

ARTÍCULO ORIGINAL

A saúde e as fronteiras no âmbito da integração regional: uma análise do SIS-Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero (2005-2014)

Salud y fronteras en el marco de la integración regional: análisis del SIS-Fronteiras en las ciudades de Ponta Porã y Pedro Juan Caballero (2005-2014)

Tomas Espósito Neto¹, Tamyris Rocha¹

Resumo: A integração e o desenvolvimento das regiões de fronteira é um tema que tem se destacado ao longo dos últimos anos. Em virtude da inclusão das questões sociais na agenda do MERCOSUL, as fronteiras passaram a ter papel importante na observação sobre as demandas sociais, tais como acesso a bens e serviços públicos primários, como saúde e educação. O presente trabalho tem os objetivos de: (i) apresentar o Sis-Fronteiras como uma política pública para ampliar o financiamento e o acesso à saúde na zona de fronteira; e (ii) analisar os efeitos de sua implantação no modo de compartilhamento, financiamento e disponibilização desses serviços para a população fronteiriça, por meio do estudo de caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. O estudo apresenta algumas assimetrias existentes no acesso ao direito à saúde que acabam por justificar a demanda de atendimento de paraguaios no sistema de saúde brasileiro e a dificuldade da implantação de políticas que contemplem e garantam a efetiva harmonização do acesso à saúde nas zonas de fronteira.

Palavras-chave: integração regional, direito à saúde, SIS-Fronteiras, fronteiras, direitos humanos.

Resumen: La integración y el desarrollo de las regiones fronterizas es un tema que se ha destacado en los últimos años. Debido a la inclusión de los problemas sociales en la agenda del MERCOSUR, las fronteras han desempeñado un papel importante en la observación de las demandas sociales, como el acceso a bienes y servicios públicos

¹ da Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil.
Email: tomazneto@ufgd.edu.br
Recibido: 16/9/2020. Aceptado: 1/12/2020.
doi: 10.28917/ism.2020-v4-29



primarios, como la salud y la educación. Este documento tiene como objetivo: (i) presentar el Sis-Fronteiras como una política pública para expandir el financiamiento y el acceso a la salud en el área fronteriza; y (ii) analizar los efectos de su implementación en la forma de compartir, financiar y poner estos servicios a disposición de la población fronteriza, a través del estudio de caso de Ponta Porã y Pedro Juan Caballero. El estudio presenta algunas asimetrías existentes en el acceso al derecho a la salud que terminan justificando la demanda de asistencia de los paraguayos en el sistema de salud brasileño y la dificultad de implementar políticas que contemplen y garanticen la armonización efectiva del acceso a la salud en las zonas fronterizas.

Palabras clave: integración regional, derecho a la salud, SIS-Fronteiras, fronteras derechos humanos.

I. Introdução

Segundo o IBGE (2018), a Faixa de Fronteira de 150 km tem uma área de 1.415.611,464 km² e equivale a 16,6% da área do Brasil. Recentemente, o desenvolvimento e a integração político-econômica e social das zonas de fronteiras tornou-se um tema ascendente na agenda política nacional e internacional, em especial no âmbito do MERCOSUL, o que redundou na ampliação dos estudos, desenho e execução de políticas públicas e da cooperação transfronteiriça. As fronteiras se tornaram “laboratórios” de integração regional no MERCOSUL, pois abrangem temas diversos como educação e saúde, entre outros (Desiderá Neto, 2016; Brasil, 2005).

Nas cidades-gêmeas, como Pedro Juan Caballero e Ponta Porã na fronteira entre Brasil e Paraguai, a temática é mais latente, pois o território é dividido apenas por uma rua e as cidades cresceram de forma geminada. Ademais, ocorrem diariamente fluxos transnacionais de pessoas, informações, bens e serviços, o chamado *cruce* (Machado, 2010).

Nessa região, a temática sobre o acesso aos serviços públicos de saúde brasileiros por usuários não residentes no Brasil é um tema recorrente na agenda política local, nacional e internacional, por apresentar a face mais aparente dessas interações: seja pela inexistência de harmonização das legislações internacionais que garantam o acesso à saúde nos países vizinhos, seja na discrepância na proteção social entre os países, ou ainda, nos impactos financeiros e orçamentários do atendimento a usuários não nacionais (Rocha, 2019).

No Brasil, o acesso à saúde é direito básico garantido constitucionalmente a todos que sejam brasileiros ou estrangeiros residentes no país, e possui ainda status de direitos humanos fundamentais, que deve ser garantido de maneira universal pelo Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva, 2010). A Carta Magna do Brasil, no entanto, não especifica a divisão do custeio da saúde para usuários não residentes. Destarte, os municípios de fronteira do Brasil

enfrentam dificuldades para prover seus cidadãos da atenção integral à saúde preconizada pela Constituição Federal, pois faltam mecanismos legais e jurídicos que permitam a contabilização dos usuários estrangeiros ou brasileiros não residentes na demanda garantida pelo SUS (Swartz; Fuga, 2015).

Criado pelo governo brasileiro em 2005, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras¹) é um projeto da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), que estabelece as etapas, os mecanismos e formas de repasse dos recursos financeiros, bem como a regulamentação da forma de adesão dos estados e dos municípios de fronteira. O projeto foi resultado do amadurecimento de uma iniciativa brasileira para a criação de um mecanismo que possibilitasse medidas que integrassem as políticas e ações de saúde nas fronteiras dos países membros do MERCOSUL, no período marcado pela vigência do “regionalismo pós-liberal” no bloco. No entanto, esse projeto foi encerrado em 2014, na administração Dilma Rousseff (2011-2016) (Rocha, 2019).

Como mencionado anteriormente, são objetivos do presente trabalho: (i) apresentar o SIS-Fronteiras como uma política pública para ampliar o financiamento e o acesso à saúde na zona

de fronteira; e (ii) analisar os efeitos da implantação do SIS-Fronteiras no modo de compartilhamento, financiamento e disponibilização desses serviços para a população fronteiriça, por meio do estudo de caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.

Apesar dessas discussões serem objeto de fóruns específicos como a Reunião de Ministros de Saúde e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11) do MERCOSUL e algumas medidas paliativas terem sido realizadas por autoridades nacionais, estaduais e locais, tais iniciativas não foram suficientes para garantir o acesso pleno, eficaz e igualitário à saúde nas zonas de fronteira. Afinal, muitas dificuldades ainda são enfrentadas em função do déficit e falta de planejamento orçamentário, que não incluem a população fronteiriça flutuante, mas também pela falta de critérios e de estrutura para atendimento dos estrangeiros que buscam os serviços de saúde no Brasil (Giovanella et al., 2007).

O presente trabalho tem como pressuposto que a diferença na cobertura de atendimento e financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e Paraguai reforçam a assimetria na qualidade de atendimento entre os países, e acaba por aumentar o fluxo de busca por atendimento no lado brasileiro das fronteiras (Sacardo, 2009); daí a escolha de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. O estudo das zonas de fronteiras e das cidades gêmeas, bem como o resultado das ações públicas implementadas, justifica-se pela necessidade de se conhecer a realidade e os desafios à criação de políticas de integração que

1 A nomenclatura do Projeto está grafada como SIS-Fronteiras nas portarias que o criaram, todavia alguns documentos oficiais apresentam grafias diversas, como SIS-Fronteira, SIS-Fronteiras, entre outras. Entretanto, considerando-se que as portarias que o regulamentam trazem em sua maioria a grafia SIS-Fronteiras, esta foi adotada no presente trabalho.

garantam o acesso à saúde de maneira plena, eficaz e universal nessas localidades (Preuss, 2007, Gadelha; Costa, 2007).

Nesse ponto, a análise do impacto da implantação do SIS-Fronteiras na região de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero permite visualizar na prática as dificuldades enfrentadas pelos gestores para a garantia do acesso aos serviços públicos pelos moradores na região. Ademais, para a análise da validade do SIS-Fronteiras como um mecanismo de integração regional, foram trazidos conceitos próprios das relações internacionais, que nos permitem identificar a saúde como um vetor de integração.

