peru, que estão situados às margens do Rio Solimões, no interior da floresta Amazônica, sem acesso rodoviário para as suas capitais Manaus, Bogotá e Iquitos (EUZÉBIO, 2014a), respectivamente.

Estas três cidades limítrofes formam um território a parte que se apoiam socialmente, politicamente e economicamente através de inter-relações pessoais, acordos informais de cooperação e tratados de livre comércio, que promovem certos desligamentos entre elas e suas capitais, formando uma rede urbana complexa, com grande circulação de pessoas e mercadorias (EUZÉBIO, 2014a; BUTEL-RIBEIRO; SCHOR, 2017).

Neste cenário, a mobilidade urbana entre municípios fronteiriços, facilitada pela proximidade geográfica, intensifica a movimentação de pessoas, que saem de seus países de origem a procura de bens e serviços nos países vizinhos, especialmente por serviços públicos de natureza social, como serviços de saúde (ZHANG et al., 2016; MORAES et al., 2017). A atenção à saúde de estrangeiros em regiões fronteiriças é uma prática comum, tanto no Brasil, quando em outros países (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; GUERRA; VENTURA, 2017; WOODGATE et al., 2017; PIRILLO; AMENTA, 2018), tornando-se

assim, razão de frequentes debates nas esferas governamentais (AGUSTINE; NOGUEIRA, 2010).

Esta prática torna-se complexa, pelas escassas políticas públicas e identificação das adversidades, relativas à saúde das regiões de fronteiras (SCHERMA; OLIVEIRA; FERRAZ, 2015; ZASLAVSKY; GOULART, 2017). Diante deste quadro, entende-se que o planejamento de políticas públicas para a melhoria das condições de saúde e de integração das fronteiras pode facilitar o desenvolvimento de integração regional (GADELHA; COSTA, 2007).

Assim, com o intuito de fortalecimento da presença do Brasil no cenário internacional da saúde, foi lançado, em 2005, o programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), com o objetivo promover a integração de ações de saúde e fortalecer os sistemas de saúde de regiões fronteiriças (BRASIL, 2005).

O SIS-Fronteiras previa ainda o repasse financeiro a partir da adesão e conclusão de três fases distintas a serem cumpridas pelos municípios integrantes. Na primeira fase deveria ser realizado um diagnóstico e um plano operacional vinculado ao plano municipal de saúde local, na segunda fase deveriam ser executadas as ações prioritárias definidas no plano operacional, e na terceira ser implantados serviços e ações julgados necessários nos municípios (BRASIL, 2006b).

O programa contemplou 121 municípios fronteiriços das regiões Sul e Norte do país e Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Quarenta e oito municípios da região Norte do país foram incluídos no programa, destes, oito pertenciam ao Estado do Amazonas. Dentre estes oito, encontra-se Tabatinga (BRASIL, 2006b), município da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru.

O município de Tabatinga é considerado um elemento central para a região de saúde do Alto Solimões e para a Amazônia Internacional, dado o intenso fluxo de pessoas e mercadorias que entram no país através de suas fronteiras (SOUSA; NETO; BENZAKEN, 2012). Fluxo este que é facilitado pelas condições geográficas de cidade-gêmea com Letícia, na Colômbia e fronteira úmida, através do Rio Solimões, com a Ilha de Santa Rosa do *Yavari*, no Peru.

Nestas circunstâncias, a integração transfronteiriça, na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru é motivada por inter-relações políticas, históricas e sociais da região. Euzébio (2014b) destaca que, nas relações de cooperação desta região, existe um distanciamento entre as decisões diplomáticas e as políticas de integração realizadas localmente.

Este fenômeno é consequência da identidade coletiva construído entre municípios da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Na

tentativa de minimizar as necessidades sociais e geográficas, as populações da região dessa região, principalmente das cidades-gêmeas de Letícia e Tabatinga, se apropriam e compartilham subespaços destes municípios, transformando-os em um único território (EUZÉBIO, 2014b).

Esta Identidade é compreendida como o poder de reflexão e equilíbrio que permite que indivíduos permaneçam os mesmos ou se identifiquem com modelos, expectativas, adaptações e transformações sociais (NIETHAMMER, 1997). Em termos da construção de territórios sociais, tais decisões resultaram em uma identidade coletiva que se manifesta como uma personalidade capaz de expressar a vontade coletiva, superando interesses particulares e realizando determinados movimentos ou ações, que são realizadas sem imposição, pois os indivíduos acreditam que esta é a maneira correta de agir (EDER, 2003).

A Teoria do Construtivismo Social, nas relações internacionais, defende que as identidades, comportamentos e interesses de uma sociedade são construídos a partir de seus significados e interpretações coletivas do mundo, criando uma identidade própria capaz de gerar disposições motivacionais e comportamentais (WENDT, 1999).

Nas integrações regionais, as identidades coletivas, formada entre Estados e sociedades, podem emergir, internamente, de níveis locais, gerando processos de cooperação capazes de transformar Estados em Estados Internacionais, ou seja, em uma estrutura transnacional de autoridade política (WENDT, 1994).

Seguindo estes pressupostos, a integração transfronteiriça em saúde em regiões de fronteiras é um personagem fundamental para o alcance de questões internacionais, como mobilizações populacionais, econômicas e sociais (GÓMEZ; TRUJILLO; GUZMÁN, 2011). Entretanto, para se explorar as identidades coletivas para integração regional, são necessários ajustes individuais para cada região e para a normatização de acordos locais através da presença do Estado (SAGAN, et al., 2018).

Em Tabatinga, os acordos de integração com municípios dos países limítrofes são importantes para minimizar as assimetrias regionais (EUZÉBIO, 2014b). Um dos propósitos do SIS-Fronteiras é favorecer as integrações em saúde nas regiões fronteiriças, para isso buscou levantar as condições de saúde dos 121 municípios que integraram o programa. Porém, questões relativas às identidades coletivas das regiões são pouco exploradas em estudos que apresentam os resultados do programa (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Neste contexto, este estudo buscou analisar a implementação do SIS-Fronteiras em município do arco Norte do país, onde pouco se conhece sobre os resultados do programa, considerando a teoria do construtivismo social como base de análise para as evidências encontradas. Esta proposta foi efetuada a partir do pressuposto que para o planejamento e implantação de políticas públicas de saúde para fronteiras, as inter-relações sociais, existentes nestas regiões, devem ser reconhecidas como ponto fundamental para obtenção de resultados efetivos na melhoria das condições de saúde das populações fronteiriças.

Assim, este estudo foi norteado pela questão de pesquisa: Como se definiram e se mantêm as estratégias do SIS-Fronteira entre os países da tríplice fronteira amazônica formada por Brasil, Colômbia e Peru? E apresentou como objetivo analisar a implementação e manutenção do SIS-Fronteiras no município de Tabatinga, sob o prisma do construtivismo social.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de caso único de abordagem qualitativa, explicativo e integrado, norteado por Yin (2015) e a teoria do construtivismo social (WENDT, 1992, 1994, 1999). Esta teoria foi proposta no sentido de se buscar explicações para o fenômeno da integração natural formada pelas inter-relações políticas e sociais existentes na região estudada. O estudo foi realizado no contexto a tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, tendo como caso o município de Tabatinga, no Estado do Amazonas, Brasil e como unidades integradas de análises duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma maternidade pública.

O município estudado, que aderiu ao SIS-Fronteiras no ano de 2006 (BRASIL, 2006b), conta com mais 63 mil habitantes (IBGE, 2018b) e compõe do lado brasileiro a tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, formando cidade-gêmea, através de fronteira seca com o município de Letícia, no departamento de Amazonas, na Colômbia e fronteira úmida, através do Rio Solimões, com o município de Ilha de Santa Rosa do *Yavari*, província de *Mariscal Ramón Castilla*, Departamento de Loreto, no Peru.

As evidências do estudo foram obtidas através de dados documentais, entrevistas e observações diretas, que foram realizadas de forma encadeada, seguindo o protocolo pré-estabelecido do estudo de caso.

Os dados documentais foram coletados nos meses de março de 2017 e janeiro de 2018, em arquivos físicos da Secretaria Municipal Saúde de Tabatinga, Amazonas (SEMSA/TBT), no Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga, Amazonas (CMS/TBT), e *websites* da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e Ministério da Saúde do Brasil. Foram incluídos Atos Administrativos, Decretos, Decretos-Lei, Instruções Normativas, Leis, Normas Técnicas, Portarias, Resoluções, Atas de Reuniões, Ofícios e outros documentos oficiais emitidos ou recebidos pelo Ministério da Saúde, SUSAM, SEMSA/TBT e CMS/TBT. O recorte temporal foi considerado a partir da implantação do programa SIS-Fronteira no Brasil, assim foram incluídos documentos produzidos entre os anos de 2005 e 2017.

Um primeiro levantamento dos documentos disponíveis gerou 3.858 documentos, que foram avaliados pelas suas relevâncias em relação ao tema, o que possibilitou a exclusão de 3.760 documentos, pela pouca relevância em relação ao fenômeno estudado. Assim formou-se um banco de dados, composto por 98 documentos.

As entrevistas aconteceram entre os meses de maio a novembro de 2017, sendo incluídos gestores da SUSAM, SEMSA/TBT e CMS/TBT, com poder de decisão em processos de implantação ou implementação de políticas públicas de saúde para na tríplice fronteira, Brasil, Colômbia e Peru. Os participantes foram contatados previamente e para agendamento das entrevistas, que foram realizadas individualmente, tais entrevistas tiveram duração média de 60 minutos. Para as entrevistas foram utilizados gravador de voz digital *Zoom® H2n Handy Recorder* e roteiro de entrevista semiestruturado. Após a realização de todas as entrevistas previstas no protocolo de estudo de caso, formou-se um banco de dados contendo 12 entrevistas.

As observações diretas aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2017 e foram realizadas nas unidades integradas de análises, que compõem o estudo de caso, sendo incluídas a UBFS Dídimo Pires de Oliveira, que foi escolhida por estar situada próxima as linhas de fronteira com o Peru e com a Colômbia e por ter sido idealizada e construída com recursos provenientes do SIS-Fronteira; a UBSF Santa Rosa, incluída por ser um importante ponto de atendimento a estrangeiros no município e por estar situada próxima a linha de fronteira com a Colômbia; a UPA de Tabatinga que foi incluída por ser a unidade de referência no atendimento a urgência e emergência no município de região; e a Maternidade Celina Villacrez Ruiz por ser o serviço destinado a partos também para o município de região. As observações geraram um banco de dados com duração de 34 horas.

Os dados foram organizados através do *software MaxQDA12*[®]. O *software* possibilitou a geração de códigos e subcódigos, o que permitiu a análise das evidências de forma recombinadas entre si. A análise das evidências foi realizada com aplicação das proposições teóricas como estratégia analítica e a construção de explicações, à luz da teoria construtivismo social, como técnica de análises. O método empregado nas análises promoveu condições para avaliação das relevâncias do caso e a construção de explicações para o fenômeno estudado.

A qualidade deste estudo de caso foi apurada por testes de validade e confiabilidade. Por se tratar de estudos com seres humanos, o estudo seguiu a Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com parecer n° 2.047.137.

RESULTADOS

Os resultados foram divididos em três categorias que possibilitam a análise, sob a ótica do construtivismo social, de como se deu a implementação e os resultados alcançados pelo SIS-Fronteiras no município estudado, as expectativas dos gestores sobre o programa e a sua interferência na realidade de saúde local.

Implementação e resultados do SIS-Fronteiras no município de Tabatinga, Amazonas.

A implementação do SIS-Fronteiras no município de Tabatinga foi efetivada a partir do termo de adesão publicado no Diário Oficial da União em 05 de abril de 2006. Além de Tabatinga, outros municípios do Estado do Amazonas também aderiram ao SIS-Fronteira, sendo três municípios que fazem fronteira com a Venezuela (São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos), dois com a Colômbia (Japurá e Santo Antônio do Içá) e outros dois com o Peru (Benjamin Constant e Atalaia do Norte).

Tinham outros quatro municípios do cinturão do alto Solimões que faziam parte do SIS-Fronteiras [...] Benjamim, Japurá, Santo Antonio do Içá e Atalaia [...] Alguns desses faziam fronteira com o Peru, outros com a Colômbia [...] (Gestor 7).

Portaria nº 1.189 de 5 de junho de 2006 [...] Aprova o Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. [...] Distribuição de recursos para os municípios fronteiriços da região norte e mato grosso, por fases [...] Amazonas [...] Atalaia do Norte [...] Barcelos [...] Benjamin Constant [...] Japurá [...] Santa Isabel do Rio [...] Santo Antônio do Içá [...] São Gabriel da Cachoeira [...] Tabatinga [...] (Portaria nº 1.189 de 5 de junho de 2006).

Todos os municípios do Estado do Amazonas, incluindo Tabatinga, cumpriram a primeira fase do programa, ou seja, a elaboração do diagnóstico da condição de saúde local. Porém, segundo os responsáveis pelo programa no Amazonas, por limitações operacionais, os prazos para cumprimento desta fase necessitou ser prorrogada tanto para Tabatinga quanto para outros seis municípios do Amazonas. Com isso, somente três anos após a adesão, ou seja em junho 2009, o município de Tabatinga conseguiu aprovação da primeira fase, que inicialmente estava prevista para ser executada até abril de 2007, conforme Portaria 3.083/2006.

[...] solicitação de prorrogação de prazo para conclusão dos trabalhos da fase I, dos municípios que aderiram ao Projeto SIS Fronteiras. O senhor presidente explicou aos presentes sobre as limitações operacionais dos municípios, que aderiam ao Projeto SIS/Fronteiras [...] Esses argumentos foram complementados pela senhora [...] que está acompanhado o desenvolvimento desses trabalhos. [...] Os membros consensuaram a aprovação dos pedidos de prorrogação enviados. (ATA/CIB129 de 28 de maio de 2007).

O Coordenador Regional do SIS/Fronteiras [...] informou [...] que até o momento apenas o município de Atalaia do Norte concluiu [...] a primeira fase do projeto [...] o membro [...] reforçou sobre as dificuldades para a realização do diagnóstico local nos municípios, considerando que todos os municípios são de difícil acesso e as condições geográficas, climáticas e típicas de cada localidade é um fator determinante [...] o membro [...] o Coordenador

do Projeto Solicitou apoio da CIB para cobrar dos municípios a conclusão dos seus trabalhos [...] (ATA/CIB133 de 24 de setembro de 2007).

