



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



FRANCISCO DE ASSIS LIMA CARVALHO

**ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES FRONTEIRIÇAS DE BONFIM E
PACARAÍMA: IMPLEMENTAÇÃO DO SIS-FRONTEIRAS EM RORAIMA**

Boa Vista, RR
2014

FRANCISCO DE ASSIS LIMA CARVALHO

**ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES FRONTEIRIÇAS DE BONFIM E
PACARAIMA: IMPLEMENTAÇÃO DO SIS-FRONTEIRAS EM RORAIMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Maria Franco Buenafuente

Co-orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Altiva Barbosa da Silva

Boa Vista, RR
2014

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

- C331a Carvalho, Francisco de Assis Lima.
Atenção à saúde nas cidades fronteiriças de BonFim e Pacaraima:
implementação do SIS-Fronteiras em Roraima / Francisco de Assis
Lima Carvalho. – Boa Vista, 2014.
120 f.: il.
Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra Maria Franco Buenafuente.
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Altiva Barbosa da Silva.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
- 1 – Políticas públicas. 2 – Fronteiras. 3 – Saúde pública. 4 – SIS-
Fronteira. 5 – Roraima. I - Título. II – Buenafuente, Sandra Maria
Franco (orientadora). III – Silva, Altiva Barbosa da (co-orientadora).

CDU – 614 (81)

ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES FRONTEIRIÇAS DE BONFIM E PACARAIMA: IMPLEMENTAÇÃO DO SIS-FRONTEIRAS EM RORAIMA. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde, defendida perante a Banca Avaliadora abaixo, com o objetivo de obter o Grau de Mestre.

FRANCISCO DE ASSIS LIMA CARVALHO

Prof^a. Dr^a. Sandra Maria Franco Buenafuente
Presidente

Prof^a. Dr^a. Altiva Barbosa da Silva
Membro

Prof^a. Dr^a. Nilza Pereira de Araujo.
Membro

Aprovada em:

Boa Vista, RR - 17/ 04 /2014.

A Deus, por iluminar o meu caminho e abençoar-me com esta experiência cheia de lições e aprendizagens.

Aos meus pais, José e Maria, que apesar de não terem em vida a oportunidade de seguir carreira acadêmica, sempre lutaram para proporcionar aos filhos todas as oportunidades possíveis de crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Dr^a. Sandra Maria Franco Buenafuente pela dedicação, conhecimento, amizade, paciência e compromisso.

À co-orientadora, professora Dr^a. Altiva Barbosa da Silva, pelo incentivo constante e incondicional. Obrigado por converterem o momento da orientação num espaço de aprendizagem e aperfeiçoamento.

A todos os que fazem o PROCISA, professores, funcionários, colaboradores e idealizadores, o meu sincero agradecimento.

Às Secretarias Municipais de Saúde de Bonfim e Pacaraima pela colaboração e disponibilização de informações e opiniões.

A todos os colegas da turma 2012, que em sua heterogeneidade profissional sempre souberam trabalhar com união e afinho, nunca descuidando dos laços de amizade.

Aos meus filhos José e Joana e a minha esposa Janicy, sempre presentes em todos os meus momentos de ausência.

A História da Amazônia é um processo social entrecortado pelas relações sociais e de poder político de nove Estados-nação, de centenas de etnias, sem esquecer os diversos grupos sociais de interesse, de todos os tamanhos, nacionais e internacionais (SOUZA, MARCIO, 2009).