Nesse sentido, apoiamos a pesquisa no marco teórico do neo-funcionalismo, em especial no conceito de *spillover*, que explica que, ainda que motivada inicialmente por questões econômicas, ao aprimorar-se, a integração regional causa o efeito de esparramar-se, aprofundando o processo em outros setores, como o da saúde (Haas, 1970). Outrossim, o conceito de *paymaster*, isto é, um Estado disposto a arcar os custos da integração, é essencial (Mattli, 1999).

Para a descrição do SIS-Fronteiras, optou-se aqui pela metodologia histórico-descritiva com análise qualitativa de uma bibliografia selecionada e documentos oficiais, obtidos no Ministério da Saúde e Ministério da Integração Nacional, e ainda outros produzidos pelos órgãos locais, como Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, no período de 2005 a 2015. Além disso, foram feitas entrevistas semiestruturadas e houve um trabalho de observação, especialmente com gestores locais.

O estudo de caso seguiu o sistema professado por Yin (2005, p. 33), já que, segundo o autor, este “compreende um método que abrange tudo – tratando-se de lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas de análises dos mesmos”, e assim pode ser visto como mais adequado para a investigação do fenômeno dentro de seu contexto social, onde não haja a fácil percepção do limiar entre o fenômeno e o contexto.

Nesse sentido, além dos documentos oficiais, as entrevistas tiveram como objetivo analisar a percepção dos gestores envolvidos na implantação do projeto sobre seu impacto e importância na melhoria do sistema de saúde na região, e mais, na criação de mecanismos de cooperação entre os países. Estas entrevistas foram realizadas com quatro gestores que participaram da implantação do SIS-Fronteiras no município de Ponta Porã, sendo uma secretária de saúde, que hoje atua como médica na Secretaria, uma conselheira do Conselho Municipal de Saúde e duas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde. Mais dois secretários de saúde que atuaram em parte do período do Projeto foram procurados, mas não aceitaram participar da pesquisa.

A opção do SIS-Fronteiras como objeto de estudo teve como principal intenção observar na prática a formulação e implantação de uma política pública voltada à saúde e à integração regional nas áreas de fronteira. Embora a escolha de um programa já encerrado tenha dificultado o acesso às informações e dados sobre o seu desenvolvimento, ao mesmo tempo permitiu que fossem aferidos alguns problemas limitadores

das políticas públicas como um todo. De acordo com Scherma (2016, p. 4), compreender as demandas das regiões de fronteira é necessário para a efetivação do desenvolvimento buscado pela criação de um mercado comum, e ainda para a criação de políticas mais efetivas e a garantia da cidadania.

O presente trabalho está dividido em duas partes, além da introdução e considerações finais. A primeira parte detalha a sistemática do SIS-Fronteiras, especialmente no que se refere à sua formulação; em seguida, se apresenta o estudo de caso sobre a implantação e o impacto do SIS-Fronteiras na cidade de Ponta Porã.

2. A formulação do SIS-Fronteiras: de projeto de política para o MERCOSUL a política unilateral brasileira

Historicamente, o Brasil não priorizou as políticas públicas para o desenvolvimento da faixa de fronteira. A situação se altera somente no início do século XXI, principalmente com a publicação do *Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira* (PDFF) em 2009 (Scherma, 2016), que propiciou um “outro olhar” para a integração regional (Espósito; Paula, 2015).

Os países membros do MERCOSUL discutem a temática da fronteira e do acesso à saúde desde 1997; pode-se citar em especial a Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, Bolívia e Chile (RMSM-BCh), que representa uma instância vinculada ao Conselho do Mercado Comum (CMC),

órgão máximo do MERCOSUL. As reuniões ocorrem semestralmente e são responsáveis por definir macro políticas e programas no âmbito do MERCOSUL, incluindo programas como o Programa Regional da Luta para o Controle do Tabaco e Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS, entre outros (Brasil, 2003). Além da RMSM-BCh, foi criado em 1998 o subgrupo de trabalho SGT N° 11-Saúde, instaurado especialmente para atuar na área da saúde, com a proposta de contribuir para o processo de integração por meio da harmonização das normas e procedimentos dos países membros em relação à área da saúde.

Paulatinamente, as discussões sobre a integração político-econômica e social no início do século XXI culminaram na inclusão dos serviços de saúde na faixa de fronteira como uma importante diretriz da política nacional e internacional (Peiter, 2005). Foi nessa realidade que o SIS-Fronteiras foi criado, resultado do amadurecimento de uma iniciativa do Brasil para a criação de um mecanismo que possibilitasse medidas que integrassem as políticas e ações de saúde nas fronteiras dos países membros do MERCOSUL. A primeira iniciativa apresentada pelo Brasil foi o “Consórcio MERCOSUL-Saúde”, em reunião do SGT N° 11-Saúde realizada em 2003, conforme trecho da ata:

MERCOSUR / SGT N° 11 / ACTA N° 2/03 XXI REUNIÓN ORDINARIA DEL SUBGRUPO DE TRABAJO N° 11 “SALUD” 7.3 Propuesta de Creación de un Consorcio MERCOSUR – Salud La Delegación de Brasil presentó la propuesta de Creación de un Consorcio MERCOSUR-

Salud para organizar la atención a la Salud en las fronteras, involucrando todos los actores (Gobiernos Federal, Provincial/ Departamental /Estadual y Municipal). Las Delegaciones concuerdan con la importancia de avanzar en la consolidación de instrumentos de gestión capaces de responder a las necesidades de Salud de las poblaciones fronterizas y se comprometen a analizar la viabilidad y factibilidad de la Propuesta. [...] Las Delegaciones hicieron referencia a la necesidad de trabajar en forma conjunta con el GAHIF, los temas que afectan la salud de la población de las áreas fronterizas y todos los aspectos relacionados. Asimismo, destacaron la necesidad de dar seguimiento y analizar todos aquellos Foros MERCOSUR que traten temas relacionados con la salud. (MERCOSUL, 2003)

Somente em 2005, na reunião do SGT N° 11-Saúde realizada entre os dias 30 de maio a 3 de junho de 2005 em Assunção, Paraguai, o projeto de Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras do MERCOSUL (SIS-MERCOSUL) foi apresentado pelo Brasil para que as Coordenações Nacionais das demais delegações refletissem sobre as formas de integração para os serviços de saúde nos municípios fronteiriços do bloco. Apesar do interesse brasileiro, o projeto não teve grande repercussão e acabou não sendo objeto de maiores discussões nos encontros seguintes do grupo (Ferreira, 2015).

A condição de grande receptor de usuários estrangeiros não residentes do sistema de saúde brasileiro, especialmente

nas regiões de fronteira com o Paraguai e a Bolívia, onde há grande assimetria nas condições de acesso a saúde, universalidade e integralidade do acesso (Sacardo, 2009), colocou o País no papel precursor de medidas que pudessem garantir a harmonização legal quanto ao acesso à saúde no MERCOSUL.

Segundo Ferreira (2015), a burocratização, os empecilhos legais, a dificuldade na harmonização legislativa acerca do tema e as divergências políticas dos países envolvidos acabaram por dificultar o encaminhamento e a implantação do projeto do SIS-MERCOSUL, o que levou ao seu redesenho como política unilateral brasileira (Ferreira, 2015).

Essa ação está em consonância com a mudança na realidade política brasileira, com os ventos da “onda rosa”. A nova elite política percebeu a importância do país ser um *paymaster* do desenvolvimento de integração regional, em especial no MERCOSUL, na valorização das áreas de fronteiras e no aumento da cooperação internacional nas áreas sociais, como educação e saúde (Vigevani et alia, 2008), e na construção de um projeto de “autonomia pela diversificação das parcerias” (Vigevani; Cepaluni, 2007).

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras é um projeto de responsabilidade da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS) e foi instituído em 2005 por meio de três portarias do Ministério da Saúde, datadas de 06 de julho de 2005². O projeto surgiu com os

2 A Portaria GM/MS N° 1.120, responsável pela instituição do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, a GM/MS N° 1.121

objetivos de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Nasceu como uma experiência para tentar identificar as deficiências e potencialidades estruturais do Sistema Único de Saúde, especialmente nos municípios fronteiriços, que pudessem dificultar e/ou impedir a garantia de um atendimento em saúde de qualidade (Carvalho, 2014).