[...] considerando o parecer favorável [...] de acordo com os diagnósticos locais realizados [...] a cerca dos referidos municípios fronteiriços para dar continuidade ao Projeto SIS FRONTEIRAS [...] Resolve: Consensuar a aprovação dos diagnósticos locais dos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Izabel do Rio Negro, Barcelos, Benjamin Constant, Santo Antônio do Iça, Japurá e Tabatinga para o Projeto do SIS Fronteiras. (Resolução CIB nº 024/2009 de 22 de junho de 2009).

Outro fato que atrasou a execução das fases do programa foram as mudanças dos líderes políticos do município de Tabatinga, a partir das eleições para prefeito de 2008. Com tais mudanças, a transição do processo de implementação do SIS-Fronteiras, no município, que havia sido iniciado na gestão do governo municipal anterior, foi negligenciada, deixando uma lacuna na execução do programa no município.

[...] depois de um tempo que assumi a gestão da saúde aqui, foi que eu descobri a existência do programa [...] daí eu procurei saber o que era esse SIS-fronteiras e ninguém sabia me dizer o que era esse projeto [...] até que eu comecei a ligar para uns telefones que tinha por lá [...] e descobrimos que tinha uma representação em Manaus [...] isso já tinha o diagnóstico pronto, mas estava perdido por aí [...] não sei quem fez [...] o que nos fizemos foi revisar esse diagnóstico e mandamos para Manaus [...] (Gestor 6).

A atenção à saúde de estrangeiros, assim como a necessidade de implementação de políticas de integração entre os três países da tríplice fronteira, são destacados no diagnóstico de saúde de Tabatinga. Contudo, o diagnóstico traz escassos apontamentos sobre as inter-relações pessoais e políticas, já preestabelecidas na região, como possíveis iniciativas para políticas de integração em saúde na região.

[...] muitos estrangeiros (colombianos e peruanos) procuram os serviços de saúde no Brasil, mesmo com residência fixa no seu país [...] com a alta demanda de estrangeiros atendidos na rede do SUS, observa-se que o recurso alocado para atender uma demanda programada não funciona [...] O problema se agrava por não haver no município nenhum instrumento ou trabalho que identifique o estrangeiro que usa o SUS [...] gerando despesas mensais que giram em torno de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por estrangeiro/mês [...] durante as campanhas de vacinação do Brasil, as vacinas são aplicadas em estrangeiros, mas não é objeto de registro [...] (Diagnóstico local do município de fronteira do Amazonas – Tabatinga-AM, 2008).

[...] quanto a existência de atos normativos que regulem convênios, acordos entre os municípios dos países de fronteira, não há nenhum ato regulatório firmado tanto em relação a atenção básica à saúde quanto a média e alta complexidade da assistência. Assim, para se realizar um atendimento adequado de estrangeiros na rede do SUS, faz-se necessária a assinatura de convênios e acordos bilaterais entre os países fronteiriços, com alocação de recursos financeiros para o fundo municipal de saúde do município. (Diagnóstico local do município de fronteira do Amazonas – Tabatinga-AM, 2008).

A partir da conclusão da primeira fase, em menos de seis meses o município obteve aprovação, pela Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas (CIB/AM), para a segunda fase do programa, ou seja, do plano operacional, que contemplava a construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município, a partir dos recursos financeiros advindos do programa, com contrapartida da prefeitura municipal.

[...] considerando o parecer favorável [...] de acordo com os diagnósticos locais realizados [...] a cerca dos referidos municípios fronteiriços para dar continuidade ao Projeto SIS FRONTEIRAS [...] Resolve: Consensuar a aprovação do Plano

Operacional do Projeto SIS FRONTREIRAS – Fase II do Município de Tabatinga. (Resolução CIB nº 092/2009 de 14 de dezembro de 2009).

[...] fizemos a UBS [...] porque existiam verbas, não era muita, mas existia [...] claro que grande parte da construção foi com recursos próprios, mas parte dos recursos foi do SIS-fronteiras [...] (Gestor 6).

Apesar da instalação e funcionamento desta UBS, no ano de 2012, os gestores alegam que a terceira fase do programa não foi implementada no município. Os dados documentais demonstraram que, no Estado do Amazonas, a execução da última fase do programa aconteceu nos municípios de Atalaia do Norte, Japurá, Benjamim Constant, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira.

[...] nós chegamos até a segunda parte do SIS-Fronteiras, que foi a execução das atividades [...] só que daí o que aconteceu, passou um longo tempo sem atividades no programa e parece que o SIS-Fronteiras adormeceu [...] na época o secretário de saúde do Estado [...] esteve aqui na inauguração da UBS [...] elogiou nossa iniciativa [...] mas a partir daí tudo parou, essa terceira fase nunca aconteceu [...] (Gestor 6).

Para os gestores, o principal resultado do programa foi a contribuição na construção da UBS, que tinha como meta melhorar o acesso a saúde ao cidadão da fronteira. Pensando nessa proposta, a UBS foi construída nas proximidades com as linhas de fronteira do Peru e da Colômbia. Atualmente esta UBS é a que oferece melhor infraestrutura de saúde e a segunda que mais presta serviços à saúde de estrangeiros, em Tabatinga.

[...] a coisa mais importante que este programa fez foi ajudar na construção de uma unidade básica de saúde aqui de Tabatinga [...] que é uma das unidades que mais atende estrangeiros [...] que é a [...] Dídimo Pires [...] hoje ela é a unidade mais completa com laboratório, consultórios, telessaúde e abriga três equipes e Estratégia de Saúde da Família [...] e parte do recurso para implantação dessa unidade, para

dar uma melhor assistência a esta população, vieram do SIS-Fronteiras. (Gestor 5).

[...] a Dídimo Pires foi inaugurada em abril de 2012 [...] esse, sem dúvida, foi o principal legado do SIS-Fronteiras no município. (Gestor 1).

Evidenciou-se que os avanços, relacionados a integração em saúde, foram pouco satisfatórios na região de fronteira estudada. Os gestores referem que com o SIS-Fronteiras, as discussões entre os Governos do Estado e Município, sobre as condições de saúde na fronteira, eram mais frequentes na CIB. Entretanto, essas discussões resultaram em escassas propostas que pudessem favorecer a integração entre os países que compõem a tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, ou mesmo que pudessem promover ações de reconhecimento das reais necessidades de saúde da população local.

[...] o que eu pude acompanhar do SIS-Fronteiras, foram algumas reuniões aqui em Manaus [...] também tomei conhecimento de alguns relatórios, principalmente da situação da Tríplice fronteira [...] mas não tinha nada mais que isso [...] (Gestor 9).

[...] as necessidades expressas foram bem pontuadas no diagnóstico, e daí são coisas colocadas e que está no sistema [...], entretanto, as necessidades sentidas não foram consideradas [...] porque lá existe uma diversidade muito grande de populações [...] (Gestor 7).

Expectativas dos gestores sobre o SIS-Fronteiras no Município de Tabatinga

Dos entrevistados, três ignoravam a existência do SIS-Fronteira, outros dois, apesar de conhecê-lo, referiam apresentar lembranças parciais sobre seus detalhes, pois atuam em outras secretarias, quando da sua implementação no municípios. Dos que tinham conhecimento, a maioria desconheciam as finalidades do programa.

[...] eu nunca tinha ouvido falar desse programa. (Gestor 2).

[...] eu ouvi falar do SIS-fronteiras, mas eu estava em uma outra frente de trabalho e eu não tive nenhum envolvimento ou participação no processo. (Gestor 8)

[...] em minha opinião, a principal negociação do SIS-Fronteiras era conseguir um registro estatístico [...] (Gestor 3).

O desconhecimento sobre os objetivos do programa levou alguns participantes a descrever o SIS-Fronteiras como um programa que representou avanços para a saúde da população fronteiriça. Porém, os dados demonstram que estes avanços ficaram restritos a construção de uma UBS. Com isso, os avanços relativos as para melhorias para as condições de saúde da população local ou para integração em saúde com os países vizinhos, não foram satisfatórios. Antagonicamente, os gestores que apresentaram um bom entendimento sobre os objetivos do programa, reconheceram que, apesar do seu embasamento teórico, o SIS-Fronteiras trouxe poucas contribuições para a saúde da região.

“Em termos de contribuição, eu acho que não houve uma grande contribuição na prática, apesar de que tinha um bom embasamento teórico e do processo histórico, mas a nível local eu acho que não foi um programa que realmente tenha contribuído de uma forma efetiva para melhora da situação de saúde na área de fronteira [...]” (Gestor 9).

Pode se verificar que quanto mais na ponta do sistema atuavam os gestores, menor era seu conhecimento sobre o programa, caracterizando que a implementação do SIS-Fronteiras no município foi pouca discutida entre os atores das várias instâncias da gestão.

[...] eu já estava aqui nessa época, mas só ouvia falar mesmo sobre o programa [...] eu era enfermeiro (a) da UBS [...] não tinha envolvimento no processo [...] (Gestor 4).

A expectativa dos gestores que conheciam os propósitos do programa é que ele pudesse contribuir para a garantia de acesso a saúde para a população fronteiriça. Contudo, eles reconhecem que a

descontinuidade no seu desenvolvimento a nível nacional, impediu que esses objetivos fossem alcançados na região estudada.

[...] este projeto tinha por finalidade fazer integração na fronteira, ou seja, nós do lado do Brasil deveríamos pensar em algum mecanismo que pudesse, dentro da saúde, dar uma assistência ao cidadão de fronteira [...] isso significaria trabalhar a integração entre os três países [...] e o SIS-Fronteiras mediaría isso garantindo assim o acesso, não só do lado brasileiro [...] mas na prática, na prática, isso não aconteceu [...] (Gestor 6).

O SIS-Fronteiras foi uma ferramenta muito importante para o conhecimento da situação de saúde na fronteira [...] ele poderia ter sido um marco em relação a questão de integração [...], mas lamentavelmente ele entrou em desuso [...] e não há uma decisão, uma portaria ou um marco legal que tenha encerrado suas atividades, nem colocado uma ferramenta em sua substituição, o que eu considero um erro [...] (Gestor 10)

Assim, as expectativas dos gestores era que o programa pudesse contribuir para as questões de integração em saúde e para a atenção a saúde de estrangeiros na região. Entretanto, foi observado que a contribuição efetiva do programa se deu em termos de melhorias nas condições de infraestrutura dos serviços de saúde do município, no sentido da construção de uma UBS.

O SIS-Fronteiras e a realidade de saúde da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru.

A maioria dos gestores admite a necessidade de discussões e propostas mais efetivas sobre a atenção a saúde na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Eles referem que esta é uma região marcada por iniquidades sociais que refletem diretamente nas condições de saúde da população local.

[...] aquela é uma área altamente vulnerável e receptiva para o desenvolvimento de doenças [...] é uma área que realmente preocupa pela diversidade cultural, a mobilidade, o clima, a

pobreza [...] têm várias situações que permeiam aquela área que fazem com que a ocorrência da doença não seja assim tão visível em um primeiro momento [...] (Gestor 9).

Neste cenário, a gestão municipal defende que todos os cidadãos da fronteira recebam atendimento de saúde, independente da sua nacionalidade, mesmo tal decisão envolvendo inúmeros desafios para a gestão de saúde local, principalmente a financeira e organizacional.

[...] vêm estrangeiros para cá somente para atendimento, porque todos têm direito [...] mas Tabatinga tem grandes dificuldades para atendimento a estas pessoas [...] não existe um controle e hoje este atendimento traz muitas despesas [...] nós deixamos de atender nossa população brasileira, para atender o estrangeiro [...] muitas vezes os serviços é utilizado para o atendimento ao estrangeiro e quando chegam os brasileiros não tem mais vaga [...] (Gestor 1).

Apesar de o lado brasileiro realizar atendimento de saúde para as populações estrangeiras, reciprocidade dessa prática é inexistente, em se tratando de atendimento de brasileiros nos países vizinhos, ou seja, na Colômbia ou no Peru.

[...] os estrangeiros têm total acesso a saúde do lado brasileiro [...] e esta não é condição dos brasileiros, que se sabe que não têm acesso aos serviços do outro lado da fronteira [...] (Gestor 10).

Sobre o que leva os gestores a manterem a atenção a saúde de estrangeiros no município, pode-se verificar que esta é uma decisão pautada muito mais em questões éticas-políticas do que legais, pois existem várias dimensões estabelecidas entre os três países a serem consideradas nessa discussão, as inter-relações políticas entre os três países da região, existente através de acordos de integração de saúde informais, é uma delas. Segundo os gestores, estes acordos são essenciais para amenizar as dificuldades relativas a baixa resolutividade do sistema de saúde local e as logísticas para abastecimento de produtos e serviços, que é influenciada diretamente pelas dificuldades de acesso ao município.

[...] estes acordos são a forma de fazer as coisas acontecerem entre os três países [...] porque aqui por ser uma área de fronteira se torna o mesmo território, só não é a mesma governança [...] então esse é um tipo de ajuda acontece [...] mas é tudo negociação informal, acordos de cavalheiros, mais que salva vidas. (Gestor 3).

Outra questão envolvida no processo de aceitabilidade de estrangeiros nos serviços de saúde local é a interação pessoal existente entre os moradores da região e a empatia pelos problemas de saúde das populações dos países vizinhos. Os gestores referem que estas relações são favorecidas pela condição geográfica da tríplice fronteira, onde o território reúne uma única população, agregando valores culturais, sociais e econômicos.

[...] eu moro aqui, mas eu vou a qualquer hora na Colômbia ou no Peru, e o cara que mora na Colômbia, vem a hora que quer aqui no Brasil [...] o pessoal que mora aqui tem parente lá, os de lá tem parente aqui [...] não dá mais para pensar um divisas aqui, na realidade nós temos que pensar como um território só [...] as coisas tem que começar a acontecer aqui de forma a beneficiar as três populações, que a meu ver é a mesma população, porque não existe esse negócio de deles lá e nos aqui, o que existe é o cidadão de fronteira [...]. (Gestor 6).

Segundo os gestores, o diagnóstico de saúde realizado no SIS-Fronteiras apontou a necessidade de ampliação da estrutura de saúde para atendimento da população fronteiriça. Entretanto, este diagnóstico traz poucos apontamentos sobre as peculiaridades das condições de saúde da população local. Assim, houve repostas as necessidades impostas pelas políticas pré-existentes, com a construção de uma UBS, que resultou em melhorias para enfrentamento do quantitativo de atendimento tanto de brasileiros, quanto de estrangeiros.

[...] o diagnóstico que recebemos foi uma referência para que construíssemos a UBS Dídimo Pires [...]. (Gestor 6).