RESUMO

Esta dissertação trata das alterações observadas na situação de saúde dos municípios de Bonfim e Pacaraima com a implementação do Projeto SIS-Fronteiras do Ministério da Saúde. Procurou-se levantar os instrumentos legais já produzidos sobre a questão da saúde nas fronteiras em geral e das fronteiras de Roraima em particular, estimar as pressões sofridas sobre a estrutura de saúde dos municípios de Bonfim e Pacaraima, a demanda efetiva de saúde desses municípios e as saídas encontradas (formal e informalmente) para financiar os sistemas e mantê-los operantes. A pesquisa, que utilizou dados primários e secundários, foi desenvolvida nos municípios fronteiriços de Bonfim e Pacaraima, no Brasil, no período de março a dezembro de 2013. Foram estudados os serviços de saúde do sistema público e privado disponível nos municípios, além de serem levantados os indicadores sociais e econômicos disponíveis. Foi realizado um levantamento junto às bases de dados do Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, assim como outros órgãos oficiais para caracterizar as especificidades da assistência à saúde dos municípios de fronteira. Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves dos sistemas de saúde dos municípios para dimensionar a pressão sofrida pelo sistema pelo seu uso por estrangeiros. A partir dos dados levantados procurou-se demonstrar, que a demanda pelos serviços de saúde locais nas fronteiras brasileiras, por parte de estrangeiros, impacta diretamente no planejamento e financiamento das ações de saúde nos municípios estudados. Constatou-se que a demanda por serviços de atenção à saúde, por parte de estrangeiros e brasileiros residentes em países fronteiriços tem ocasionado aos responsáveis municipais pela gerência do Sistema Único de Saúde – SUS, repercussões negativas sobre o financiamento das ações e serviços de saúde. Foram encontradas diversas iniciativas de cooperação entre os países na área da saúde, mas nenhuma obteve sucesso no sentido de integrar ações e serviços de saúde de forma contínua e organizada. A implantação do SIS-Fronteiras, ainda não é suficiente para mudar a realidade da estrutura pública de saúde dos municípios brasileiros e da integração entre os serviços de saúde dos municípios fronteiriços, particularmente com a Guiana.

Palavras-chave: Fronteiras; Políticas Públicas de Saúde; Roraima; SIS-Fronteiras

ABSTRACT

This dissertation deals with the observed changes in health status in the municipalities of Bonfim and Pacaraima with the implementation of the SIS-Borders Project, Ministry of Health. It was found that the demand for health care services by foreigners and Brazilians living in neighboring countries has led to municipal responsible for management of the Unified Health System - SUS, negative impact on the financing of health activities and services. The research, which used primary and secondary data, was developed in the border towns of Bonfim and Pacaraima in Brazil, from March to December 2013. Health services in the public and private system have been performed in the cities were studied, and the social and economic indicators available arraised. We conducted a survey to databases of the Ministry of Health, State and Municipal Secretaries of Health, as well as other official agencies to characterize the specifics of health care in the municipalities border. Semi-structured interviews with key informants from the health systems of municipalities were also performed to size the strain experienced by the system for its use by foreigners. From the data collected we tried to show that the demand for local health services in Brazilian borders on the part of foreigners, directly impacts the planning and financing of health in the cities studied. It was found that the demand for health care services by foreigners and Brazilians living in neighboring countries has led to municipal responsible for management of the Unified Health System - SUS, negative impact on the financing of health activities and services. Various cooperation initiatives between countries were found in the area of health, but none succeeded to integrate health activities and services continuously and organized manner. The implementation of the SIS-Borders, is not enough to change the reality of public health structure of municipalities and integration between health services in border towns, particularly with Guyana.

Key-words: Borders. Public Policy. Health Situation. SIS - Borders .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Amazônia Legal.....	24
Figura 2 – Mapa da adesão ao SIS-Fronteiras.....	46
Figura 3 – Mapa da Faixa de Fronteira: Arcos e sub-regiões.....	51
Figura 4 – Mapa do Estado de Roraima: cidades gêmeas.....	53
Figura 5 – IDH- M dos Estados Brasileiros por Arco da Faixa de Fronteira 2000/2010.....	55
Figura 6 – Pirâmide Etária: Bonfim/RR.....	62
Figura 7 –Série Histórica da mortalidade em menores de 5 anos- Bonfim/RR.....	69
Figura 8 – Indicadores da Atenção Básica – Bonfim/RR.....	70
Figura 9 – Número de casos de AIDS registrados por ano de diagnóstico, segundo gênero em Bonfim/RR – 1990/2011.....	72
Figura 10 – Taxa de mortalidade infantil – Guiana.....	76
Figura 11 – Pirâmide populacional do Município de Pacaraima em 2000/2010.....	77
Figura 12 – Série histórica da mortalidade em menores de 5 anos - Pacaraima/RR.....	79
Figura 13 – Municípios que concluíram a elaboração do diagnóstico local/2007.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características físicas dos limites internacionais do Brasil.....	29
Tabela 2 – Número de municípios por Estado em cada Arco da Faixa de Fronteira.....	34
Tabela 3 – Distribuição de recursos para os municípios fronteiriços de Roraima.....	47
Tabela 4 – Pacaraima/RR: população total, por gênero, rural/urbana e taxa de urbanização.....	58
Tabela 5 – Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária em Bonfim/RR – 2009.....	71
Tabela 6 – Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária em Pacaraima/RR - 2009.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAER: Companhia de Águas e Esgoto de Roraima