Sob esse aspecto, é importante observar que o texto vigente foi resultado da alteração ocorrida em 2006 pela portaria GM/MS Nº 1.188 de 05.06.2006, data em que a maioria dos municípios já havia aderido ao programa. O texto trouxe diversas mudanças e representou inclusive uma limitação dos objetivos do SIS-Fronteiras. O texto inicial apresentava em seu artigo 1º os seguintes objetivos:-

Art. 1º - Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, SIS-Fronteiras, sistema este destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, com os seguintes objetivos:

- I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;
- II - verificar as demandas e a capacidade instalada;
- III - identificar os fluxos de assistência;
- IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;
- V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e
- VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros.

Tais objetivos foram limitados apenas a promover a “integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde”, conforme redação disposta pela portaria GM/MS Nº 1.188 de 05/06/2006, que tinha como intenção complementar e adequar a legislação básica do Projeto à realidade das nossas fronteiras (Carvalho, 2014).

O projeto apontou a necessidade de se avaliar as ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras, desenvolver um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação e, ainda, mobilizar os gestores da área de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede.

Foram contemplados apenas 121 municípios fronteiriços, sendo estes localizados até 10 km de distância da linha de fronteira. À época da implantação a população desses municípios era de aproximadamente cerca de três milhões de pessoas, divididas em fronteiras com o Uruguai, Paraguai, Argentina,

que dispôs sobre o Comitê Permanente para Implementação e Acompanhamento das Ações para Integração do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e a GM/MS Nº 1.122, responsável por estabelecer as etapas e os mecanismos e formas de repasse dos recursos financeiros, bem como por regulamentar a forma de adesão dos estados e dos municípios. Após as portarias editadas no ano de 2005, no ano seguinte foram editadas as portarias GM/MS Nº 1.188, que deu nova redação à portaria GM/MS Nº 1.120, e a portaria GM/MS Nº 1.189, responsável pela aprovação do novo termo de adesão ao SIS-Fronteiras.

Bolívia, Peru, Guiana, Guiana Francesa, Suriname, Venezuela e Colômbia (Rezende et al., 2008).

Apesar da estrutura inicial do SIS-Fronteiras prever a participação dos “responsáveis pelos sistemas de saúde nos dois lados da fronteira” na composição da Comissão Local de Saúde tal previsão foi revogada em razão da impossibilidade jurídica de que uma portaria ministerial, com aplicação restritamente nacional, pudesse definir obrigações para sujeitos não nacionais situados em outros países (Ferreira, 2015).

Para estabelecer as etapas e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, bem como regulamentar a forma e o prazo de adesão dos estados e dos municípios, foi editada a portaria Nº 1.122, também de 6 de julho de 2005, quanto a adesão dos estados e municípios foi assim disposta:

Art. 1º - Estabelecer as seguintes etapas para implantação do SIS-Fronteiras, conforme portaria Nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005:

I - Etapa 1 - até dezembro de 2005 - implementação da Fase I nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá-MS.

II - Etapa 2 - de janeiro a dezembro de 2006 - implementação das Fases I e II nos municípios de fronteira da Região Norte e implantação das Fases II e III nos municípios de fronteira com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá-MS.

III - Etapa 3 - 2007 - consolidação da Fase III com implementação nos

municípios de fronteira da Região Norte e desenvolvimento nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá-MS.

A adesão dos municípios foi estabelecida em duas etapas distintas, nas quais se considerou aspectos geográficos e momentos temporais diversos. Na primeira etapa, a adesão direcionava-se a 69 municípios distribuídos em Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Aliás, segundo Marié (2017), os parlamentares desses estados são responsáveis por pautar as discussões e ações legislativas sobre as políticas federais para as regiões de fronteiras. A segunda etapa direcionava-se aos outros 52 municípios do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Mato Grosso, conforme demonstra a Figura 1. Em roxo estão os municípios onde iniciou-se o programa, e em verde, a região contemplada na segunda etapa.

A previsão de início do projeto, pelos municípios do Arco Sul, teve como intenção aproveitar os debates já mais sistematizados acerca do processo de integração nas fronteiras dos países membros do MERCOSUL, o que possibilitaria um maior monitoramento e aprimoramento da ferramenta oferecida pelo projeto (Brasil, 2005).

No ato da adesão, os municípios deveriam assinar o Termo de Adesão ao Projeto SIS-Fronteiras, conforme disposto na portaria GM/MS Nº 1.189. A partir de então teria início a execução das fases do Projeto no município, bem como seriam garantidos os repasses financeiros,

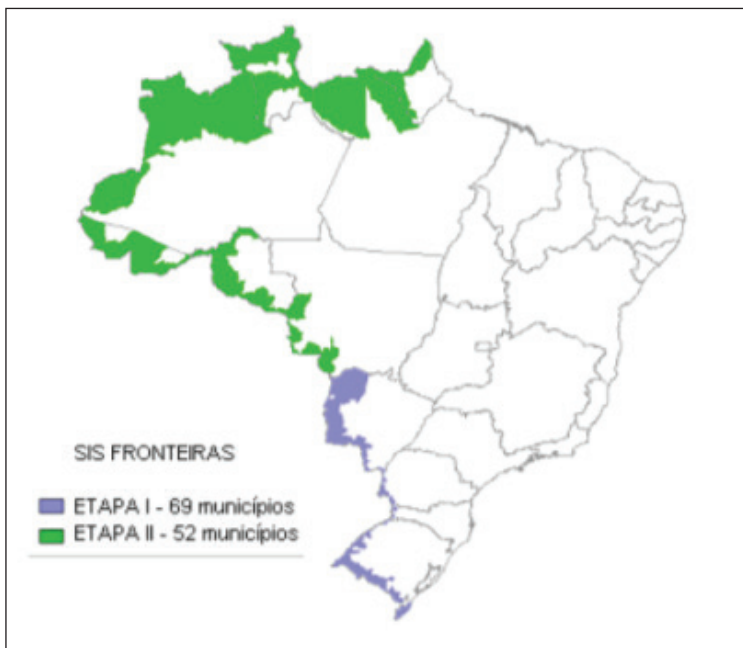


Figura 1. Mapa da Adesão ao SIS-Fronteiras.

Fonte: SIS-Fronteira/CGEP/DP/SE/MS (2005).

em parcelas únicas no início de cada fase (recursos fase I e II), e em parcelas correspondentes à necessidade apontada no plano operacional aprovado (fase III).

Para a disposição do total do repasse para cada município o Ministério da Saúde utilizou como parâmetro o valor do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo do município³. Assim, fixou-se um percentual de 40% sobre o PAB praticado em dezembro de 2005 (Carvalho, 2014). Na Tabela 1, pode-se observar o valor repassado a cada município do Estado de

Mato Grosso do Sul quando da adesão ao SIS-Fronteiras, com indicação do valor total por município e as parcelas referentes a cada fase do Projeto, em valores da época.

A portaria GM/MS N° 1.120, de 06 de julho de 2005, dispunha também sobre as fases de execução do SIS-Fronteiras, destacando que deveriam observar as especificidades loco-regionais e ainda que correspondiam ao aporte financeiro aos municípios (Conass, 2006):

Art. 2º - Estabelecer que a execução dos SIS-FRONTIERS compreende as seguintes fases, a ser realizada em cada município (Redação dada pela PRT GM/MS N° 1.188 de 05.06.2006):
I - Fase I – Realização do Diagnóstico

3 Valor mínimo de recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica.

Tabela 1

Anexo II da Portaria GM/MS Nº 1.122 - Repasses das fases I e II para os municípios do MS

N	Código IBGE	Municípios	Valor Projeto	Fase I	Fase II	Total
Mato Grosso do Sul - MS			1.453.836,80	436.151,04	508.842,88	944.993,92
1	500090	Antônio João	39.759,20	11.927,76	13.915,72	25.843,48
2	500124	Aral Moreira	41.870,40	12.561,12	14.654,64	27.215,76
3	500210	Bela Vista	117.665,60	35.299,68	41.182,96	76.482,64
4	500280	Caracol	24.939,20	7.481,76	8.728,72	16.210,48
5	500315	Coronel Sapucaia	68.536,00	20.560,80	23.987,60	44.548,40
6	500320	Corumbá	509.324,40	152.797,32	178.263,54	331.060,86
7	500480	Japorã	35.926,80	10.778,04	12.574,38	23.352,42
8	500568	Mundo Novo	78.722,80	23.616,84	27.552,98	51.169,82
9	500635	Paranhos	54.693,60	16.408,08	19.142,76	35.550,84
10	500660	Ponta Porã	361.977,20	108.593,16	126.692,02	235.285,18
11	500690	Porto Murtinho	70.054,40	21.016,32	24.519,04	45.535,36
12	500770	Sete Quedas	50.367,20	15.110,16	17.628,52	32.738,68

Fonte: Portaria GM/MS Nº 1.122.