[...] acho que não se pensou em usar essa ferramenta para melhorar a saúde da população como um todo [...] na época de SIS-Fronteiras eu fui a uma reunião, que aconteceu em Letícia [...] quando foi tratado de uma possível parceria entre Letícia e Tabatinga a cerca dos estrangeiros atendidos aqui, mas parou por aí, até hoje isso não avançou [...] (Gestor 1).

Um dos principais desafios enfrentados no setor de saúde Tabatinga, e região, são a baixa resolutividade em média e alta complexidade e a falta de autonomia política administrativa para solucionar esta adversidade através de parcerias com os países vizinhos. Os gestores referem que os mecanismos para minimizar essa situação poderiam vir através negociações entre os três países, principalmente com a Colômbia, que dispõe de melhor infraestrutura de atendimento a média e alta complexidade. Contudo, essas negociações necessitam do intermédio das altas partes governamentais dos três países, o que segundo os gestores, nunca aconteceu.

[...] como polo Tabatinga já deveria ter uma escala maior de atenção de média e alta complexidade local [...] mas a realidade é que não existe [...] nestes casos o que existe são muitas remoções de Tabatinga para Manaus [...] (Gestor 7).

[...] alguém tem que provocar essa aproximação [...] porque nós poderíamos fazer um acordo bilateral, onde nos poderíamos estar usando serviços deles e eles usando serviços nossos [...] eles têm algumas resolutividades que nós não temos, em termos de média e alta complexidade [...] e nós temos algumas que eles não têm, ou seja, nos complementaríamos [...] mas isso vai acontecer se estivermos integrados [...] falando a mesma língua [...] [...] nós não temos autonomia para fazer isso acontecer sozinhos [...] (Gestor 6).

[...] na época do SIS-Fronteiras deveria ter sido feito mais pela integração e a saúde daqui, porque se conversava mais sobre a saúde na fronteira [...] eu acho que perderam a oportunidade [...] porque as pessoas conversavam

mais e as coisas saíam mais do papel para a prática, mas infelizmente se perdeu a oportunidade [...] hoje não se vê mais avanços do governo Federal em relação a isto. (Gestor 5).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a implementação do SIS-Fronteiras em uma região de tríplice fronteira internacional da Amazônia Legal, que é marcado por disparidades econômicas, sociais e geográficas, que estão além das encontradas em outras regiões fronteiriças nacionais. Neste contexto, o estudo buscou elucidar as potencialidades e as fragilidades que resultaram do SIS-Fronteiras nesta região. Espera-se que este estudo possa contribuir para o planejamento de futuras políticas de saúde para fronteiras internacionais do Brasil, no sentido de reconhecimento de suas particularidades.

Neste contexto, verificou-se que há um distanciamento entre os objetivos propostos pelo SIS-Fronteiras e as necessidades reais de saúde da região fronteiriça estudada. O município de Tabatinga é conurbado com Letícia na Colômbia e faz fronteira úmida com o município peruano de Ilha de Santa Rosa do *Yavarí*. Esta proximidade geográfica faz com que estes municípios mantenham relações sócio-históricas, capazes de criar um subespaço repleto de peculiaridades em suas dinâmicas territorial, econômica, social e cultural (EUZÉBIO, 2014b). O construtivismo social explica este fenômeno a partir do entendimento que estes subespaços são formados por contextos políticos, sociais, culturais e históricos imprescindíveis para a compreensão de um território (HOPF, 1998).

Wendt (1999), afirma que pessoas desenvolvem determinadas ações, em relação a um objeto, com base nos significados coletivos já construídos sobre este objeto. Este mesmo raciocínio aplicado aos territórios, parte do entendimento que estes significados coletivos são capazes de transformar a identidade coletiva, conforme as necessidades, ideias compartilhadas e ações individuais e coletivas, gerando um padrão motivacional e comportamental (WENDT, 1999).

Na região da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, a mobilidade urbana, decorrente da proximidade geográfica, favorece as inter-relações pessoais e de institucionais, transformando a identidade coletiva da região. Assim, em caso de necessidades sociais, incluindo saúde, os movimentos dos cidadãos da fronteira se direcionarão para os serviços que lhes apresentar melhor resposta, independe, a qual país este

serviço pertença, pois pelo significado coletivo, o espaço formado pelos três municípios limítrofes se transformou em um único território social.

Neste cenário, este território, por ser mais próximo dos atores sociais, passa a ser onde as coisas realmente acontecem (STÜRMER; COSTA, 2017), pois é resultado da apropriação simbólico-cultural da sociedade que atribuiu uma representação particular a este espaço com base na construção social e histórica local (FERREIRA, 2014).

Na implementação do SIS-Fronteiras, em Tabatinga, as identidades coletivas já estabelecidas na região pouco ponderadas, buscando-se unicamente a solução para questões relativas as estruturas de saúde da região. Alguns fatores podem ser apontados como relevantes neste processo. Entre eles destacam-se o longo período percorrido entre a adesão ao programa até a conclusão da primeira fase, o desconhecimento dos objetivos do SIS-Fronteiras, pelos atores municipais, e falhas no processo de planejamento, monitorização e avaliação do programa.

A demora em executar nesta primeira fase foi atribuída às condições geográficas e climáticas da região amazônica. No entanto, outras regiões do país que apresentam características diferentes das citadas acima, também apresentaram problemas em realizar as tarefas propostas pelo programa (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014). Assim, Tabatinga deixa de ser um caso isolado, pois o padrão se repetiu em outras regiões do país. Para Nogueira e Fagundes (2014) tais lacunas estão associadas à ausência de assessoria dos Governos Federal e Estadual no processo de implementação do programa nos municípios fronteiriços nacionais.

No município estudado, esta ausência de assessoria permitiu que durante a transição política do governo municipal, no início de 2009, o programa seguisse sem acompanhamento das três esferas de governo por um longo período. A fim de se garantir que projetos em andamento não sejam prejudicados, Estados e Municípios vêm regulamentando como processos de transições políticas entre governos devem ocorrer (CRUZ et al., 2017). Entretanto, no estado do Amazonas as regras de transição de mandatos políticos só foram regulamentadas no ano de 2016 (AMAZONAS, 2016). Assim, em anos anteriores a esta normatização, a apresentação de projetos e programas poderiam negligenciados na transição entre antigos e novos governantes, a exemplo do que ocorreu com o SIS-Fronteiras em Tabatinga.

A falta de planejamento, monitorização e avaliação foram sentidas na execução da segunda e não conclusão da terceira fase do programa no município. Destacando-se que os gestores que efetuaram

esta segunda fase declaram desconhecimento dos objetivos do programa e que houve pouco envolvimento de atores políticos e sociais no planejamento do plano operacional.

A fim de se impedir que o SIS-Fronteiras se tornasse um projeto verticalizado, com o simples propósito de repasse financeiro, incapaz de propiciar a integração em saúde entre o Brasil e países fronteiriços, a sua implantação, em 2005, previa a criação de um sistema eficaz de monitorização e avaliação (DAL PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007). Contudo, estudos revelaram que este desfecho não foi alcançado também municípios fronteiriços do arco Sul e Central do país (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Quanto ao desconhecimento sobre os objetivos do programa por parte dos gestores, pode-se afirmar que este fator é atribuído a ausência de capacitações, reafirmando que o SIS-Fronteiras foi implantado verticalmente com escasso debate entre Governos Federal, Estadual e Municipal. Com isso ele é reconhecido como uma forma de aumentar os repasses financeiros, como compensação da atenção à saúde de estrangeiros efetuada por municípios fronteiriços do Brasil (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

O pouco conhecimento sobre os objetivos do programa apresentou ainda influências diretas sobre as expectativas dos gestores tinham sobre ele. Alguns gestores, que desconheciam os reais propósitos do SIS-Fronteiras, afirmam que houve contribuições positivas a partir da incrementação da estrutura de saúde local, desconsiderando a inexistência de propostas de integração e de melhorias para a saúde da população local. Nestes termos, a reflexão sobre o desconhecimento de gestores sobre as políticas públicas de saúde, direciona ao entendimento que este é um fator de extrema relevância na tomada de decisões sobre quais ações, a serem implementadas, têm relação com necessidades de saúde da população a ser atingida (FERREIRA et al., 2018).

Estudo realizado em municípios fronteiriços do arco Sul do país revela que as mudanças nos objetivos do programa foram responsáveis pela desconstrução das expectativas geradas sobre ele (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014). O estudo realizado em Tabatinga evidencia que estas expectativas estavam voltadas principalmente para questões relacionadas a integração transfronteiriça na região. A proposta do SIS-Fronteira era que as negociações acerca da integração das fronteiras deveriam seguir um rito de transparência e articulação entre atores políticos (GADELHA; COSTA, 2007). Porém, em Tabatinga, estes

propósitos sequer foram elencados como possibilidades de favorecimento de políticas de integração.

Apesar das fragilidades apontadas acima e do SIS-Fronteira não ter alcançado com êxito todas as propostas sugeridas em sua implantação, ele foi uma importante política de saúde para as regiões fronteiriças do Brasil, pois ele faz como que a temática “saúde nas fronteiras” tenha espaços nos debates sobre a saúde nacional. Muito embora, tais discussões resultem em escassas alterações nos cenários da atenção a saúde de estrangeiros em municípios de fronteira, ou favoreçam a integração em saúde nas regiões fronteiriças (AZEVEDO, 2012; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

A partir desta realidade, a conjuntura de saúde da região de tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, permanece vulnerável a determinantes sociais, como pobreza, dependência de economias ilícitas e precárias condições de moradia, educação e renda (QUIRÓS; GONZÁLEZ; VERGARA, 2011; EUZÉBIO, 2014a; COULIBALY et al., 2017; MALAMUD, 2018), além de baixa resolutividade da atenção primária no lado colombiano e peruano e da média e alta complexidade do lado brasileiro (LEVINO; CAMARGO, 2011; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Os mecanismos utilizados por gestores e cidadãos fronteiriços para superar estas adversidades se dão através de inter-relações sociais, culturais e históricas provenientes de movimentos coletivos e individuais, que independem de preceitos políticos do Estado. Estas inter-relações, estabelecidas por agentes sociais, propiciam a integração entre os países, criando uma estrutura mais ampla e diferente dos paradigmas preestabelecidos sobre ela (WENDT, 1992), ou seja, estas estruturas passam a ser o que a sociedade fazem delas.

Neste contexto, na região da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, a atenção à saúde de estrangeiros existe, apesar das dificuldades que os gestores referem que advém dessa prática, pois já se tornou uma identidade coletiva da região. Afirmando que a capacidade de superar determinadas dificuldades, se dá a partir de interesses e movimentos individuais e coletivos (WENDT, 1994).

Neste caso, formou-se uma identificação positiva, que é a preocupação do lado brasileiro com o bem estar do outro, que são os cidadãos dos países vizinhos. Quando atitudes como estas existem, elas sempre são precedidas de empatia coletiva, baseada em sentimentos de solidariedade, comunidade e lealdade e que, portanto definem os interesses coletivos. Agir com base nesses interesses, não significa que

os praticantes são irracionais ou não calculem custos e benefícios, mas que eles apresentam um alto nível de agregação social (WENDT, 1994).

No caso das necessidades do lado brasileiro da fronteira, relativas a resolutividade da média e alta complexidade, este mesmo nível de agregação social não foi notado por parte da Colômbia. Em partes, entende-se que pelos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia, apresentarem diferenças (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017), é mais fácil para o Brasil, com seu sistema universal, apresentar um nível mais elevado de agregação social. Embora, o direito a saúde para estrangeiros irregulares no país ou para aquele que procuram os municípios fronteiriços somente para este fim, pode ser entendido como ilegítimo (HAHN, 2017), o que desobriga governos municipais a ofertarem atendimento a estrangeiros em seus serviços de saúde.

A Colômbia e o Peru, apesar dos avanços dos sistemas de saúde locais, mantiveram-se os sistemas subsidiados (MENDOZA-ARANA et al., 2018; CÁRDENAS et al., 2017; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017) não garantindo assim o acesso a saúde, nem mesmo aos cidadãos de seus países. Neste contexto, dificilmente os países vizinhos apresentarão, a exemplo do Brasil, um nível elevado de agregação social a ponto de ofertar assistência gratuita a brasileiros que necessitam de atenção a saúde de média e alta complexidade.

Uma possível solução para a falta de resolutividade na atenção de média e alta complexidade do lado brasileiro da tríplice fronteira pode encontra-se na consolidação de processos de integração entre esses três países, principalmente entre Brasil e Colômbia, considerado que a o município do lado colombiano da fronteira, apresenta melhor resolutividade neste nível de atenção (LEVINO; CAMARGO, 2011).

O SIS-Fronteiras foi motivado pela compreensão de que a morosidade dos processos de harmonização são fundamentais para ocorrência de integração entre os sistemas de saúde de países fronteiriços da América do Sul. Assim, além de melhorar a qualidade de vida da população fronteiriça, o programa destinou-se a contribuir para que o processo de harmonização da saúde entre os países fronteiriços ocorresse e se estabelecesse como um marco legal para a integração (GADELHA; COSTA, 2007).

Na região estudada, tal harmonização, foi percebida através de acordos informais de integração, entre gestores e profissionais de saúde local. No entanto, o SIS-fronteiras desconsiderou estas ferramentas para alavancar e normatizar os processos, já existentes na região. A utilização desses acordos poderia vir a beneficiar, principalmente as populações brasileiras, que necessitam de assistência de média e alta complexidade,

e que é encontrada somente na capital do Estado, situada a mais de mil quilômetros dali.

Em termos implementação de políticas públicas de saúde em regiões fronteiriças, quase sempre cabe à gestão local, impor habilidades políticas e técnicas para concretizar as proposições federais, transformando estas políticas em objetos que possam favorecer a sua população (FAGUNDES et al., 2018).

Neste caso, quando ocorre interação entre governos Internacionais, que consideram as identidades coletivas regionais, o impacto positivo das políticas públicas voltadas para a saúde das populações fronteiriças será muito maior, uma vez que se formuladas a partir de preceitos sociológicos e territoriais, estas políticas públicas são capazes de reproduzir e transformar a dinâmica intersubjetiva tanto em níveis locais quanto sistêmicos (WENDT, 1994).

Diante destas constatações, defende-se que políticas públicas voltadas para integração de saúde em regiões fronteiriças são imprescindíveis para minimizar as vulnerabilidades sociais existentes nestas regiões, porém elas dependem muito mais do envolvimento dos atores que as implementam localmente, do que dos órgão que as regulam (SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018). Assim, a formulação de tais políticas deve considerar que as identidades coletivas destas regiões são a base propulsora para que os seus resultados sejam efetivos e culminem em reais melhorais para a saúde do cidadão de fronteira.