CER: Companhia Energética de Roraima

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS: Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

HDOT: Hospital Délio de Oliveira Tupinambá

HGR: Hospital Geral de Roraima

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB: Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil

IDEB: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

MBA: Misión Barrio Adentro

MERCOSUL: Mercado Comum do Sul

MSDS: Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social

PAB: Piso da Atenção Básica

PDFF: Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

PEA: População Economicamente Ativa

PIB: Produto Interno Bruto

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SECEX/RR: Secretaria de Controle Externo

SEPLAN/RR: Secretaria de Planejamento de Roraima

SESAU: Secretaria Estadual de Saúde

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIS FRONTEIRAS: Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

STSF: Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira

SUDENE: Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

SUS: Sistema Único de Saúde

TCA: Tratado de Cooperação Amazônica

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL	18
1.1 Histórico das Políticas Públicas em saúde no Brasil.....	18
1.2 Amazônia e políticas de saúde nas áreas de fronteira.....	20
1.2.1 Roraima no contexto da Amazônia Legal.....	24
1.3 Fronteiras e limites estratégicos.....	25
1.4 Fronteiras e a garantia da saúde.....	32
2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA FRONTEIRA	36
2.1 Mobilidade transfronteiriça e assistência à saúde.....	37
2.2 Relações diplomáticas Brasil – Venezuela.....	41
2.3 Relações diplomáticas Brasil – Guiana.....	44
3 PROJETO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DAS FRONTEIRAS	45
3.1 SIS – Fronteiras: histórico de implantação.....	45
3.2 Divisão da faixa de fronteira do Brasil.....	50
4 METODOLOGIA E ÁREA DE ESTUDO	57
4.1 Localização e característica da área de estudo.....	57
4.2 Percurso metodológico.....	66
5 SITUAÇÃO DE SAÚDE EM BONFIM E PACARAÍMA	68
5.1 Situação de Saúde em Bonfim.....	68
5.2 Situação de Saúde na República Cooperativista da Guiana.....	74
5.3 Situação de Saúde em Pacaraima.....	77
5.4 Situação de Saúde na República Bolivariana da Venezuela.....	83
6 SIS – FRONTEIRAS EM RORAIMA: IMPACTOS NAS REGIÕES DE BONFIM E PACARAÍMA	88
6.1 Histórico do SIS – Fronteiras em Roraima	89
6.2 Síntese das entrevistas realizadas.....	94
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS	105
ANEXOS	111

INTRODUÇÃO

Com o mundo em permanente e profundo processo de globalização, as regiões de fronteira tendem a se constituir em crescente desafio para a realização de planejamentos e atuações conjuntas. A garantia de um melhor acesso aos serviços de atenção à saúde e também de controle dos vetores causadores dos mais diferentes agravos é um dos principais objetivos a serem alcançados. No intuito de enfrentar as dificuldades apontadas, podem ser vislumbradas iniciativas de cooperação entre gestores brasileiros e estrangeiros, tanto a nível federal quanto local, no sentido de estabelecer formas de cooperação em saúde e de vigilância sanitária e epidemiológica.

No tocante à saúde, as regiões de fronteira do Brasil têm sido em poucas oportunidades objeto da ação das políticas públicas do governo brasileiro. Com a implementação do MERCOSUL, no início dos anos 1991, elas se tornaram preocupação mais constante do Brasil e dos países vizinhos no que diz respeito à busca de um desenvolvimento mais harmônico e maior efetividade das políticas públicas.

A crescente mobilidade de estrangeiros e brasileiros residentes em áreas fronteiriças para tratamento de saúde no Brasil tem ocasionado dificuldades adicionais aos responsáveis pela gerência do SUS devido a uma forte demanda por serviços de atenção à saúde nessas áreas. Cidades brasileiras situadas em regiões de fronteira têm sofrido esse impacto e relatam repercussões sobre o financiamento das ações e qualidade dos serviços de saúde. Essa busca de atendimento por usuários residentes em outros países nos serviços de saúde de municípios de fronteira vêm exercendo forte pressão, sobre as frágeis estruturas montadas e o nível de organização e complexidade que alcançam os sistemas municipais de saúde (GIOVANELLA et al., 2007)

A partir dessas constatações e acrescida de informações oriundas dos programas de desenvolvimento sustentável do governo federal (BRASIL, 2005), que buscam fortalecer a integração da América do Sul e o provimento de condições de cidadania às populações desassistidas, o Ministério da Saúde propôs o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras. Esse Projeto surge em 2005 com a missão de identificar as potencialidades e deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde existente nos municípios fronteiriços.