Local de Saúde, quali-quantitativo; e elaboração do Plano Operacional (Redação dada pela PRT GM/MS Nº 1.188 de 05.06.2006).

II - Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços (Redação dada pela PRT GM/MS Nº 1.188 de 05.06.2006).

III - Fase III - Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços (Redação dada pela PRT GM/MS Nº 1.188 de 05.06.2006).

Na portaria acima a primeira fase do Projeto destina-se à elaboração do diagnóstico de saúde local, que deveria conter as observações quali-quantitativas sobre a demanda de saúde local, e ainda a formulação de um plano operacional das ações e correspondentes estratégias para atingir as prioridades identificadas no diagnóstico de cada município. Segundo documento oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), essa fase envolvia as ações de harmonização dos parâmetros mínimos e metodologia para a realização

do Diagnóstico Local nos municípios fronteiriços, o que foi feito a partir de convênios com as universidades federais de cada região, que ficaram responsáveis pela formulação do diagnóstico e do plano operacional.

Conforme Conass (2006), essa fase tinha grande importância, pois as ações na faixa de fronteira não podem ser encaradas a partir de um padrão de atuação único, visto se tratar de países com peculiaridades, normas e necessidades diversas, as quais precisam ser apreendidas nas formulações de políticas públicas na área da saúde (Carvalho, 2014). O respeito a essas peculiaridades e o conhecimento acerca das diferenças nas fronteiras do Brasil, inclusive, tem sido a grande dificuldade na aplicação das políticas públicas de fronteira, e apresenta-se como grande problema na garantia de acesso à saúde igualitário dentro do MERCOSUL.

O diagnóstico local deveria apresentar a situação da saúde e da infraestrutura disponível na região, e para tanto deveria se considerar: o perfil demográfico e epidemiológico; rede de serviços (oferta, demanda e necessidades); nível de satisfação dos usuários; problemas e dificuldades; alternativas de solução – fluxos, protocolos comuns para as ações prioritárias e financiamento (Gallo, 2004). Deveria ainda disponibilizar uma relação de quantidade e características da clientela da região, especialmente quanto aos usuários estrangeiros. A elaboração ficou sob a responsabilidade das universidades federais dos estados, sendo que no Mato Grosso do Sul foi realizada pela Universidade Federal do

Mato Grosso do Sul (UFMS).

Após a aprovação do Diagnóstico Local, deveria ser apresentado o Plano Operacional, no qual estariam dispostas as estratégias para garantia do acesso à saúde da clientela identificada e ações necessárias para tal, com descrição e previsão da programação física e financeira, conforme disposto na portaria GM/MS Nº 1.122/2005. Rezende et al. (2008) afirma que a elaboração do Plano Operacional tem como objetivo central apontar as necessidades do município identificadas a partir do Diagnóstico Local, e que esses dados deveriam ser introduzidos no Plano Municipal de Saúde, que, depois de aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), seria encaminhado à Coordenação do SIS-Fronteiras para homologação.

A partir da homologação os recursos financeiros previstos para essa fase seriam repassados em parcela única, consequentemente após assinatura e publicação do Termo de Adesão, totalizando 30 % do montante total de recursos alocados no projeto (Carvalho, 2014).

A fase II do Projeto tinha como objetivo planejar e criar ações, e permitir a formalização de acordos entre os países fronteiriços que servissem para solucionar as demandas apontadas no Diagnóstico Local; para tanto, foi previsto o repasse para qualificação da gestão, dos serviços e da implementação da rede de saúde do município contemplado. Nessa fase, além do repasse referente ao Projeto, na maioria dos municípios foi necessário o aporte financeiro do estado e do próprio município para complementar os custos

das ações previstas. Segundo Carvalho (2014), nesse momento o incentivo não tinha como intenção financiar propriamente o sistema, mas sim sua integração.

Após qualificação e aparelhamento, a fase III do Projeto serviu para implantar os serviços e ações de saúde conforme o Diagnóstico Local e o Plano Operacional. O repasse previsto era de um valor adicional variável, calculado conforme critérios do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e adotado pela coordenação do SIS-Fronteiras/MS. Essa fase pretendia contemplar a execução das metas e ações previstas no Plano Operacional, além da implantação de novos serviços e mecanismos de fortalecimento da gestão.

Conforme as disposições iniciais, o Projeto deveria encerrar-se até o final de 2007. Contudo, em agosto de 2007 foi prorrogado o prazo para sua execução. A continuidade se mostrou uma questão problemática, pois as alterações no quadro político e gestor do Ministério da Saúde acabaram por relegar o Projeto a segundo plano. A limitação de seus objetivos, com a promulgação das portarias GM/MS N° 1.188 e 1.189, mostra efetivamente como as mudanças afetaram diretamente a implementação do SIS-Fronteiras.

Segundo Ferreira (2015), em 2009 o Projeto sofreu uma derrocada de prioridade dentro do seu órgão criador, o Ministério da Saúde, que, através da portaria MS N° 1.658 de 22 de julho de 2009, reduziu à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) a competência para a

execução do SIS-Fronteiras. Iniciou-se um processo de esvaziamento do mesmo, que acabou interferindo diretamente também nos seus resultados. Essa alteração na gestão dificultou a manutenção dos arquivos dos programas e a fiscalização sobre os cumprimentos das metas, impedindo ainda a criação de um mecanismo que pudesse verificar os resultados e disponibilizá-los para a formulação de novas políticas para a região.

Observou-se um total abandono dos mecanismos de controle, os relatórios de acompanhamento deixaram de ser divulgados, e sequer há disponibilização dos arquivos referentes aos processos, sendo que parte destes pode ter se perdido com as mudanças de gestão, conforme informado pelo setor responsável quando da solicitação das informações no Sistema de Informação ao Cidadão. O mesmo ocorreu na prefeitura e no Conselho Municipal de Saúde de Ponta Porã, onde não foram localizados os arquivos referentes ao Projeto (Rocha, 2019). Por fim, após diversas prorrogações, o SIS-Fronteiras foi encerrado no ano de 2014.

3.A implantação do SIS-Fronteiras na zona de fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

A adesão do município de Ponta Porã se deu em 13 de fevereiro de 2006. O repasse inicial do programa foi no valor de R\$ 108.593,16 para a realização do Diagnóstico Local, que ficou a cargo da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), no prazo de seis meses. Como demonstra a Tabela 2, o município

Tabela 2

Fases e período de implantação do SIS-Fronteiras

Etapas	Região	Fase I	Fase II e III
Etapas I	Sul e Mato Grosso do Sul	Terminam impreterivelmente até outubro de 2006	Iniciam-se em novembro de 2006 e terminam onze meses após validação pela CIB e homologação pela Coordenação do SIS-FRONTTEIRAS.

Fonte: Portaria GM/MS Nº 1.189.

deveria observar os seguintes prazos para a execução das fases:

Todos os passos e diretrizes da implantação do Projeto foram delimitados de forma clara, sendo disposta toda a sistemática de operacionalização pelos gestores dos todos os níveis (federal, estadual e municipal). A intenção era garantir o acesso integral à saúde às populações fronteiriças.

A proposta era de que a política aconteceria em etapas distintas, sendo a primeira o Programa de Adesão ao Pacto pela Qualificação da Saúde nas Fronteiras, visando: (1) a identificar, planejar e regulamentar as ações hoje realizadas. Ao formalizar a situação existente e mapear os usuários do sistema, busca-se induzir a organização do sistema; (2) a financiar as ações já existentes: aumentar o teto financeiro dos municípios, condicionando este aumento à adesão ao SIS-Fronteiras; e (3) a criar canais de disseminação sistemática das diversas iniciativas relacionadas às fronteiras, instrumento importante de aprendizado para a gestão local (Gadelha; Costa, 2007, p. 217).