CONCLUSÃO

No município de Tabatinga, o SIS-Fronteiras foi implementado a partir do ano de 2006 e se manteve no município até a conclusão da segunda fase, com a construção de uma UBS no ano de 2012, constatando-se que os resultados efetivos no programa no município se limitaram a incrementação da infraestrutura de saúde local.

O desconhecimento sobre os objetivos do programa e o modesto envolvimento de atores políticos locais no processo de planejamento das ações a serem desenvolvidas no plano operacional, foram apontados como possíveis fatores para que os resultados do programa fossem reconhecidos como satisfatório. Além destes fatores, falhas nos processos monitorização e avaliação, também interferiram negativamente no seu resultado final.

A implantação do SIS-Fronteiras no Brasil, em 2005, trazia a integração transfronteiriça como um elemento fundamental de sua concepção e existência. Entretanto, em Tabatinga, onde processos

informais de integração já acontecem por meio das inter-relações sociais e políticas, este propósito foi incapaz de viabilizar novos acordos ou normatizar os já existentes.

Houve pouca interferência do programa sobre a realidade de saúde local, que se mantém vulnerável e com baixa resolutividade para a atenção de média e alta complexidade até os dias atuais. Os gestores locais procuram minimizar essas assimetrias de saúde através de acordos de integração informais com os países vizinhos, sendo estes acordos, frutos de inter-relações social, cultural e histórica já estabelecida na região.

Com base na teoria do construtivismo, estas inter-relações construíram uma identidade coletiva na região que independente das estruturas do Estado, pois sua formação esta amparada em um processo histórico-social, facilitada pela mobilidade populacional e posicionamento geográfico da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru.

O SIS-Fronteiras desconsiderou as identidades coletivas da região e buscou somente amenizar questões financeiras e estruturais de saúde da região. Neste contexto, o programa é reconhecido por ter pouca contribuição efetiva na melhoria de saúde e no favorecimento de políticas de integração regional.

Apesar dessas constatações, os gestores lamentam pela descontinuidade do SIS-Fronteiras, não pelas questões financeiras, mas pelo programa ser uma política que concentra atenções nas regiões fronteiriças, colocando a saúde das fronteiras no palco de discussões nacionais.

Assim, a criação e manutenção de políticas públicas de saúde para regiões fronteiriças é um fator importante para melhoria da qualidade de vida dos cidadãos de fronteira. Entretanto, tais políticas devem ser concebidas e amparadas em processos de planejamento, monitorização e avaliação, horizontalizadas e que considerem as identidades coletivas regionais.

REFERÊNCIAS

AGUSTINE, J; NOGUEIRA, V. L. R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serv. Soc., Soc.**, n. 102, p. 222-243, 2010.

AZEVEDO, S. T. O transfronteiriço e o atendimento público de saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Revista Perspectiva Geográfica**, v. 7, n. 8, 2012.

AMAZONAS. Tribunal de Contas, Estado do Amazonas. **Resolução n.º 11**, de 4 de outubro de 2016. Dispõe sobre procedimentos a serem adotados pelos atuais e futuros chefes de governos Estadual e Municipal, objetivando garantir fiel e completa observância dos princípios de responsabilidade e transparência da gestão fiscal, por ocasião da transmissão de mandatos. Manaus, Amazonas. Disponível: <http://www.tce.am.gov.br/portal/?p=16802>. Acesso em 10 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.120**, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Lex: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 7 de jul. 2005; Seção 1, n.129, p.47.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.189, de 5 de junho de 2006**. Aprova o Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Lex: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 8 de jun. 2006; Seção 1, p.40-41b.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466/2012. Lex: Brasília, dez. 2012.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Consolidação dos planos de desenvolvimento e integração das faixas de fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2017. p. 324.

BUTEL-RIBEIRO, A; SCHOR, T. Turismo, megaeventos esportivos e a Copa do Mundo de 2014: um olhar na/da tríplice fronteira amazônica Brasil-Peru-Colômbia. **Mundo Amazônico**, v. 8, n. 2, p. 27-48, 2017.

CÁRDENAS, W. I. L; PEREIRA, A. M. M; MACHADO, C. V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

COULIBALY, I. G. S; MORAIS, J. C; MARSIGLIA, R. M. G; MONTANARI, P. M. Doenças sexualmente transmissíveis e a vulnerabilidade da população do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Saúde Soc**, v.26, n.1, p.51-60, 2017.

CRUZ, M. C. M. T; COELHO, F. S; SEIXAS, S. M. T; FRANCO, C. T. J. Transição de governo na administração pública municipal: Descrição e análise dos resultados de uma pesquisa aplicada em municípios paulistas nas eleições de 2012. **Revista de Discentes de Ciência Política da UFSCAR**, v. 5, n. 3, p. 249-277, 2017.

DAL PRÁ, K. R; MENDES, J. M. R; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 164-173, 2007.

EDER, K. Identidades coletivas e mobilização de identidades. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 53, p. 5-19, 2003.

EUZÉBIO, E. F. fronteira e horizontalidade na Amazônia: as cidades gêmeas de tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). **ACTA Geográfica**, v.8, n.18, 2014a.

EUZÉBIO, E. F. A porosidade territorial na fronteira da Amazônia: as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). **Cuadernos de geografía/revista colombiana de geografía**, v. 23, n. 1, p. 109-124, 2014b.

FAGUNDES, H. S; NOGUEIRA, V. M. R; KREUTZ, I. T; CASTAMANN, D. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. R. **Katál**, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2018.

FERREIRA, C. M. P. G; MARIANI, M. A. P; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde Soc**, v.24, n.4, p.1137-1150, 2015a.

FERREIRA, C. M. P. G; MARIANI, M. A. P; NETO, A. F. O. O Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. **Revista GeoPantanal**, n. 18, p. 71-92, 2015.

FERREIRA, D. S. Território, territorialidade e seus múltiplos enfoques na ciência Geográfica. **Campo-território: revista de geografia agrária**, v. 9, n. 17, p. 111-135, 2014.

FERREIRA, E. A relação entre cidades-irmãs na faixa de fronteira: o caso de Cáceres - Mato Grosso/Brasil e San Matías - Bolívia. **Caminhos de Geografia**, v. 18, n. 62, p. 87-103, 2017.

FERREIRA, J; CELUPPE, I. C; BASEGGIO L; GEREMIA, D. S; MADUREIRA, V. S. F; SOUSA, J. B. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores. **Saúde Soc**, v.27, n.1, p.69-79, 2018.

GADELLHA, C. A. G; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 214-226, 2007.

GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. F. Atenção primária e integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. p. 2017.

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**, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

GÓMEZ, Y. O; TRUJILLO, E.; GUZMÁN, J. M. Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fronterizos. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 153-159, 2011.

HAHN, T. M. O direito à saúde dos estrangeiros que necessitam de proteção: a aplicação jurisprudencial na legislação brasileira e na convenção europeia de direitos humanos. **Publicações da Escola da AGU**, v.9, n. 1, p. 251-280, 2017.

HOPF, T. The Promise of Constructivism in International Relations Theor. **International Security**, v. 23, n. 1, p. 171-200, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades, 2018b**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tabatinga/panorama>. Acesso em 21 de junho de 2018.

LEVINO, A; CARVALHO E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Pan-americana de Salud Publica**, v.30, n. 5, p. 490-500, 2011.

MALAMUD, M. Economías ilícitas en la Amazonia: un desafío para la gobernabilidad en Perú, Brasil y Colombia. *GCG: Revista de Globalización, Competitividad y Gobernabilidad*, v.12, n.1, p. 34-47, 2018.

MENDOZA-ARANA, O. J; RÍO, G. R; GUTIÉRREZ-VILLAFUERTE, C; SANABRIA-MONTÁÑEZ, C. El proceso de reforma del sector salud en Perú. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018.

MORAES, G. F; CARDOSO, L. S; ROSA, L. S; COSTA, V. Z; SANTOS, C. P; CEZAR-VAZ, M. R. Gestão em saúde na fronteira: revisão integrativa da imbricância para a assistência hospitalar. **Fundam. Care**, v. 9, n. 3, p. 867-874, 2017.

NIETHAMMER, L. Conjunturas de identidades coletivas. **Proj. História**, v. 15, p. 119-144, 1997.

NOGUEIRA, V. M. R; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS fronteiras – perspectivas para a Ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 13, n. 2 p. 245-260, 2014.

PIRILLO, I; AMENTA, F. Reflections on Health Tourism and Cross-Border Health Care. **Int J Travel Med Glob Health**, v. 6, n. 2, p. 84-85, 2018.

QUIRÓS, H. M; GONZÁLEZ, H. R; VERGARA, J. F. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p.148-152. 2011.

SAGAN, I; KOLOSOV, V; STUDZIŃSKA, D; ZOTOVA, M; SEBENTSOV, A; NOWICKA, K. The local border traffic zone experiment as an instrument of cross-border integration: the case of Polish-Russian borderland. **Geographia Polonica**, v. 91, n. 1, p. 95-112, 2018.

SANTOS, B. R. V. S; BARROS, P. S. A política externa brasileira e as fronteiras no processo de integração da América do Sul. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 22, p. 51-63, 2016.

SANTOS-MELO, G. Z; ANDRADE, S.R; RUOFF, A. B. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v.31, n. 1, p. 102-107, 2018.

SCHERMA, M; OLIVEIRA, J; FERRAZ, S. Cooperação internacional em saúde: um panorama da fronteira Brasil Venezuela. **Espacios**, v. 36, n. 1, p. 9, 2015.

SOUSA, I. S; NETO, A. L. S; BENZAKEN, A. S. Uso de mapas temáticos e promoção da saúde sexual na região do Alto-Solimões- Amazonas – Brasil. **HYGEIA- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.8, n. 14, p. 157-167, 2012.

STÜRMER, A. B; COSTA, B. P. Território: aproximações a um conceito-chave da geografia. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 50-60, 2017.

WENDT, A. Anarchy is what States Make of it: The Social Construction of Power Politics. **International Organization**, v. 46, n.2, p. 391-425, 1992.

WENDT, A. Collective Identity Formation and the International State. **American Political Science Review**, v. 88, n. 2, p. 384-396, 1994.

WENDT, A. **Social Theory of International Politics**. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

WOODGATE, R. L; BUSOLO, D. S; CROCKETT, M; DEAN, R. A; AMALADAS, M. R; PLOURDE, P. J. A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 5, 2017.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015, 290 p.

ZASLAVSKY, R. GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, 2017.

ZHANG, J; DONG, J; LI, J; ZHANG, Y; TIAN, Y; SUN, X; ZHANG, G; LI, Q; XU, X; CAI, T. Effectiveness and impact of the cross-border healthcare model as implemented by non-governmental organizations: case study of the malaria control programs by health poverty action on the China-Myanmar border. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 5, n.80, p. 4-9, 2016.

6 CONCLUSÃO

A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, assim como o município de Tabatinga, imerso nesta tríplice fronteira, apresentam características comuns a outras regiões fronteiriças do Brasil, acrescidas de peculiaridades próprias da região Amazônica. Neste contexto, destaca-se a elevada mobilidade populacional, constituída pelo grande contingente de indígenas brasileiros, colombianos e peruanos e por uma população flutuante, formada por imigrantes e comerciantes da Colômbia e Peru, além de militares, agentes das policiais federal e estadual e de órgão de fiscalização, entre outros.

A condição geopolítica desta região é outro fator importante na caracterização de Tabatinga. Por estar situada em uma área estratégica da Amazônia legal e Internacional, a cidade de Tabatinga é considerada um dos principais corredores de entrada para Brasil, através da Amazônia Legal, o que aumenta as vulnerabilidades sociais e de saúde, tanto desse município quanto da região ao qual ele pertence.

Estas características fazem com que Tabatinga tenha uma identidade coletiva única, formada pelo compartilhamento de ideias individuais e coletivas, crenças e valores dos três países limítrofes. Por consequência desta identidade coletiva, a região da tríplice fronteira, formada pelos municípios de Tabatinga, Letícia, e a Ilha de Santa Rosa do *Yavari*, transformou-se em um subespaço social e territorial *sui generis*.

Todas estas particularidades incidem diretamente em questões sociais do município, incluindo o setor saúde, especialmente no que concerne a atenção à saúde de estrangeiros. Podendo-se afirmar, que atualmente, a atenção à saúde de estrangeiros é uma realidade que ultrapassa os termos das políticas que a orienta, pois ela se estabeleceu e se mantém a partir das inter-relações pessoais e coletivas firmadas na região, que dão liberdade a população fronteiriça de usufruir dos benefícios ofertados pelo SUS.

No entanto, apesar de em Tabatinga a atenção à saúde de estrangeira ser uma prática reconhecida pelos gestores atuais, como um direito do residente fronteiriço, ela não é institucionalizada. Portanto, ainda que estabelecida por uma identidade coletiva já firmada na região, esta prática pode deixar de existir, caso os futuros atores políticos passem a desconsiderar estas relações sociais.

Para que isso não ocorra, é necessário que se busquem estratégias de fortalecimento, das inter-relações políticas e sociais para a região. Neste sentido, este estudo buscou analisar como as estratégias de

integração em saúde estabelecem e se mantêm na região da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru.

Esta análise levou ao entendimento que estas estratégias existem, nas três esferas governamentais, ou seja, Federal, Estadual e Municipal. Entretanto, pode-se concluir que, apesar de existentes, estas estratégias têm diferentes finalidades e nem sempre convergem entre si. Reconhecidas como políticas de implantação verticalizadas, as estratégias estabelecidas pelo Governo Federal, apresentam pouca efetividade nesta região de fronteira e as Estaduais e Municipais acabam esbarrando em questões de autonomia e governança, que as tornam questionáveis, no que concerne a sua legitimidade.

O SIS-Fronteiras foi um programa que, em sua essência inicial, propôs fortalecer a integração em saúde nas regiões fronteiriças. Contudo, na região estudada, esta proposta não foi efetivada, com isso o SIS-Fronteira limitou-se a melhorar as condições estruturais dos serviços de saúde local.

A análise e discussão das evidências deste estudo se ampararam na teoria do construtivismo social das relações internacionais. Com base nos pressupostos desta teoria, pode-se concluir que, ao desconsiderar as identidades coletivas já estabelecidas na região, o programa SIS-Fronteiras findou por não apresentar uma efetiva contribuição para a melhoria das condições de saúde do residente fronteiriço.

Estas afirmações são sustentadas a partir do encadeamento das ideias formuladas durante o desenvolvimento do estudo. Neste sentido, a opção de se realizar um estudo de caso foi fundamental para o entendimento do fenômeno estudado, pois o método permitiu um aprofundamento nas questões sociais que envolvem a atenção à saúde de estrangeiros no contexto da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, possibilitando não somente se descrever sobre este fenômeno, mas também se criar explicação do por que ele ocorre.

Assim como o método, a adoção do construtivismo social como referencial teórico trouxe ferramentas para que as explicações criadas sobre o fenômeno estudado, no que concerne às inter-relações individuais e coletivas, deixassem o universo inexprimível e pudessem ser descritas como uma realidade.

Assim, entende-se que a utilização destas ferramentas metodológicas oportunizou o alcance dos objetivos que corroboram com a tese inicial proposta, pois se demonstrou que na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru existe uma identidade coletiva formada por meio das inter-relações pessoais e institucionais já estabelecidas. Esta identidade confere a região, peculiaridades sociais, culturais e

econômicas únicas que devem ser consideradas na formulação de políticas públicas de saúde para regiões fronteiriças.

A partir do exposto, sugere-se o planejamento e implantação de futuras políticas públicas de saúde, em regiões de fronteiras, reconheçam as identidades coletivas destas regiões. Devendo ser considerado ainda que as inter-relações já estabelecidas entre municípios limítrofes tendem antecipar projetos de integração regionais que poderão beneficiar o cidadão da fronteira, independente de sua nacionalidade. Para que tais políticas se tornem realmente efetivas é necessário, ainda que suas implantações se deem de forma horizontalizada, com atuação de vários atores em seus vários níveis hierárquicos.

Os objetivos deste estudo se limitaram a explicar a dinâmica das estratégias e da atenção à saúde de estrangeiros do lado brasileiro da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, refletindo levemente nas particularidades de Letícia na Colômbia e da Ilha de Santa Rosa do Yavarí no Peru. Contudo, sugere-se que, para aumentar a efetividade de políticas de saúde para regiões fronteiriças, é imprescindível que se busque entender a dinâmica da fronteira em toda a sua magnitude, e para isso, é necessário que se conheçam as peculiaridades regionais de cada um dos países limítrofes no âmbito destas fronteiras.

Com isso, conclui-se esta tese com a afirmação que este estudo foi extremamente enriquecedor para trazer respostas às inquietações iniciais, sobre esta temática. Entretanto, ele despontou a necessidade de reflexões sobre outros aspectos da atenção a saúde de estrangeiros, que devem também ser compreendidas. Neste sentido, destacam-se as questões relativas a integralidade da atenção a saúde de estrangeiros, pois a partir do entendimento de que estas populações apresentam precariedades econômicas e sociais deve-se buscar entender: até que nível de atenção à saúde é ofertada a esta população? Há integralidade e igualdade na atenção a saúde de estrangeiros?

REFERÊNCIAS

ADLER, E. Construtivismo no estudo das Relações Internacionais. **Lua Nova, Revista de Cultura e Política**, n. 47, p. 201-246, 1999.

AGUSTINE, J; NOGUEIRA, V. L. R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serv. Soc., Soc.**, n. 102, p. 222-243, 2010.

AIKES, S; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018, e00182117, Doi: 10.1590/0102-311X00182117.

ALMEIDA, P. R. Transformações da ordem econômica mundial, do final do século 19 à Segunda Guerra Mundial. **Rev. Bras. Polít. Int.**, v. 58, n.1, p. 127-141, 2015.

AMAZONAS. Tribunal de Contas, Estado do Amazonas. **Resolução n.º 11**, de 4 de outubro de 2016. Dispõe sobre procedimentos a serem adotados pelos atuais e futuros chefes de governos Estadual e Municipal, objetivando garantir fiel e completa observância dos princípios de responsabilidade e transparência da gestão fiscal, por ocasião da transmissão de mandatos. Manaus, Amazonas. Disponível: <http://www.tce.am.gov.br/portal/?p=16802>. Acesso em 10 de agosto de 2018.

AMINEH, R. J; ASL, H. D. Review of Constructivism and Social Constructivism. **J Soci Sci, Lit & Lang.**, v.1, n. 1, p. 9-16, 2015.

ARRETCHE, M. A agenda institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 64, p. 147-151, 2007.

ATAÍDE, L. **Tabatinga: crônicas fronteiriças**. Bogotá: Gente Nueva, 2015.

AZEVEDO, S. T. O transfronteiriço e o atendimento público de saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Revista Perspectiva Geográfica**, v. 7, n. 8, 2012.

AZZOPARDI-MUSCAT, N; BAETEN, R; CLEMENS, T; HABICHT, T; KESKIMÄKI, I; KOWALSKA-BOBKO, I; SAGAN, A; GINNEKEN, E. V. The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility. **Health Policy**, v. 122, p. 279–283, 2018.

BALIEIRO, L. F. V. D; NASCIMENTO, I. R. Tríplice fronteira Brasil, Peru e Colômbia e as implicações com o narcotráfico. **Textos e Debates**, n.26, p. 85-98, 2014.

BARROS, M. O. Resenha: Constructivism in International Relations, the Politics of Reality. De Maja Zehfuss. Cambridge, University Press, 2002, 289 páginas. **Contexto Internacional**, v. 28, n. 1, p. 259-267, 2006.

BOBBIO, N. Introdução a para a paz perpétua de Immanuel Kant. **Brazilian Journal of International Relations**, v. 6, n. 1, p. 222-237, 2017.

BONTEMPO, C. G. C; NOGUEIRA, V. M. R; GIMENEZ, R. P. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.2, n.2, p. 908-919, 2013.

BRAGA, N. R. C. F. Perspectivas positivistas e pós-positivistas nas relações internacionais: as divergências epistemológicas levariam a distinções em seu modo de fazer ciência?. **Pólemos**, v. 2, n. 4, p. 58-68, 2013.

BRAGA, G. G. As contribuições da teoria política para o desenvolvimento da teoria realista de relações internacionais. **Alabastro**, v. 2, n. 8, p. 85-90, 2016.

BRANCO, M. L; TORRONTEGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.2, n.2, jul./dez. 2013.

BRASIL. **Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979**. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-Lei n. 1135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. **Lex**: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 3 de mai. 1979; Seção 1, p. 6113.

_____. Senado Federal. **Constituição Federal da República Federal do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

_____. **Lei nº 7.965, de 22 de dezembro de 1989**. Cria Área de Livre Comércio no Município de Tabatinga, no Estado do Amazonas, e dá outras providências. **Lex:** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 26 de dez. 1989; Seção 1, p.24234.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lex:** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 20 de set. 1990; Seção 1, p.18055.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.120**, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. **Lex:** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 7 de jul. 2005; Seção 1, n.129, p.47.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Termo de adesão da Prefeitura Municipal de Tabatinga/AM ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS, do Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria Executiva**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Pág. 57. Seção 3. Diário Oficial da União (DOU) de 05 de Abril de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.189, de 5 de junho de 2006**. Aprova o Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. **Lex:** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 8 de jun. 2006b; Seção 1, p.40-41.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Secretaria de Programas Regionais, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/cartilha-pdff>. Acesso em 20 de junho de 2018.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Resolução 466/2012. Lex: Brasília, dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 622, de 23 de abril de 2014.** Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622_23_04_2014.html. Acesso em 27 de outubro de 2018.

_____. **Lei n.º 13.445, de 24 de maio 2017.** Institui a Lei da Migração. **Lex:** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 25 de maio. 2017a; Seção 1, Página 1.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Consolidação dos planos de desenvolvimento e integração das faixas de fronteira.** Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2017b. p. 324.

BRITO, P. E. La cooperaci3n internacional en salud, tendencias y dilemas em la era de la salud global. **Rev Cuba Salud P3blica**, v. 40, n. 1, p. 96-113, 2014.

BRUSTOLIN, A; FERRETTI, F. Itiner3rio terap3utico de idosos sobreviventes ao c3ncer. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 47-59, 2017.

BUSS, P. M. Brazilian international cooperation in health in the era of SUS. **Ci3ncia & Sa3de Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1881-1899, 2018.

BUTEL-RIBEIRO, A; SCHOR, T. Turismo, megaeventos esportivos e a Copa do Mundo de 2014: um olhar na/da tríplice fronteira amaz3nica Brasil-Peru-Col3mbia. **Mundo Amaz3nico**, v. 8, n. 2, p. 27-48, 2017.

CAFAGNA, G; MISSONI, E; BEINGOLEA, R. L. B. “Peri-border” health care programs: the Ecuador–Peru experience. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n.3, p. 207-213, 2014.

CAMPOS, R. F. Participa3o cidad3 e pol3ticas de sa3de na Unasul. **Ci3ncia & Sa3de Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2161-2167, 2017.

CÁRDENAS, W. I. L.; PEREIRA, A. M. M; MACHADO, C. V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

CASANOVA, A. O; CRUZ, M. M; GIOVANELLA, L; ALVES, G. R; CARDOSO, G. C. P. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p. 1209-1224, 2017.

CASTAÑÓN, G. A. Construtivismo, Inatismo e Realismo: compatíveis e complementares. **Ciências & Cognição**, v. 10, p. 115-131, 2007.

_____. O que é construtivismo? **Cad. Hist. Fil. Ci.**, v. 1, n. 2, p. 209-242, 2015.

CASTRO, M. **De Westphalia a Seattle. As teorias das relações internacionais em transição.** Cadernos do REL, Brasília, Universidade de Brasília. 2001, 66 p.

CASTRO, T. **Teoria das Relações Internacionais.** Brasília: FUNAG, 2012. 580 p.

CAZOLA, L. H. O; PÍCOLI, R. P; TAMAKI, E. M; PONTES, E. R. J. C; AJALLA, M. E. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n.3, p. 185-190, 2011.

CERVO, A. L. Conceitos em Relações Internacionais. **Rev. Bras. Polít. Int**, v. 51, n. 2, p. 8-25, 2008.

CHATTERJI, R; SAHA, S. Para-diplomacy: Concept and the Context. **India Quarterly**, v. 73, n. 4, p. 375-394, 2017.

CHRISTIANSEN, T; JORGENSEN, K; WIENER, A. **The Social Construction of Europe.** London, Sage, 2001, 242 p.

COULIBALY, I. G. S; MORAIS, J. C; MARSIGLIA, R. M. G; MONTANARI, P. M. Doenças sexualmente transmissíveis e a vulnerabilidade da população do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Saúde Soc**, v.26, n.1, p.51-60, 2017.

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. **Ley Estatutaria, n. 1751 de 16 de febrero de 2015**. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial no. 49.427 de 16 de febrero de 2015. Disponível em: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/Ley%201751%20de%202015.pdf>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n. 429 de 17 de febrero de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Diario Oficial n. 49.794 de 22 de febrero de 2016a. Disponível em: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col1157678.pdf>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá D.C., 2016b. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

CONSELHO INTERGESTORES BIPATITE DO AMAZONAS (CIB/AM). Resolução CIB nº 024 de 22 de junho de 2009. Dispõe sobre a solicitação de aprovação dos diagnósticos locais dos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Izabel do Rio Negro, Barcelos, Benjamin Constant, Santo Antônio do Iça, Japurá e Tabatinga para o Projeto SIS Fronteira. Lex: Coletânea CIB/AM, 2009a. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/cib/docs/res_cib_2009_024.pdf. Acesso em 15 de junho de 2018.

_____. Resolução CIB nº 092 de 14 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Plano Operacional do Projeto SIS-Fronteiras - Fase II do município de Tabatinga. Lex: Coletânea CIB/AM, 2009b. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/cib/docs/res_cib_2009_092.pdf. Acesso em 15 de junho de 2018.

CORBINOS, L. A; DELGADO, I; OYARTE, M; CABIESES, B. Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. *Oasis*, v. 25, p. 95-112, 2017.

CRUZ, M. C. M. T; COELHO, F. S; SEIXAS, S. M. T; FRANCO, C. T. J. Transição de governo na administração pública municipal: Descrição e análise dos resultados de uma pesquisa aplicada em municípios paulistas nas eleições de 2012. **Revista de Discentes de Ciência Política da UFSCAR**, v. 5, n. 3, p. 249-277, 2017.

DAL PRÁ, K. R; MENDES, J. M. R; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p. 164-174, 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, Cazaquistão.

DANTAS, J. C. Aspectos filosóficos dos espaços transfronteiras. In Souza, M. L; Ferreira, L. A. P; Rezende, V. M; Branco, M. L (org). A saúde e a inclusão social nas fronteiras. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. P. 94-108.

DEL RIO, J. M. V; CARDIA, L. M. Etnografia das fronteiras políticas e sociais na Amazônia Ocidental: Brasil, Peru e Bolívia. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, v. 13, n. 292, 2009.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Presidencia de la República de Colombia. 2018. Disponível em: <http://www.dane.gov.co/>.

DESSEN, M. A; COSTA JUNIOR, A. L. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 278 p.

DUARTE, T. S. A construção das identidades territoriais na fronteira sul do Brasil. **Geographia Meridionalis**, v. 2, n. 1, p. 4-19, 2016.

EDER, K. Identidades coletivas e mobilização de identidades. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 53, p. 5-19, 2003.

EUZÉBIO, E. F. Fronteira e horizontalidade na Amazônia: as cidades gêmeas de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). **Acta Geográfica**, v.8, n.18. p. 1-19, 2014a.

EUZÉBIO, E. F. A porosidade territorial na fronteira da Amazônia: as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). **Cuadernos de geografía/revista colombiana de geografía**, v. 23, n. 1, p. 109- 124, 2014b.

FAGUNDES, H. S; NOGUEIRA, V. M. R; KREUTZ, I. T; CASTAMANN, D. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. R. **Katál**, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2018.

FAGUNDES, H. S; KREUTZ, I. T; CASTAMANN, D. Políticas públicas, sujeitos profissionais e a fronteira arco sul. **Socied. em Deb**, v. 24, n. 1, p. 93-110, 2018.

FARIA M; GIOVANELLA, L; BERMUDEZ, L. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, P. 920-934, 2015.

FERRARI, M. As noções de fronteira em geografia. **Revista Perspectiva Geográfica/Unioeste**, v. 9, n. 10, p. 2014.

FERREIRA, D. S. Território, territorialidade e seus múltiplos enfoques na ciência Geográfica. **Campo-território: revista de geografia agrária**, v. 9, n. 17, p. 111-135, 2014.