3.1. Análise da Fase I: Elaboração do diagnóstico, do Plano Operacional e avaliação da Coordenação do SIS-Fronteiras

Na fase I, foram desenvolvidas as seguintes ações: Diagnóstico Local, elaboração do Plano Operacional, avaliação deste pelo Comitê e homologação pela Coordenação do SIS-Fronteiras.

Em Ponta Porã, o diagnóstico local foi entregue à Coordenadoria do SIS-Fronteiras em abril de 2007, após prorrogação do prazo para entrega, sendo aprovado para utilização na formulação do Plano Operacional do Município.

A implantação do projeto no Município atendeu a uma solicitação dos gestores, que vinham manifestando sua preocupação quanto à queda na cobertura dos atendimentos da população, em razão da insuficiência de recursos e aumento na demanda:

Eu já havia ido à Brasília, em reuniões no Ministério da Saúde e levado a dificuldade de se contabilizar os atendimentos dos estrangeiros, especialmente diante da complexidade em identificá-los como tal. Isto porque muitos têm documentos brasileiros, contudo não são identificados quando

da realização do censo pelo IBGE, e assim, não estão contabilizados na população da região. (Entrevistada C)

Igualmente, observou-se a existência de diversas comunicações dos gestores, inclusive com o encaminhamento ao Ministério da Saúde de um anteprojeto de lei que contemplava a criação de um convênio de convivência Binacional e de uma Zona de Integração Fronteiriça na região de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã. O texto, formulado em conjunto pelos vereadores Francisco Novaes Gimenez de Ponta Porã e Derlis Enrique Alvarenga de Pedro Juan Caballero, tem como objetivo regulamentar a criação de um documento de cidadão fronteiriço e regulamentar a convivência desses cidadãos, inclusive quanto ao acesso aos serviços de saúde pública.

Em 17 março de 2006 foi promovido o I Encontro do SIS-Fronteiras no Mato Grosso do Sul, com o objetivo de orientar os municípios e universidades na condução e elaboração do Diagnóstico Local e do Plano Operacional.

Por iniciativa da Secretaria de Saúde de Ponta Porã, foi realizado, entre os dias 30 de novembro a 01 de dezembro de 2006, o I Encontro Brasileiro dos Municípios Fronteiriços de Mato Grosso do Sul. Nesse evento, cujo objetivo central foi discutir as principais dificuldades e problemas presentes na realidade da saúde dos municípios e as expectativas em relação ao SIS-Fronteiras, foi formulado um documento que abrangia propostas que deveriam ser encaminhadas às instâncias de gestão do SUS. Esse documento, denominado Carta dos Municípios Fronteiriços do

Mato Grosso do Sul, foi encaminhado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, e contemplou diversos problemas que posteriormente foram confirmados com a apresentação do Diagnóstico Local.

De acordo com entrevista com a gestora responsável pela Secretaria de Saúde à época da implantação do programa, a ampla divulgação do Projeto junto aos gestores acabou por motivá-los a discutir e mobilizarem-se conjuntamente. Todavia, a mesma entrevistada apontou o descontentamento quanto à dificuldade de recepção das demandas e o desinteresse do Governo Federal em investir nessa região.

Vale destacar que algumas fragilidades foram observadas no levantamento de dados secundários da situação da saúde, sendo a principal delas relativa aos usuários não residentes no Brasil, sejam eles estrangeiros com documentos brasileiros ou brasileiros não residentes no País (Ponta Porã, 2007).

Outro fato suscitado nas entrevistas com os gestores foi a abertura das discussões especializadas sobre o setor da saúde e fronteira no Estado, ou seja, a movimentação dos municípios fronteiriços na discussão sobre a problemática do financiamento da saúde nessas localidades. A grande dificuldade apresentada na elaboração do diagnóstico corresponde à identificação da demanda de atendimento aos estrangeiros residentes no Paraguai, e também a um grande contingente de brasileiros que residem no país vizinho e consequentemente não fazem parte das estatísticas brasileiras. Conforme uma das gestoras entrevistadas:

A maioria deles tem documentos brasileiros, por vezes sequer falam português, mas possuem documentação brasileira. Sabemos que não residem em Ponta Porã, mas não podemos deixar de atendê-los. Alguns postos que ficam próximos da fronteira, inclusive, é possível observar o fluxo de pessoas que saem do lado paraguaio para buscar o atendimento no posto brasileiro. (Entrevistada A)

Esse depoimento aponta a necessidade de criação de um mecanismo para quantificar essa população e então incluí-la no planejamento dos serviços de saúde. A equipe responsável pelo diagnóstico chegou a utilizar meios de investigação “alternativos”, como a busca dos endereços de usuários que foram atendidos no sistema de saúde de Ponta Porã e que tinham residência em Pedro Juan ou em outras cidades paraguaias (Rocha, 2019).

Apesar das dificuldades, o diagnóstico trouxe informações importantes, especialmente quanto aos critérios assistenciais, e mostrou uma alta taxa de atendimento a estrangeiras parturientes, de baixa complexidade⁴, e

de urgência e emergência.

Quanto aos atendimentos de média e alta complexidade, o Diagnóstico Local apontou uma grande dificuldade quanto à sua disponibilização, isso porque a inexistência de uma regulamentação específica acerca do direito do estrangeiro ao atendimento impõe aos gestores uma situação conflituosa. Para esse tipo de atendimento são exigidos alguns documentos de maior dificuldade de acesso ao estrangeiro ou ao brasileiro não residente, como, por exemplo, o cartão SUS. Assim, impedido de dar os encaminhamentos necessários ao usuário que necessita de atendimentos de alta e média complexidade, o gestor é obrigado a encaminhá-lo ao país de origem.

No caso do Paraguai, devido à grave assimetria e à gratuidade limitada dos serviços de saúde, muitos ficam sem atendimento ou são atendidos no Brasil sem a observância das burocracias

saúde concentra as ações relacionadas à diminuição do risco de doenças e à proteção da saúde. O nível secundário, ou de média complexidade é formado pelos hospitais e ambulatórios responsáveis por oferecer tratamento especializado à população, garantindo o acesso às clínicas de pediatria, cardiologia, ortopedia, neurologia, psiquiatria, ginecologia e demais especialidades médicas, é também responsável por garantir a estruturação dos serviços hospitalares de urgência e emergência. Por fim, no nível terciário de atenção à saúde estão reunidos os serviços de alta complexidade, representados pelos grandes hospitais e pelas clínicas de alta complexidade; nessa esfera, os profissionais são altamente capacitados para executar intervenções que interrompam situações que colocam a vida dos pacientes em risco. Trata-se de cirurgias e de exames mais invasivos, que exigem a mais avançada tecnologia em saúde (Brasil, 2007).

4 A atenção à saúde no Brasil segue uma organização descentralizada, que estabelece níveis diferentes visando à garantia de um atendimento mais efetivo às pessoas de todas as idades. O modelo de organização brasileiro segue os padrões determinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo os quais os serviços de saúde devem ser agrupados de acordo com a complexidade das ações necessárias para promover, restaurar ou manter a saúde da população. O nível primário, ou de baixa complexidade, de atenção à

exigidas, de modo que os custos acabam não sendo ressarcidos pelo SUS (Rocha, 2019). Essa preocupação se mostrou válida, pois os procedimentos de maior complexidade são aqueles de maior custo⁵, e, à época da pesquisa, representavam cerca de 3,5% dos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (Ponta Porã, 2007).

Os pontos críticos observados pelo Diagnóstico Local podem ser resumidos em: dificuldade na verificação da residência dos usuários; atendimento a paraguaios e brasileiros não residentes nos serviços de saúde de Ponta Porã sem a respectiva compensação financeira; restrições no referenciamento para tratamentos de maior complexidade e que exijam continuidade aos estrangeiros; grande volume de atendimento local envolvendo procedimentos de maior complexidade; e, por fim, deficiências de infraestrutura na rede de unidades de saúde.

No ano de 2005 foram registrados em Ponta Porã 1.236 partos de brasileiras e 335 de estrangeiras, e 18.820 atendimentos de urgência e emergência a brasileiros e 1.212 a estrangeiros. No Hospital Regional Dr. José de Simone

Netto foram atendidos 8.405 brasileiros e 572 estrangeiros (Ponta Porã, 2007). Os números refletem os procedimentos realizados e dispostos no cálculo da previsão orçamentária do Piso de Atenção Básica, e não representam todos os atendimentos realizados pelo Município.