FERREIRA, C. M. P. G; MARIANI, M. A. P; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.4, p.1137-1150, 2015.

FERREIRA, C. M. P. G; MARIANI, M. A. P; NETO, A. F. O. O Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. **Revista GeoPantanal**, n. 18, p. 71-92, 2015.

FERREIRA, J. R.; HOIRISCH, C; FONSECA, L. E; BUSS, P. M. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. **História, Ciências, Saúde**, v.23, n.2, p.267-276, 2016.

FERREIRA, E. A relação entre cidades-irmãs na faixa de fronteira: o caso de Cáceres - Mato Grosso/Brasil e San Matías - Bolívia. **Caminhos de Geografia**, v. 18, n. 62, p. 87-103, 2017.

FERREIRA, J; CELUPPE, I. C; BASEGGIO L; GEREMIA, D. S; MADUREIRA, V. S. F; SOUSA, J. B. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores. **Saúde Soc**, v.27, n.1, p.69-79, 2018.

FRANCO-GIRALDO, A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. **Rev. salud pública**, v. 14, n.5, p. 865-877, 2012.

FRANKENBERG, G. Teoría Crítica. **Academia. Revista sobre Enseñanza Del Derecho**, v.9, n. 17, p. 67-84, 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **UNICEF Peru: Creating a world of opportunities for children of the Amazon**. 2014. Disponível em: https://www.unicef.org/peru/spanish/Creating_world_opportunities_children_Amazon.pdf. Acesso em: 12 de junho de 2018.

GADELHA, C. A. G; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 214-226, 2007.

_____; _____. Integração Europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n. 9, p. 1795-180, 2006.

GIOVANELLA, L; GUIMARÃES, L; NOGUEIRA, V. M. R; LOBATO, L. V. C.; DAMASCENO, G. N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007.

GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 33, n.2, 2017.

GLINOS, I. A; BAETEN, R. Reprint of: dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. **Soc Sci Med**, v. 124, p. 331-337, 2015.

GOMES, F. F. C; CHERCHIGLIA, M. L, MACHADO, C. D; SANTOS, V. C; ACURCIO, F.A; ANDRADE, E. I. G. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad Saúde Pública**, v.30, n. 1, p. 31-43, 2014.

GÓMEZ, Y. O; TRUJILLO, E; GUZMÁN, J. M. Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fronterizos. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n. 2, p. 153-159, 2011.

GOMEZ, G. A. M.. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?. **Revista Médica de Risaralda**, v. 22, n. 2, p. 73-74, 2016.

GOSTIN, L. O; SRIDHAR, D. Global Health and the Law. **The New England Journal of Medicine**. v. 370, n. 18, p.1732-1740, 2014.

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. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

GUERRERO, E; AUER, A; GODUE, C. **Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión**. Organización Panamericana de la Salud: Washington. 2010, 75p.

GUIMARAES, L; GIOVANELLA, L. Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 71, p. 248-257, 2005.

HAHN, T. M. O direito à saúde dos estrangeiros que necessitam de proteção: a aplicação jurisprudencial na legislação brasileira e na convenção europeia de direitos humanos. **Publicações da Escola da AGU**, v.9, n. 1, p. 251-280, 2017

HERZ, M. Teoria das Relações Internacionais no Pós-Guerra Fria. **Dados**, v. 40, n. 2, 1997.

HILARIO, C. T; OLIFFE, J. L; J. L; WONG, J. P; BROWNE, A. J; JOHNSON, J. L. “Just as Canadian as Anyone Else”? Experiences of

Second-Class Citizenship and the Mental Health of Young Immigrant and Refugee Men in Canada. **American Journal of Men's Health**, v.12, n. 2, p. 210-220, 2018.

HOPF, T. The Promise of Constructivism in International Relations Theor. **International Security**, v. 23, n. 1, p. 171-200, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil**. Biblioteca central. Rio de Janeiro: IBGE, 1894. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv15530.pdf>>. Acesso em 15 de junho de 2018. Acesso em 05 de outubro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 08 de outubro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em Síntese, 2018a**. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/>. Acesso em 21 de junho de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades, 2018b**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tabatinga/panorama>. Acesso em 21 de junho de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP/MEC). **Índice de Desenvolvimento Educacional Básica, 2018**. Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado.seam?cid=1474820>. Acesso em 21 de junho de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Presidencia del Consejo de Ministros**. Peru, 2018. Disponível em: <https://www.inei.gob.pe>. Acesso em 21 de junho de 2018.

JIMÉNEZ, R. P; NOGUEIRA, V. M. R.. La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: los desafíos de las fronteras. **Rev Katál**, v. 12 n. 1 p. 50-58, 2009.

JONES, C. M; CLAVIER, C; POTVIN, L. Adapting public policy theory for public health research: A framework to understand the development of national policies on global health. **Social Science & Medicine**, v. 177, p. 69-77, 2017.

JUNQUEIRA, C. G. B. A criação das secretarias municipais de relações internacionais (SMRIS) como nova realidade da inserção internacional dos entes subnacionais brasileiros. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 21, p. 71-83, 2015.

KATO, Y. Irregular foreigners' right to health in Japan: an analysis from the perspectives of international covenant on economic, social and cultural rights. **ASIAN Academic Society International Conference, Nakhon Pathom**, Thailand, p. 418-425, 2016. Acesso em 08 de julho de 2018.

KEOHANE, R. O; NYE, J. S. Jr. Power and Interdependence. **International Organization**, v. 41, n. 4, p. 725-753, 1987.

KEOHANE, R. Ideas part - way down. **Review of International Studies**, Special Issue. v. 26, p. 125-130, 2000.

KUZNETSOV, A. S. **Theory and Practice of Paradiplomacy: Subnational Governments in International Affairs (Routledge New Diplomacy Studies)**, New York, Routledge. 2015.

LACERDA, G. B. Some theories of the international relations: realism, idealism and grocianism. **Revista Intersaberes**, v.1 n. 1, p. 56-77, 2006.

LAZO-GONZALES, O; ALCALDE-RABANAL J; ESPINOSA-HENAO O. **El sistema de salud en Perú: situación y desafíos**. Lima: Colegio Médico del Perú, 2016.

LEEuw, E; CLAVIER, C; BRETON, E. Health policy - why research it and how: health political science. **Health Research Policy and Systems**, v. 12, n. 55, p. 2-10, 2014.

LEGIDO-QUIGLEYA, H; GLINOS, I. A; BAETEND, R; MCKEEA, M; BUSSEE, R. Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework. **Health Policy**, v. 108, p. 27-36, 2012.

LEVINO, A. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru**. 2010. 213 f.. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

LEVINO, A; CARVALHO E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Pan-americana de Salud Publica**, v.30, n. 5, p. 490-500, 2011.

LIBERATI, A; ALTMAN, D. G; TETZLAFF, J; MULROW, C; GÖTZSCHE, P. C; IOANNIDIS, J. A; et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **BMJ**. V. 6, n. 7, 2009, e1000100, Doi: doi: 10.1136/bmj.b2700.

LOBO-FERNANDES, L. Teoria das Relações Internacionais de Tucídides a Guicciardini: factores perenes do realismo em Relações Internacionais e a ascensão dos novos colossos asiáticos. **Relações internacionais**, v. 16, p. 7-19, 2007.

LOTTA, G; ARILSON FAVARETO A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Rev. Sociol. Polit**, v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.

LOURETE, A. A. Regimes, governança e normas: Perspectivas construtivistas em Relações Internacionais. *Revista de Estudos Internacionais (REI)*, v. 1, n. 2, p. 120-134, 2010.

LUCHESE, P. T. R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: IBIREME/OPAS/OMS, 2004.

MALAMUD, M. Economías ilícitas en la Amazonia: un desafío para la gobernabilidad en Perú, Brasil y Colombia. **GCG: Revista de Globalización, Competitividad y Gobernabilidad**, v.12, n.1, p. 34-47, 2018.

MANSANI, R. S; REIS, R. P. As Teorias das Relações Internacionais nos Estudos de Política Externa: um Breve Olhar a partir das

Perspectivas Realista e Liberal. **Revista Andina de Estudios Políticos**, v. 4, n. 1, p. 20-29, 2014.

MARTINEZ, E. D. M; MACHADO, J. G. A dimensão social da integração mercosulina: uma análise sobre o projeto MERCOSUL social. **Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v.6. n.12, 2017.

MARTÍNEZ, R. Z. Paradiplomacy in North America: Canadian Provinces' Relations with Their U.S. and Mexican Counterparts. **Norteamérica**, v. 12, n.2, p. 87-109, 2017.

MAZZONI, J; CASTAÑÓN, G. A. Construtivismo Radical ou Trivial?. **Psicologia em Pesquisa**, v. 8, n.2, p. 2301-240, 2014. |

MELLO, V. C. Globalização, regionalismo e ordem internacional. **Rev. Bras. Polít. Int.**, v. 42, n. 1, p. 157-181, 1999.

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. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015.

MENDOZA-ARANA, O. J; RÍO, G. R; GUTIÉRREZ-VILLAFUERTE, C; SANABRIA-MONTÁÑEZ, C. El proceso de reforma del sector salud en Perú. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018.

MICLOS, P. V; CALVO, M. C. M; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Rev Saude Publica**. v. 51, n. 86, 2017.

MIRANDA, A. C; BARCELLOS, C; MOREIRA J. C.; MONKEN, M. (Org). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, 274 p.

MOITA, L. Uma releitura crítica do consenso em torno do “sistema vestefaliano”. **Journal of International Relations**, v. 3, n.º 2, p. 17-43, 2012.

MOGOLLÓN-PASTRÁN, S. C; GARCÍA-UBAQUE, J. C. Tendencia y causas de la mortalidad infantil en municipios de frontera en

Colombia, 2005-2011. **Rev. Salud Pública**, v.18, n. 5, p. 700-713, 2016.

MOORE, M; DAUSEY, D. J. Local cross-border disease surveillance and control: experiences from the Mekong Basin, **BMC Research**, v. 8, n. 90, p. 1-10, 2015.

MORAES, G. F; CARDOSO, L. S; ROSA, L. S; COSTA, V. Z; SANTOS, C. P; CEZAR-VAZ, M. R. Gestão em saúde na fronteira: revisão integrativa da imbricância para a assistência hospitalar. **Fundam. Care**, v. 9, n. 3, p. 867-874, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTTA, J. A. Leticia para turistas: imaginarios, narrativas y representaciones de una ciudad amazônica. **Cuadernos de Geografía - Revista Colombiana de Geografía**, v. 26, n. 2, 2017.

NASCIMENTO, R. B. Ensaio da introdução às relações internacionais. **Caderno de Relações Internacionais**, v. 3, n. 4, p. 65-77, 2012.

NASCIMENTO, V. A; ANDRADE, S. M. O. As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Horizontes Antropológicos**, v. 24, n. 50, p. 181-214, 2018.

NGUYEN, X. Genealogies of Disability in Global Governance: A Foucauldian Critique of Disability and Development. **Foucault Studies**, n. 19, p. 67-83, 2015.

NIETHAMMER, L. Conjunturas de identidades coletivas. **Proj. História**, v. 15, p. 119-144, 1997.

NOGUEIRA, J. P; MESSARI, N. **Teoria das Relações Internacionais: correntes e debates**. Elsevier, Rio de Janeiro, 2005.

NOGUEIRA, V. M; DAL PRA, K. R; FERMIANO, S. Ethical and political diversity in the right to health care in Brazilian municipalities

along the MERCOSUR border. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 227-236, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R; SILVA, Maria. G. Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde. **Revista em pauta**, v. 6, n. 24, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R; GIMÉNES, R. P. A política nacional de saúde para as regiões fronteiriças – Inovações e limites. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília, 2010. Internet.. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/Inovacao.pdf>>. Acesso em 08 de junho de 2018.

NOGUEIRA, V. M. R; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS-Fronteiras - perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2014.

NOGUEIRA, V. M. R; FAGUNDES, H. S; ALONSO, C. B; CERCHIARO, E. O; CENTENO, J. H; JACQUIER, N. M; AGUERO, S. M. G; GARCIA, M. D. C. Políticas de saúde nos países do MERCOSUL: um retorno à universalidade? **R. Pol. Públ.**, v. 19, n. 1, p. 145-156, 2015.

NOGUEIRA, R. J. B. Fronteira: espaço de referência identitária?. **Ateliê Geográfico**, v.1, n.2, p.27-41, 2007.

NUNES, J. Para que serve a teoria das relações internacionais?. **Relações Internacionais**, v. 36, p. 11-22, 2012.

OCAMPO, A. H. T. OPAS e a saúde nas fronteiras: uma proposta em prol do bem-estar da população e do desenvolvimento sustentável. In: COSTA, L. **Integração de Fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na Saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Nacional. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 141 p.

ODDONE, N; VÁSQUEZ, H. R. Cross-Border Paradiplomacy in Latin America. **Latin American Policy**, v. 6, n. 1, p. 110-123, 2015.

OLIVAR, J. M. N. Adolescentes e jovens nos mercados do sexo na tríplice fronteira Brasil, Peru, Colômbia: três experiências, um tour de force e algumas reflexões. **Revista Ártemis**, v. 18, n. 1, p. 87-102, 2014.

OLIVAR, J. M. N.; CUNHA, F. M.; ROSA, P. C. Presenças e mobilidades transfronteiriças entre Brasil, Peru e Colômbia: o caso da “migração peruana na Amazônia brasileira”. **Tomo**, n 26, p. 123-163, 2015.

ONU, N G. **World of Our Making: Rules and Rule in Social Theory and International Relations**. Columbia: University of South Carolina Press, 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC), Organización Mundial de la Salud (OMS). Los acuerdos de la OMC y la salud pública: un estudio conjunto de la OMS y la Secretaria de la OMC. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: http://www.who.int/trade/resource/en/who_wto_s.pdf. Acesso em 13 de junho de 2016.

OSWALD, A.G. Improving outcomes with Qualitative Data Analysis Software: A reflective journey. **Qualitative Social Work**, v. 0, 2017, Doi: DOI: 10.1177/1473325017744860, Disponível em: journals.sagepub.com/home/qsw.

PADILLA, J. D; PIMENTEL, C. P; LUJÁN, P. M; GOMES, D. A. L. Estrategias de ocupación del gobierno central en la Amazonia colombiana. **Revista Geopolítica Transfronteiriça**, v. 1, n 2, p. 60-80, 2017.

PECEQUILO, C. S; CARMO, A. Regional integration and Brazilian foreign policy: strategies in the South American space. **Rev Sociol Polít**, v. 21, n. 48, p. 51-65, 2013.

PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. 2005. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEITER, P. C; FRANCO, V. C; GRACIE, R; XAVIER, D. R; SUÁREZ-MUTIS, M. C. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, 2013.

PEREIRA, D. C; ROCHA, R. A. Debates teóricos em relações internacionais: origem, evolução e perspectiva do “embate” neo-neo. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v.3. n.6, p.313-328, 2014.

PEREIRA, J. A; LUZ, C. K. Fundamentos constitucionais e os projetos legislativos na paradiplomacia para pequenos e médios municípios: quando o global ainda mora longe do local. **Campo Jurídico**, v. 5, n.1, p. 161-196, 2017.

PIOVESAN, G; PAULA, C. C; LOPES, L. F; PADOIN, S. M; KLEINUBING, R. E; SILVA, C. B. Qualidade da atenção primária na perspectiva de Profissionais: saúde de crianças e adolescentes com HIV. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n. 2, 2017, e00180016, Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000180016>.

PIRILLO, I; AMENTA, F. Reflections on Health Tourism and Cross-Border Health Care. **Int J Travel Med Glob Health**, v. 6, n. 2, p. 84-85, 2018.

PONGVONGSA, T; HA, H; THANH, L; MARCHAND, R.P; NONAKA, D; TOJO, B.et al. Joint malaria surveys lead towards improved cross-border cooperation between Savannakhet province, Laos and Quang Tri province, Vietnam. **Malaria Journal**, v. 11, n. 262, p. 1-11, 2012.

PRINCEN, S; GEUIJEN, K; CANDEL, J; FOLGERTS, O; HOOIJER, R. Establishing cross-border cooperation between professional organizations: Police, fire brigades and emergency health services in Dutch border regions. **European Urban and Regional Studies**, v. 23, n. 3, p. 497-512, 2016.

QUIRÓS, H. M; GONZÁLEZ, H. R; VERGARA, J. F. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p.148-152. 2011.

REZENDE, V. M; BRANCO, M. L; ARAÚJO, A. S. Do ideário a vivência de práticas no contexto das fronteiras. In: SOUZA, M. L; FERREIRA, L. A. P.; REZENDE, V. M; BRANCO, M. L. (Org) **Saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. 400 p.

RIASCOS, L. L. C. Medicina Familiar, un camino hacia la integración de los servicios de salud. **Salud Uninorte**, Barranquilla (Col.), v. 33, n. 1, p. 5-08, 2017.

RIBEIRO, M. T. A; RIBEIRO, A. C. A. A paradiplomacia na integração regional do cone sul: análise interdisciplinar da atuação e interação entre os atores da rede mercocidades. **Caderno de Relações Internacionais**, v. 8, n. 14, p. 123-142, 2017.

RIED, W; RAU, F. H. Cross-border health care in the European Union: evaluation of different financing arrangements. **Engineering Management in Production and Services**, v. 9, n. 2, p. 8-20, 2017.

RYCHLAK, J. F. Social Constructionism, postmodernism, and the computer model: Searching for human agency in the right places. **Journal of Mind and Behavior**, v. 20, n. 4, p. 379-389, 1999.

ROCA, A. M; MEJÍA, L. B; JABBA, A. S. **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Geografía económica de la Amazonia colombiana**. Banco de la República, Sucursal Cartagena. Cartagena de Indias, 2013. Disponível em: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_193.pdf. Acesso em 22 de junho de 2018.

ROSENKÖTTER, N; CLEMENS, T; SORENSEN, K; BRAND, H. Twentieth anniversary of the European Union health mandate: taking stock of perceived achievements, failures and missed opportunities: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1074, p. 1-16, 2013.

SALIBA, V; MUSCAT, N; VELLA, M; MONTALTO, AS; FENECH, C; MARTIN, M. et al. Clinicians', policy makers' and patients' views of pediatric cross-border care between Malta and the UK. **J Health Serv Res Policy**, v. 19, n. 3, p. 153-160, 2014.

SARFATI, Gilberto. **Teoria das relações internacionais**. São Paulo, Saraiva, 2005, 383 p.

SAGAN, I; KOLOSOV, V; STUDZIŃSKA, D; ZOTOVA, M; SEBENTSOV, A; NOWICKA, K. The local border traffic zone experiment as an instrument of cross-border integration: the case of Polish-Russian borderland. **Geographia Polonica**, v. 91, n. 1, p. 95-112, 2018

SANTOS, B. R. V. S; BARROS, P. S. A política externa brasileira e as fronteiras no processo de integração da América do Sul. *Boletim de Economia e Política Internacional*, n. 22, p. 51-63, 2016.

SANTOS-MELO, G. Z; ANDRADE, S.R; RUOFF, A. B. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v.31, n. 1, p. 102-107, 2018.

SCHERMA, M; OLIVEIRA, J; FERRAZ, S. Cooperação internacional em saúde: um panorama da fronteira Brasil Venezuela. **Espacios**, v. 36, n. 1, p. 9, 2015.

SCHWARTZ, G; FUGA, P. H. D. O acesso à saúde nas fronteiras do MERCOSUL: Entre as normas e a realidade. **Revista Ajuris**, v. 42, n. 137, p. 343-364, 2015.

SILVA, J. A; NETO, A. F. O; MARIANI, M. A. P. Reflexões sobre o acesso à saúde na fronteira Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO). **Revista GeoPantanal**, n. especial, p. 79-95, 2017.

SILVA, Marlon. L; TOURINHO, H. L. Z. Território, territorialidade e fronteira: o problema dos limites municipais e seus desdobramentos em Belém/PA. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 9, n. 1, p. 96-106, 2017.

SILVA, Milton. F. Haitianos no Amazonas: referência e poder. **Letras em Revista**, v. 8, n. 01, p. 32-52, 2017.

SKINNER, H. A; SRIHARAN, A. Building cooperation through health initiatives: an Arab and Israeli case study. **Confl Health**, v. 1, n. 8, p.1-9, 2007.

SOUSA, I. S; NETO, A. L. S; BENZAKEN, A. S. Uso de mapas temáticos e promoção da saúde sexual na região do Alto-Solimões-Amazonas – Brasil. **HYGEIA- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.8, n. 14, p. 157-167, 2012.

SOUZA, R. F; NASCIMENTO, S. L. Doenças e agravos no contexto das grandes inundações graduais no estado do Amazonas – Brasil. **HYGEIA- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.13, n. 26, p. 139-147, 2017.

SOUZA, G. M. Demandas por regulação na região fronteira brasilo-uruguaia. *Século XXI*, v. 5, n. 2, p. 13-32, 2014.

STÜRMER, A. B; COSTA, B. P. Território: aproximações a um conceito-chave da geografia. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 50-60, 2017.

SUÁREZ-MUTIS, M. C; MORA, C. M; PÉREZ, L. D; PEITER, P. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. **Mundo Amazônico**, v. 1, p. 243-266, 2010, doi:10.5113/ma.1.10268.

SUPERINTENDÊNCIA DA ZONA FRANCA DE MANAUS (SUFRAMA). **Zona Franca Verde: Roteiro do incentivo fiscal**. Manaus, 2016. Disponível em: <http://site.suframa.gov.br/assuntos/zfv/conteudo-principal/roteiro-dos-incentivos/view>.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STOPA, S. R; MALTA, D. C; MONTEIRO, C. N; SZWARCOWALD, C. L; GOLDBAUM, M; CESAR, C. L, G. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**. v. 51, n.3, 2017.

STURZA, E. R. Espaço de enunciação fronteiriço e processos identitários. **Pro-Posições**, v. 21, n. 3 (63), p. 83-96, 2010.

TABATINGA. Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). **Coordenação de Vigilância em Saúde**, 2017.

TINEO, V. J. C. Creation of Framework Law of Telehealth in Peru and the context of the Health System. **Latin Am J Telehealth**, v. 3, n. 3, p. 215-222, 2016.

TOGNETTI, M. Health inequalities: Access to service by immigrants in Italy. **Open Journal of Social Sciences**, v. 3, p. 8-15, 2015.

TRINDADE, T. O Estado nas Relações Internacionais. **Oikos**, v. 16, n.3, p. 39-52, 2017.

VAN DER MOLEN, I. N; COMMERS, M. J. Unresolved legal questions in cross-border health care in Europe: liability and data protection. **Public Health**, v. 127, n. 11, p. 987-993, 2013.

VARGAS, F. A. **Formação das fronteiras latino-americanas**. Brasília: FUNAG, 2017. 640 p.

VIGEVAI, T; MARTINS, A. R. A; MIKLOS, M; RODRIGUES, P. A contribuição marxista para o estudo das relações internacionais. **Lua Nova**, v. 83, p. 111-143, 2011.

VELÁSQUEZ, A. Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**. v. 33, n. 3, p. 397-398, 2016.

WALDROP, M. **Complexity: The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos**. New York, Simon e Schuster: 1992, 507 p.

WANG, H; ZHANG, L; YU, W; WEN, N; YAN, D; TANG, J. et al. Cross-border collaboration between China and Myanmar for emergency response to imported vaccine derived poliovirus case. **BMC Infect Dis**, v. 15, n. 18, p. 1-8, 2015.

WENDT, A. Anarchy is what States Make of it: The Social Construction of Power Politics. **International Organization**, v. 46, n.2, p. 391-425, 1992.

WENDT, A. Collective Identity Formation and the International State. **American Political Science Review**, v. 88, n. 2, p. 384-396, 1994.

WENDT, A. **Social Theory of International Politics**. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOODGATE, R. L; BUSOLO, D. S; CROCKETT, M; DEAN, R. A; AMALADAS, M. R; PLOURDE, P. J. A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 5, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015, 290 p.

YOUNG, M; MULLER, J. Três cenários educacionais para o futuro: lições da sociologia do conhecimento. **Est. Aval. Educ.**, v. 27, n. 65, p. 522-551, 2016.

ZASLAVSKY, R. GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, 2017.

ZHANG, J; DONG, J; LI, J; ZHANG, Y; TIAN, Y; SUN, X; ZHANG, G; LI, Q; XU, X; CAI, T. Effectiveness and impact of the cross-border healthcare model as implemented by non-governmental organizations: case study of the malaria control programs by health poverty action on the China-Myanmar border. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 5, n.80, p. 4-9, 2016.

**APÊNDICE A – TESTES DE QUALIDADE PARA O ESTUDO “A
ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTRANGEIROS NO BRASIL:
ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS EM UM MUNICÍPIO DE
TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TESTES DE QUALIDADE PARA O ESTUDO DE CASO “A
ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTRANGEIROS NO BRASIL:
ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS EM UM MUNICÍPIO DE
TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL”**

| Teste de qualidade | Tática de qualidade no estudo de caso | Ações no projeto que justificam a utilização do teste proposto na literatura |
|---------------------------|--|---|
| Validade do constructo | 1. Uso de múltiplas fontes de evidências; | 1. Análise de documentos, entrevistas e observação direta não participativa; |
| Validade externa | | A primeira evidencia a ser levantada será a análise documental para se evidenciar a existência de acordos de cooperação formais ou informais entre Brasil, Colômbia e Perú. De posse desse conhecimento será iniciada as entrevistas com os gestores para que estes possam caracterizar a atenção a saúde de estrangeiros naquela região. Terminadas as entrevistas e com a compreensão dos acordos e de como ocorre a atenção aos estrangeiros daremos início as observações diretas não participativas. |
| Validade interna | 1. Uso de Teoria nos estudos de caso único; | Utilização de fundamentação teórica filosófica baseada na teoria do construtivismo social. |

| | | |
|----------------|--|---|
| Confiabilidade | 1. Uso de um protocolo de estudo de caso; | 1. Protocolo de estudo de caso (apêndice B); |
| | Desenvolve uma base de dados de estudo de caso | Criação de base de dados através do <i>software MaxQDA</i> ¹² ®. |

Fonte: Adaptado de Yin (2015), p. 48.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE COLETA DADOS DE DOCUMENTOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

| ROTEIRO DE COLETA DADOS DE DOCUMENTOS | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Identificação | | |
| Tipo de documento _____ número do documento: _____ / _____ Data de emissão do documento: ____ / ____ / ____ Órgão emissor _____ Órgão de destino: _____ Pessoa/órgão responsável pela emissão: _____ Pessoa/órgão a quem se destina o documento _____ | | |
| DADOS A CONSTATAR | TEOR DA CONSTATAÇÃO NO DOCUMENTO | REFLEXÃO SOBRE A CONSTATAÇÃO |
| Ação de saúde que identifica a integração entre países da tríplice fronteira internacional | | |
| País ou países com o qual foi realizada a ação | | |
| Motivação de um ou mais dos países que levou a ação a ser desenvolvida ou a necessidade de desenvolvimento de ações de integração entre os países. | | |
| Constatação no documento que caracterize a atenção a saúde de estrangeiros no município de Tabatinga | | |

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

| ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GESTOR |
|--|
| Identificação |
| Data da Entrevista: ___/___/___ Hora do Início: ___:___ Hora do Término: ___:___ Total _____ |
| Nome: _____ Profissão _____ |
| Unidade ou órgão da qual é Gestor _____ |
| Tempo que exerce o cargo de gestor: Desde: ___/___/___ Tempo em meses _____ |
| Local onde ocorreu a entrevista _____ |
| Questões: |
| . Como o SIS Fronteira contribuiu ou contribui para as questões de atenção a saúde a estrangeiros no município de Tabatinga? |
| . Como o Sr (a) definiria a atenção a saúde aos estrangeiros que procuram por atendimento no município de Tabatinga? |
| . O Sr (a) adota alguma estratégia para enfrentamento da demanda de atendimento à estrangeiros neste serviço ou no município? Se sim. Quais são as estratégias? |
| . É de seu conhecimento a existência estratégias ou acordos formais ou informais que contribuam para o favorecimento da integração em saúde entre Brasil, Colômbia e Peru? |
| . Observações em relação à entrevista (diário de campo). |
| . Transcrição da entrevista: |

Data ___/___/___

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

| ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Identificação | | |
| Data da Observação: ____/____/____ Hora do Início: ____:____ Hora do Término: ____:____ Total _____ | | |
| Nome da Unidade Observada: _____ | | |
| Evento Observado: _____ | | |
| Participantes do Evento (Iniciais, profissão, envolvimento no evento): _____ _____ | | |
| ASPECTOS A OBSERVAR | NOTAS DE OBSERVAÇÃO | NOTAS DE REFLEXÃO |
| Fatos no evento que possam estar relacionados a atenção a saúde de estrangeiros | | |
| Existência de atendimentos de estrangeiros no serviço, durante o período de observação. | | |
| Observar como os estrangeiros são atendidos na entrada dos serviços observados | | |
| Comportamento de estrangeiros ao chegaram aos serviços em busca de atendimentos de saúde | | |
| Observar os encaminhamentos dos atendimentos realizados a estrangeiros | | |
| Ações ou situações de possam demonstrem a existência e necessidade da existência de acordos de integração em | | |

| | | |
|--|--|--|
| saúde entre os países da tríplice fronteira | | |
| Outras observações | | |

Data ____/____/____

APÊNDICE E – CARTA DE APRESENTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Eu, Selma Regina de Andrade, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientadora do estudo intitulado, “**A atenção a saúde de estrangeiros no Brasil: estratégias governamentais em um município de tríplice fronteira internacional**”, Solicito autorização para que a doutoranda Giane Zupellari dos Santos Melo, (RG: 2854765-9 SSP-AM), aluna do curso de Doutorado em Enfermagem, na modalidade interinstitucional, da Universidade Federal de Santa Catarina com a Universidade do Estado do Amazonas (DINTER UFSC/UEA), possa realizar coleta de dados junto a essa conceituada instituição.