O resultado do diagnóstico se revela compatível com a percepção dos gestores quanto à demanda variável, não observada no Piso da Atenção Básica fixo repassado ao Município e que deve ser objeto de ações que possam garantir a contraprestação financeira dessa demanda no financiamento da saúde no Município.

Após a aprovação do Diagnóstico Local, foi elaborado o Plano Operacional, que na sua introdução destacou a discussão sobre os atendimentos de média e alta complexidade, que têm elevada demanda e maior dificuldade de acesso e garantia ao estrangeiro, a dificuldade de contabilização para o recebimento da contraprestação pecuniária dos referidos serviços, e, conseqüentemente, a dificuldade de continuidade dos tratamentos. Esse Plano aponta a possibilidade de, por meio do SIS-Fronteiras, garantir uma melhora na estrutura física e nas unidades de saúde e, por conseguinte, contribuir para aprimorar o atendimento (Ponta Porã, 2007).

Quanto aos objetivos do Plano Estratégico, estes deveriam estar vinculados a uma diretriz do Plano Nacional de Saúde: um Pacto pela Saúde no Brasil (2004-2007) e, em cada um desses objetivos, Metas de Produto definidas para acompanhar e verificar

5 As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade - MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - Faec) (Brasil, 2007, p. 11).

suas execuções durante o projeto. Definidas as metas, o município deveria indicar qual a ordem de Priorização de Metas com Incentivo do SIS-Fronteiras para a sua execução (Ponta Porã, 2008). Não foram localizados documentos que demonstrem qualquer discussão ou mesmo críticas dos responsáveis pela aprovação das metas e objetivos do Plano, e também não se observou nas falas dos gestores entrevistados qualquer descontentamento ou discordância quanto a esse ponto. Também não se identificou no Plano Operacional qualquer ação sobre formas de melhorar o reconhecimento da demanda não contabilizada. O anexo 1 apresenta as metas, suas áreas de atuação e os recursos alocados, com referência à fase II (Ponta Porã, 2008).

O Plano Operacional do município de Ponta Porã foi validado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) em reunião de 14 de abril de 2008, pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado de 24 de abril de 2008, aprovado pelo Comitê Permanente e homologado pela Coordenação do SIS Fronteira em 24 de julho de 2008, tornando o Município apto a inaugurar a Fase II e iniciar os trabalhos de execução do plano aprovado.

Todas as informações baseiam-se nos processos disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio de solicitação via Sistema de Informação ao Cidadão e nas entrevistas realizadas, visto que a pesquisadora não logrou ter acesso a qualquer arquivo sobre o SIS-Fronteiras na Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã.

3.2. Análise da Fase II e III: execução do Plano Operacional

Para a Fase II foram planejadas as seguintes etapas: execução das metas e ações previstas no Plano Operacional; qualificação das capacidades básicas em gestão de saúde; elaboração e apresentação de plano de contingência para eventos inusitados. O valor de repasse provisionado era de R\$ 126.692,32, realizado em agosto de 2008.

Nos documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde não foram encontradas informações referentes à implantação das ações previstas no plano operacional, com exceção da ata N°. 177 da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde do dia 13 de março de 2009, que discutia a meta referente ao repasse adicional aprovado de R\$ 10.000,00.

Nos processos examinados, verificou-se que alguns municípios sul-mato-grossenses enfrentavam dificuldades no cumprimento das metas. Nas atas das reuniões técnicas com a equipe do Ministério da Saúde foram verificadas pendências; contudo, o documento não aponta quais seriam tais pendências. Ainda assim, conforme processo SEI_25000.019400_2015_12, disponibilizado via correio eletrônico pelo Ministério da Saúde, a prestação de contas do município de Ponta Porã referente à fase II foi devidamente aprovada em abril de 2011.

Na fase III do Projeto, iniciada com a conclusão da fase II, o gestor municipal recebeu um valor adicional e variável, conforme termos do Plano Operacional aprovado e critérios do Comitê Permanente de Implementação

e Acompanhamento, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e homologados pela coordenação do SIS-Fronteiras/MS. Para o município de Ponta Porã ficou aprovado o repasse R\$ 120.000,00 (Saúde, 2020).

Os documentos analisados não tratam do cumprimento das metas desta fase, ou mesmo dos termos das contas aprovadas. O único documento sobre o assunto que foi disponibilizado é uma ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde (Ata N° 200 de 09 de agosto de 2011) fornecida pelo Conselho Municipal, na qual consta a aprovação da alteração das metas da fase III, que incluiu substituição da construção de três consultórios no posto central pela construção de uma farmácia a ser utilizada para a execução da política de assistência farmacêutica.

Em 23 de abril de 2014 o Ministério da Saúde emitiu a Portaria N° 622, que estabeleceu o prazo máximo para a conclusão das ações previstas na fase III dos Planos Operacionais dos Municípios. A portaria dispôs critérios para a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional, que seria feita pelo Relatório Anual de Gestão de cada município, elaborado e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde (Brasil, 2014).

Com relação à prestação de contas e cumprimento das metas da fase III, observou-se, em todas as entrevistas, o reconhecimento do pleno cumprimento das metas apontadas no Plano Operacional.

Recordo-me que algumas metas foram alteradas no decorrer do programa, inclusive sendo objeto de deliberação do

Conselho Municipal, mas ainda assim foram cumpridas. (Entrevistada B)

As metas foram cumpridas, inclusive lembro-me da reforma de alguns postos de saúde, da sala da farmácia e ainda da compra de um veículo. (Entrevistada A)

Conforme Carvalho (2014), o Ministério da Saúde emitiu, anualmente, os relatórios de desempenho do Projeto. O último informou que o monitoramento da execução do recurso e das Fases II e III passaria a ser feito por meio do Módulo de Orçamento e Execução do Sistema de Gestão do Ministério da Saúde. Nesse sistema, o gestor municipal deveria registrar o que foi realizado e a evolução da execução das metas via web. Todavia, desde então, o Ministério da Saúde não divulga Relatórios de Avaliação de Desempenho do Projeto SIS-Fronteiras em seu site, e os relatórios emitidos sequer foram disponibilizados para os pesquisadores quando solicitados via Sistema de Informação ao Cidadão, sob a justificativa de que alguns documentos podem ter se perdido quando do arquivamento e digitalização dos processos referentes ao SIS-Fronteiras. Igualmente, não foram localizadas quaisquer informações desses relatórios nos arquivos da Prefeitura de Ponta Porã.

Ainda de acordo com Carvalho (2014), houve um atraso generalizado nas etapas do Projeto, e, diante das dificuldades de fiscalização e conhecimento dos resultados, não foi possível localizar claramente as ações construídas a partir do Diagnóstico Local.

Portanto, mesmo levando-se em conta que o Projeto não permitiu grandes ações de cooperação, dois gestores entrevistados afirmaram que uma de suas vantagens foi a aproximação dos países na discussão sobre a saúde na região. Uma das entrevistadas citou a realização de eventos com a participação de gestores dos dois países, e também o anteprojeto de Lei de autoria de vereadores de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, que dispunha sobre a criação da área de convivência fronteiriça. A propósito, uma entrevistada lembrou uma ação com a participação do setor de Atenção Básica da cidade paraguaia:

Foi criada uma equipe que atuava na fronteira, e em contato com a Atenção básica, buscando gestantes em gravidez de risco, e crianças menores de um ano que passaram pelo serviço de saúde brasileiro para acompanhamento e tratamento, de maneira a diminuir a mortalidade infantil na região. (Entrevistada B)

Outra gestora entrevistada falou sobre a compra de um veículo para a vigilância sanitária, utilizado no controle de agravos e doenças de notificação compulsória, e outra ainda citou algumas iniciativas que eram realizadas em conjunto, como, por exemplo, ações de vigilância sanitária e uma equipe de acompanhamento de gestantes em gravidez de risco e crianças menores de um ano (Rocha, 2019).