A pesquisa tem os seguintes objetivos: Evidenciar as características e as estratégias governamentais de integração de atenção à saúde a estrangeiros em Tabatinga, Amazonas, município de tríplice fronteira internacional do Brasil, Colômbia e Peru, considerando o contexto do SIS Fronteira; Caracterizar quais estratégias foram estabelecidas e são mantidas no município de Tabatinga e do Estado do Amazonas para o favorecimento da integração em saúde entre os países da tríplice fronteira amazônica, compreendida por Brasil, Colômbia e Peru; Levantar como gestores municipais e estaduais de saúde caracterizam a atenção a saúde de estrangeiros que procuram por atendimento nos serviços de saúde do município de Tabatinga/AM; Descrever as estratégias estabelecidas por gestores de saúde municipal e estadual para o enfrentamento da demanda de atendimento à estrangeiros que procuram os serviços de saúde do município de Tabatinga/AM.

A justificativa para realização desse estudo é que o mesmo abordará a caracterização e as estratégias governamentais de integração em um município do arco norte – Tabatinga. A abordagem

metodológica do estudo é um estudo de caso único integrado, explicativo com abordagem qualitativa. Como técnica de coleta de dados, utilizaremos: Análises documentais; entrevistas com gestores nacionais, do Estado do Amazonas e do município de Tabatinga.

Para as entrevistados dos gestores será fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que permitirá aos mesmos decidir sobre as suas participações voluntárias na pesquisa. Ressaltamos que essa pesquisa obedecerá aos preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, tendo sido aprovada no Comitê de Ética e pesquisa da UEA com parecer substanciado n° 2.047.137.

Quaisquer dúvidas relativas a pesquisa poderão ser esclarecidas pelos pesquisadores através dos contatos da doutorando Giane Zupellari: (92) 981878804 ou E-mail: gzsantos3@hotmail.com

Certos de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente.

Profª Drª Selma Regina de Andrade

Giane Zupellari dos S. Melo

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA DE APRESENTAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Professora Dra. Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Giane Zupellari dos Santos Melo, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem, na modalidade interinstitucional, da Universidade Federal de Santa Catarina com a Universidade do Estado do Amazonas (DINTER UFSC/UEA), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “**A atenção à saúde de estrangeiros no Brasil: estratégias governamentais em um município de tríplice fronteira internacional**”, que tem por objetivo principal: Evidenciar as características e as estratégias governamentais de integração de atenção à saúde a estrangeiros em Tabatinga, Amazonas, município de tríplice fronteira internacional do Brasil, Colômbia e Peru, considerando o contexto do SIS Fronteira.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio desse termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será áudio-gravada, com duração de aproximadamente 40 a 60

minutos. Posteriormente esta entrevista será transcrita, mas sem que o Sr (a) seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo.

Ao Sr (a), esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito das estratégias governamentais de integração de atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga, Amazonas. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, contribuindo para a identificação das estratégias que favorecem a integração da atenção à saúde de estrangeiros na tríplice fronteira internacional amazônica, compreendida como Brasil, Colômbia e Peru e como estas estratégias se mantêm. Pretende ainda contribuir para a discussão de uma política de integração de atenção à saúde de estrangeiros na região que reconheça as peculiaridades sociais da população local.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir.

O material coletado durante as entrevistas e a observação poderão ser consultados sempre que o Sr (a) desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso o Sr (a) tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas pelo Sr (a) e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com o Sr (a), guarde-a

cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

O Sr (a) tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. O Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Selma Regina de Andrade pelo telefone (48) 88126688, email selma.regina@ufsc.br ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Poderá entrar em contato ainda com a pesquisadora Giane Zupellari dos Santos Melo pelo telefone (92) 981878804 ou pelo e-mail gzsantos3@hotmail.com, bem como pessoalmente na Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde, Av. Carvalho Leal, N. 1777, Bairro cachoeirinha, Manaus, Amazonas.

O Sr (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, email CEP.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400

Profª Drª Selma Regina de Andrade

Giane Zupellari dos S. Melo

Consentimento Livre e Esclarecido

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação

voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: __/__/____

APÊNDICE G – CHECKLIST DE MATERIAIS E PROCEDIMENTOS PARA ENTREVISTAS, OBSERVAÇÃO DIRETA E COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CHECKLIST DE MATERIAIS E PROCEDIMENTOS PARA ENTREVISTAS, OBSERVAÇÃO DIRETA E COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

1. Para as entrevistas

O que verificar nos dias anteriores à entrevista:

- Realizar contato com o participante para confirmar o dia e o horário da entrevista

O que levar para a entrevista:

- Protocolo impresso e preenchido;
- Cópia do Parecer Consubstanciado do CEP;
- Cópia da carta de Anuência para coleta de dados da SMS e SES;
- 02 cópias do TCLE;
- Roteiro de entrevista;
- Roteiro de observação;
- Gravador;
- Pilhas Extras ou carregador com adaptador de tomada (a depender do gravador adquirido)
- Prancheta, papel e caneta.

Procedimentos durante a entrevista:

- Solicitar que a entrevista ocorra em um local calmo e reservado;
- Reservar um tempo adequado para a realização da entrevista;
- Ler o TCLE e pedir ao entrevistado que assine as duas cópias, caso concorde em participar da pesquisa;
- Fornecer uma cópia do TCLE ao participante;
- Explicar ao participante que irá gravar a entrevista para posterior transcrição;
- Explicitar ao entrevistado que o questionário de entrevista possui questões abertas;
- Esclarecer as perguntas e solicitar aprofundamento de certos pontos da entrevista, caso seja necessário;
- Deixar claro que, se após a data de realização da entrevista o participante quiser fazer algum comentário adicional ou acréscimo em alguma de suas respostas, ele poderá entrar em contato com o pesquisador;
- Solicitar a permissão de contatar o entrevistado, sobre alguma nova questão que surja, posteriormente, durante a pesquisa, caso o pesquisador considere importante conhecer a opinião do entrevistado.

2. Para as Observações Diretas**O que verificar nos dias anteriores à Observação Direta:**

- Realizar contato com o responsável pela instituição para confirmar o dia e o horário da observação

O que levar para a Observação Direta:

- Protocolo impresso e preenchido;
- Cópia do Parecer Consubstanciado do CEP;
- Cópia da carta de Anuência para coleta de dados da SMS e SES;
- Roteiro de observação;
- Máquina fotográfica;
- Carregador com adaptador de tomada;

Prancheta, papel e caneta.

Procedimentos durante a Observação Direta:

Reservar um período para realizar a observação e acompanhamento das atividades dos profissionais de saúde e usuários ou participantes no evento;

Perguntar à responsável pelo serviço ou evento se há a possibilidade de acompanhamento durante as atividades desenvolvidas no período;

Anotar gestos não verbais, sentimentos, etc;

3. Para a coleta de dados documentais

O que verificar nos dias anteriores à coleta de dados documentais:

Realizar contato com o responsável pela instituição para confirmar o dia e o horário da coleta de dados

O que levar para a coleta de dados documentais:

Protocolo impresso e preenchido;

Cópia do Parecer Consubstanciado do CEP;

Cópia da carta de Anuência para coleta de dados da SMS e SES;

Máquina fotográfica;

Carregador com adaptador de tomada;

Prancheta, papel e caneta.

Procedimentos durante a coleta de dados documentais:

Reservar um período para realizar a coleta de dados documentais;

Providenciar cópia de documentos que não puderem ser fotografados;

ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A atenção à saúde de estrangeiros no Brasil: estratégias governamentais em um município de tríplex fronteira internacional

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61426316.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.047.137

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "A atenção à saúde de estrangeiros no Brasil: estratégias governamentais em um município de tríplex fronteira internacional" visa obtenção do título de doutor pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); orientado por Selma Regina de Andrade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Evidenciar as características e as estratégias governamentais de integração de atenção à saúde de estrangeiros em Tabatinga, Amazonas, tríplex fronteira internacional, considerando o contexto do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras.

Objetivo Secundário:

Identificar as estratégias estabelecidas no município de Tabatinga e do Estado do Amazonas, para o favorecimento da integração em saúde entre os países da tríplex fronteira amazônica; Descrever a manutenção e a permanência de tais estratégias de integração em Tabatinga/AM; Descrever as características da atenção à saúde de estrangeiros nos serviços de saúde do município de Tabatinga/AM, na perspectiva dos gestores de saúde; Analisar a implantação e manutenção do Sistema Integrado de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.047.137

Saúde das Fronteiras no município de Tabatinga/AM, sob o prisma da teoria do construtivismo social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvir os entrevistados, interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo o mesmo esteja à vontade para continuá-la ou desistir. O

material coletado durante as entrevistas poderão ser consultados, pelos entrevistados, sempre que desejado, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

Benefícios:

Esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito das estratégias governamentais de integração de atenção à saúde de estrangeiros no município de Tabatinga, Amazonas. Os resultados pretendem ainda beneficiar a sociedade, contribuindo para a identificação das estratégias que favorecem a integração de atenção à saúde de estrangeiros na tríplice fronteira internacional amazônica, compreendida como Brasil, Colômbia e Peru e como estas estratégias se mantêm. Pretende ainda contribuir para a discussão de uma política de integração de atenção à saúde de estrangeiros na região, que reconheça as peculiaridades sociais da população local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O processo de integração entre países têm gerado uma crescente discussão sobre pontos econômicos, político e sociais que são afetados pelo fenômeno da globalização. Nas fronteiras esta discussão é intensificada pela livre circulação de pessoas entre os países, o que possibilita o uso comum de produtos e serviços entre os países, incluindo a utilização dos serviços de saúde. Será realizado, no município de Tabatinga, Amazonas, um estudo de caso único integrado, explicativo, com abordagem qualitativa, com a utilização de três fontes de evidências: análise documental, entrevistas e observações diretas não participativas. Os dados coletados serão organizados e codificados com auxílio do software MaxQDA12® e serão utilizadas as proposições teóricas como estratégia analítica e a construção da explicação como técnica de análise das evidências. As unidades de análise nesta pesquisa serão: gestor nacional do SIS Fronteira; gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas; gestor

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.047.137

do Comissão Intergestora Regional do Alto Solimões/Amazonas (CRI/ASOL/AM); gestores da secretaria de municipal de saúde de Tabatinga/AM; gestores de serviços de saúde de Tabatinga/AM; Ministério da Saúde (MS); Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM); Comissão Intergestora Regional do Alto Solimões/Amazonas (CIR/ASOL/AM); Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga; Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga; Unidade Básica de Saúde da Família Dídimo Pires de Oliveira; e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tabatinga. Neste estudo de caso, obteremos evidências através de três fontes de dados: análise documental; entrevista; e observações diretas não participativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências foram atendidas. A pesquisadora esclareceu que devido a dificuldade de acesso ao Coordenador Nacional do SIS fronteira ou órgão que o substitua, este participante foi retirado do projeto. A pesquisadora apresentou também um organograma contendo a estrutura organizacional da secretaria de estado de saúde do Amazonas.

Foram acrescentadas também solicitação de anuência assinada:

- pelo diretor da Unidade de pronto atendimento do município de Tabatinga- Amazonas - Brasil, assinada por André da Silva Alves.
- pelo diretor da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz de Tabatinga- Amazonas - Brasil, assinada por André da Silva Alves.
- pelo presidente do conselho municipal de saúde de Tabatinga -Amazonas -Brasil, assinada pelo Sr Antônio Andrade de Souza.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a proposta apresentada se encontra adequadamente fundamentada, contendo documentação e demais informações pertinentes à questão ética em conformidade com os termos da legislação que trata da participação de seres humanos em pesquisa, encaminho voto favorável à Aprovação do Projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|---------|----------|-------|----------|
|----------------|---------|----------|-------|----------|

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.047.137

| | | | | |
|---|--|------------------------|---------------------------------|--------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_784550.pdf | 05/04/2017 15:50:14 | | Aceito |
| Outros | EstrutOrganizSUSAM2015.pdf | 05/04/2017 15:48:40 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AnuenciaUPATabatinga.pdf | 05/04/2017 15:47:59 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AnuenciaMaternidadeTBT.pdf | 05/04/2017 15:47:27 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AnuenciaCMSTBT.pdf | 05/04/2017 15:46:59 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoParecer2.pdf | 05/04/2017 15:41:33 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | CartaPendencias2.docx | 05/04/2017 15:40:48 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DeclaracaoSUSAM2.pdf | 22/12/2016 09:56:03 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AnuenciaSUSAM2.pdf | 22/12/2016 09:55:32 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE2.pdf | 22/12/2016 09:53:11 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Outros | PENDENCIAS.pdf | 22/12/2016 09:52:39 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Outros | CurriculoSelma.pdf | 27/10/2016 13:01:17 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Outros | CurriculoGiane.pdf | 27/10/2016 12:26:12 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Outros | ROTEIRODEENTREVISTA.pdf | 27/10/2016 12:16:08 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Outros | ROTEIRODECOLETADEDOCUMENTOS.pdf | 27/10/2016 12:15:46 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AnuenciaTBT.pdf | 27/10/2016 12:13:54 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DeclAnuenciaTBT.pdf | 27/10/2016 12:13:21 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRostoAss.pdf | 27/10/2016 12:10:24 | Giane Zupellari dos Santos Melo | Aceito |

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.047.137

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br