As ações realizadas foram muito importantes para o Município e ajudaram na melhoria dos atendimentos, pois os recursos permitiram muita qualificação. (Entrevistada A)

As entrevistas apresentaram dois pontos em comum em relação aos resultados do Projeto: o primeiro foi o investimento em qualificação, e o segundo foi a aquisição de equipamentos. Contudo, não foram registradas informações que pudessem comprovar, por meio de indicadores claros, como tais melhorias foram capazes de influir diretamente nos problemas verificados no Diagnóstico Local.

Ferreira (2015) destaca ainda que as portarias GM/MS N° 1.188 e 1.189/2006 dissolveram a figura da Comissão Tripartite, que era responsável pelo processo de avaliação e estabelecimento de parâmetros e referências entre o SIS-Fronteiras e os serviços especializados de saúde situados fora da linha de fronteira, utilizados para a formulação de novas propostas para absorção do impacto financeiro. As portarias mantiveram apenas o Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao SIS-Fronteiras, que tinha caráter exclusivamente consultivo, e assim acabaram por suprimir qualquer mecanismo de avaliação da política implementada sem sequer estabelecer parâmetros para mensurar se os objetivos e metas do projeto foram alcançados com eficiência.

Segundo Heidemann (2009), a última etapa do ciclo de uma política pública, após a sua formulação, implementação e prestação de contas, deve ser sua avaliação com vistas à continuidade, reformulação, aperfeiçoamento, ou simplesmente descontinuidade. No caso do SIS-Fronteiras, a inexistência de informações e mecanismos que apontem os resultados das ações representam

uma lacuna na condução da política e impedem que seus resultados sejam devidamente aproveitados. Outrossim, nas entrevistas feitas com autoridades de saúde municipais observou-se um descontentamento com o fim do projeto sem a devida devolutiva pelas autoridades centrais, e com a não ocorrência da cooperação bilateral e integração dos sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai.

4. Considerações Finais

Na América do Sul, com a criação do MERCOSUL, especialmente no Brasil observou-se a partir dos anos 2000 uma maior articulação e preocupação política em relação ao desenvolvimento sanitário, com a inclusão de diversas discussões sobre a importância da saúde na agenda de desenvolvimento.

As dificuldades em âmbito regional ainda são muitas, o processo de integração tem sido gradual e lento, baseado principalmente nas questões relacionadas à circulação de produtos e nas ações de saúde pública de alta externalidade, tais como as de vigilância sanitária e epidemiológica (Guimarães; Giovanella, 2006).

Contudo, a condição de grande receptor de usuários estrangeiros e não residentes do sistema de saúde brasileiro, especialmente nas regiões de fronteira com o Paraguai e a Bolívia, onde há grande assimetria nas condições de acesso a saúde, colocou o país no papel precursor de medidas que pudessem garantir a harmonização legal quanto ao acesso à saúde no MERCOSUL (Sacardo, 2009).

E foi nessa realidade que o SIS-Fronteiras foi criado, resultado do

amadurecimento de uma iniciativa do Brasil para a criação de um mecanismo que possibilitasse medidas que integrassem as políticas e ações de saúde nas fronteiras dos países membros do MERCOSUL.

Este artigo teve como interesse primordial a avaliação das contribuições das estratégias e ações escolhidas pelo SIS-Fronteiras para garantir a solução dos problemas no acesso à saúde nas regiões estudadas, bem como observar até que ponto o mesmo incentivou ações voltadas ao fortalecimento e integração dos sistemas de saúde das regiões. A análise baseou-se na observação sobre a existência de ações decorrentes das medidas tomadas pelo Projeto que possibilitassem a integração dos sistemas, ou ainda a cooperação entre os países no setor.

A demanda por atendimento por parte de estrangeiros ou mesmo brasileiros que residem no país vizinho é uma realidade inquestionável, e pode ser caracterizada como muito constante nas regiões de fronteira do Estado de Mato Grosso do Sul, especialmente na região estudada, como observaram todos os gestores entrevistados.

As autoridades também foram unânimes quanto à impossibilidade de negativa de atendimento em respeito às questões éticas e legais, e reiteradamente apontaram a impossibilidade de contabilizar essa demanda no financiamento básico que recebem para o custeio dos serviços de saúde do município de Ponta Porã.

A falta de uniformização dos procedimentos de identificação e mesmo de previsão de atendimento provoca insegurança jurídica, tanto

para gestores quanto para usuários, pois dificulta a continuidade dos tratamentos, especialmente de alta e média complexidade, que demandam autorização e por vezes precisam ser realizados nas cidades vizinhas.

No município de Ponta Porã, o que se verificou foi uma grande euforia dos gestores na fase inicial do programa, que permitiu uma movimentação e participação dos municípios do Estado, especialmente de Ponta Porã, para a formulação de uma política que contemplasse o problema do acesso à saúde.

Contudo, as fases seguintes mostraram que o Projeto não conseguiu firmar-se como uma política de integração que permitisse a real cooperação entre os países, mas que, na verdade, apenas trouxe uma pequena ajuda temporária aos municípios em relação a deficiências no sistema de saúde.

Portanto, apesar de ter sido lançado como instrumento capaz de mudar a realidade das cidades fronteiriças no tocante à situação de saúde, o SIS-Fronteiras se perdeu em seu cronograma, e com o passar do tempo e as mudanças de gestão acabou também perdendo espaço político, sendo relegado a ser um projeto de investimento pontual nas regiões de fronteiras.

Apesar da euforia e das mudanças narradas por alguns gestores nas entrevistas, o que de fato se observou foi que tais percepções se deram pelo desconhecimento ou mesmo pela confusão acerca dos objetivos reais do Projeto.

De acordo com a pesquisa efetuada, na cidade de Ponta Porã um dos principais objetivos do SIS-Fronteiras,

que era integrar as ações e sistemas de saúde da região de fronteiras de maneira a planejar e criar ações que permitissem a formalização de acordos entre os países fronteiriços, não foi sequer contemplado. Não ocorreram ações que pudessem garantir a participação de quem está na ponta do sistema (nos municípios de fronteira), e não houve diálogo com representantes dos países vizinhos. Isso porque, embora as ações bilaterais relatadas nas entrevistas tenham sido realizadas com a ajuda de alguns equipamentos adquiridos para o Projeto, estas não se deram por coordenação de qualquer esfera do mesmo.

A esse respeito, Carvalho (2014) aponta que, fora do âmbito do SIS-Fronteiras, constata-se que na América do Sul o planejamento e a coordenação de ações e acordos entre os países que compartilham fronteiras entre si ainda é tímido e descoordenado. As reuniões, entendimentos e acordos acontecem, mas se perdem numa burocracia governamental que tem um tempo e uma lógica próprios. Muitas vezes as reuniões de trabalho não envolvem os atores locais que vivem a realidade e padecem com as limitações estruturais.

As ações propostas se mostraram desconectadas dos principais objetivos do SIS-Fronteiras, e pouco permitiram a criação de mecanismos de cooperação entre os países fronteiriços. Nesse sentido, destaca-se que sequer houve subsídios para a criação de uma política multilateral especialmente voltada ao MERCOSUL, como se pretendia inicialmente. A descontinuidade e desinteresse político foram os problemas mais relevantes na condução da política,

seja pela inexistência de organização quanto aos arquivos e resultados do Projeto, seja pelo desinteresse de utilizá-los para a condução de novos objetivos, ou mesmo para uma nova política de integração em saúde e fronteira.

O abandono ou desconexão das ações dispostas no SIS-Fronteiras com os principais objetivos da política mostra que esse projeto foi finalizado sem maiores indicadores de sucesso, especialmente no que diz respeito à melhoria e integração dos sistemas de saúde da região, que poderiam servir como subsídio para a criação e implementação de políticas de desenvolvimento para a fronteira e para o acesso à saúde, inclusive no âmbito do MERCOSUL. Conclui-se então que o sucesso citado pelos gestores limitou-se à garantia de alguns investimentos pontuais e temporários na região.

Na condição de ferramenta de gestão capaz de promover a integração entre os serviços de saúde dos países fronteiriços, o SIS-Fronteiras não conseguiu gerar os frutos desejados. As entrevistas apontaram que as autoridades municipais tinham ciência da realização do Diagnóstico Local, mas não referem o uso do mesmo para o desenvolvimento de ações para a elaboração dos Planos Municipais de Saúde, ou mesmo para a formulação de ações e políticas para estas áreas por parte dos estados ou mesmo do governo federal.

As carências estruturais do sistema de saúde municipal permanecem, os problemas verificados no diagnóstico ainda se encontram sem solução formal, dependendo apenas do interesse e manobras dos gestores locais na busca por um atendimento de melhor

qualidade. O distanciamento em relação às autoridades impossibilita a realização de um planejamento de integração dos serviços de saúde em harmonia e integração com as secretarias de saúde dos países vizinhos, ficando as relações limitadas a ações pontuais incapazes de mudar as condições sanitárias.

Referências

- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: Conass.
- Brasil, Ministério da Integração Nacional. (2005). Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: MIN.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *A Saúde no MERCOSUL / Ministério da Saúde*. – 2. ed. revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: SIS-Fronteiras e a Integração em Busca da Equidade*. Brasília: Secretaria Executiva, Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras.
- Carvalho, Francisco de Assis Lima. (2014). *Atenção à Saúde nas Cidades Fronteiriças de Bonfim e Pacaraima: Implementação do SIS-Fronteiras em Roraima*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Roraima, Boa Vista. <http://bdtd.ibict.br/>
- Conass. Conselho Nacional de

- Secretários de Saúde. (2006). *Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde*. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_e_legislacao.pdf.
- Desiderá, W., & Penha, B. (2016). As regiões de fronteira como laboratório da integração regional no MERCOSUL. *Boletim de Economia e Política Internacional*, 22, 33-50.
- Espósito Neto, T. & Paula, O. F. (2015). Um balanço das Relações Brasileiro-Paraguaias nos Governos Lula/Dilma (2003-2012). Thomaz, L. F.; Mathias, S. K. & Oliveira, M. F. de. (Orgs.). *Diálogos sul-americanos: 10 anos da política exterior*, 1ed. Marília: Editora Cultura Acadêmica.
- Ferreira, C. M. P. G. (2015). *O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: o Caso de Corumbá-MS*. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Corumbá.
- Gadelha, C. A. G., & Costa, L. (2007). Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro.
- Gallo, E. (2004). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração*. Gallo, E., Costa, L. (Eds.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Giovanella, L., Guimarães, L., Nogueira, V. M. R., Vasconcelos, L. C. L. de; & Damacena, G. N. (2007). Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades e fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Guimarães, L., & Giovanella, L. (2006). Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1795-807.
- Haas, E. B. (1970). The study of regional integration: reflections on the Joy and Anguish of Pretheorizing. International Organization. *Cambridge University Press*, 24(4), 607-646.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). *Municípios de fronteira*. <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=o-que-e>
- Machado, L. O. (2005). Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana. Silveira, M. L. (Ed.), *Continente em chamas*. Globalização e território na América Latina. *Civilização Brasileira*, 1, 243-284.
- Machado, L. O. Cidades na Fronteira Internacional: conceitos e tipologia. Nuñez, A.; Padoin, M.; Oliveira, T. C. M. de. (Ed.), (2010). *Dilemas e Diálogos Platinos: Fronteiras*. Editora da Universidade Federal de Grande Dourados, 1, 59-72.
- Marié, S. (2017). Fronteiras brasileiras: evolução da agenda e redes de atores no Congresso Nacional (1990-2016). *Monções: revista de relações internacionais da UFGD*, 6, 50-78.
- Mattli, W. (1999). *The logical of regional integration*. Cambridge University Press.

- MERCOSUL. (2003). XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de N° 11 "Saúde". Ata N° 2/2003. http://200.214.130.44/mercossulsaude/portugues/sgt/rosgt11/rosgtXXI/ACTA_CN_02_03.htm.
- Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria N° 622. (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. *Diário Oficial da União*, 24 abr 2014, (seção 1:67).
- Peiter, P. C. (2005). *Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio*. UFRJ/IGEO/PPGG.
- Ponta Porã. Secretaria Municipal de Saúde. (2007). *Diagnóstico Local do Município de Ponta Porã. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras*.
- Ponta Porã. Secretaria Municipal de Saúde. (2008). *Plano Operacional do Município de Ponta Porã. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras*.
- Preuss, L. T. (2011). *O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai*. Porto Alegre Tese [Doutorado em Serviço Social]. Faculdade de Serviço Social, PUCRS.
- Rezende, V. M., Branco, M. L., & Araujo, A. S. (2008). Do ideário à vivência de práticas no contexto das fronteiras. In Souza, M. L. (Ed.), *A saúde e a inclusão social nas fronteiras*. Florianópolis: Fundação Boiteux.
- Rocha, T. C. S. (2019). *A Saúde e as Fronteiras no Âmbito da Integração Regional - Uma Análise do SIS-Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero* [Dissertação Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos]. Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados.
- Sacardo, D. P. (2009). *As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países do Mercosul: perspectivas para a integração regional*. [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo.
- Saúde Municipal. Fundo Municipal de Saúde. (2011). *Consulta de pagamento detalhada*. <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>
- Scherma, M. A. (2016). *Cidades-gêmeas e integração: o caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina, II*. Universidade Federal de São Paulo.
- Scherma, M. A. (2016). Políticas de defesa e segurança para as fronteiras nos governos Lula e Dilma. *Boletim de Economia e Política Internacional (BEPI)*, (22), 65-77.
- Scherma, M. A. (2016). Rumo à cooperação e ao desenvolvimento: as políticas brasileiras para a faixa de fronteira. *Carta Internacional (USP)*, 11, 32-55.
- Scherma, M. A.; Oliveira, J. P.; Ferraz, S. (2015). Cooperação internacional em saúde: um panorama da fronteira Brasil-Venezuela. *Espacios* (Caracas), 36, 9.
- Silva, J. A. (2010). *Curso de direito constitucional positivo*. 28. ed. rev. atual. Malheiros.
- Swartz, G. Fuga, P. H. D. (março de 2015). O acesso à saúde nas fronteiras do

- MERCOSUL: Entre as normas e a realidade. *Revista da Associação dos juízes do Rio Grande do Sul (Ajuris)*, 42(137), 343-364.
- Vigevani, T., Cepaluni, G. (2007). A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. *Contexto Internacional*, 29, 273-335.
- Vigevani, T., Faverão, G. M., Ramanzini, H., Correia, R. A. (2008). O papel da integração regional para o Brasil: universalismo, soberania e percepção das elites. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 51, 5-27.
- Yin. R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Bookman.

Health and borders in the framework of regional integration: an analysis of the SIS-Fronteiras in the cities of Ponta Porã and Pedro Juan Caballero (2005-2014)

Abstract: The integration and development of border regions is a theme that has stood out over the past few years. Due to the inclusion of social issues in the MERCOSUR agenda, borders have come to play an important role in the observation of social demands such as access to primary goods and services as health and education. The present work has the objective to (i) present the Program as a public policy to expand financing and access to health in the border area, and (ii) to analyze the effects of its implementation in the way of sharing, financing and making these services available to the border population, through the case study of Ponta Porã and Pedro Juan Caballero. The study presents some existing asymmetries in the access to public health that end up justifying the demand for care of Paraguayans in the Brazilian health system and the difficulty of implementing policies able to contemplate and guarantee the effective harmonization of access to health in border areas.

Keywords: regional integration, right to health, SIS-Fronteiras, borders, human rights.

Resumo biográfico

Tomasz Espósito Neto

Docente do mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos e do bacharelado em Relações Internacionais da Universidade Federal da Grande Dourados. Possui doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2012).

Tamyris Cristiny Souza Rocha

Mestre Fronteiras e Direitos Humanos (2019), Graduada em Direito (2009), com pós Graduação em Gestão Pública (2015) pela Universidade Federal da Grande Dourados. Atualmente é advogada em Espíndola e Paulino Advogados Associados ASSOCIADOS. Atua em pesquisas na área de Fronteiras, Direitos Humanos, Saúde e Políticas Públicas.

Como citar

Espósito Neto, T. E., & Rocha, T. (2020). A saúde e as fronteiras no âmbito da integração regional: uma análise do Sis-Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero (2005-2014). *Revista MERCOSUR de políticas sociales*, 4, 29-54. <https://doi.org/10.28917/ism.2020-v4-29>