Tal iniciativa teve como objetivo facilitar a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para uma melhor organização e funcionamento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. No caso de Roraima, todos os quinze municípios do Estado, inclusive a capital Boa Vista, situam-se na faixa de Fronteira. Recebe atenção especial os municípios de Bonfim e Pacaraima que fazem fronteira, respectivamente, com a Guiana e Venezuela, país que passou a integrar o MERCOSUL recentemente. São municípios fronteiriços e caracterizados como “cidades gêmeas”, ou seja, seu território faz limite com o país vizinho e sua sede se localiza no limite internacional (BRASIL, 2010).

Investigar a sistemática de implantação do SIS-Fronteiras e os resultados já alcançados a partir das suas ações é passo importante para identificar melhorias na situação de saúde dos municípios estudados. Através desse estudo procurou-se responder a questão principal dessa pesquisa: É o SIS-Fronteiras suficiente para melhorar a situação de saúde nos municípios de Bonfim e Pacaraima?

Este trabalho teve como base duas principais hipóteses. A primeira defende que a busca de atendimento por parte estrangeiros no SUS é uma realidade inquestionável e pode ser caracterizada como constante ou muito constante nas regiões de fronteira do Estado de Roraima. A segunda, que a implantação do Projeto SIS-Fronteira em Roraima ainda não conseguiu mudar a situação de saúde nos municípios fronteiriços de Bonfim e Pacaraima, já que o planejamento e o financiamento das ações de saúde continuam sem levar em consideração a real demanda existente

A proposta deste trabalho é analisar o papel do Projeto SIS-Fronteiras para a melhoria da qualidade de saúde nas cidades fronteiriças de Bonfim e Pacaraima no Estado de Roraima. O período analisado vai de 2005 (ano de criação do Projeto) até o início da década seguinte, período curto, mas suficiente para tirar conclusões sobre a eficácia do mesmo.

Teve como objetivo principal analisar o processo de integração local referente aos serviços de saúde nas cidades fronteiriças de Pacaraima e Bonfim, no sentido de contribuir com a formulação de políticas regionais. Além disso, procurou descrever o sistema de atenção à saúde em área de fronteira, elencando os principais processos de integração local, expor a estrutura de funcionamento dos sistemas de saúde das cidades fronteiriças de Pacaraima e Bonfim, demonstrar as principais diferenças no sistema de atenção à saúde dos municípios estudados e, por último, analisar as políticas de saúde que poderão contribuir para um melhor

funcionamento de um sistema de atenção integrado de saúde entre Brasil, Venezuela e Guiana.

Para atingir esses objetivos, realizou-se uma pesquisa descritiva e de cunho bibliográfico onde foram levantados alguns dos instrumentos legais produzidos sobre as regiões de fronteira brasileira, particularmente dos Estados do Arco Norte. Procurou-se traçar um breve histórico sobre as relações Brasil-Venezuela-Guiana, principalmente nas questões da assistência à saúde nas fronteiras de Roraima, envolvendo os municípios roraimenses de Bonfim e Pacaraima. Estes municípios tiveram a sua situação de saúde descrita através da análise de dados secundários de saúde disponíveis em publicações e bases de dados oficiais.

Com a intenção de tornar mais clara e objetiva a exposição, o trabalho está dividido em seis capítulos com uma abordagem mais bibliográfica do tema, além de uma introdução, conclusões, bibliografia consultada e anexos.

O primeiro e o segundo capítulos são mais conceituais e tratam da definição de políticas públicas e fronteira. Tecem também rápidas considerações para situar o leitor sobre a problemática do desenvolvimento (ou falta dele) nessas áreas, a necessidade de políticas públicas específicas e sua execução nas regiões de fronteira. Aborda a questão das políticas públicas em saúde no Brasil e, particularmente, na Amazônia. Faz um breve relato histórico das iniciativas governamentais na área da assistência à saúde no Brasil desde o período colonial até a atualidade, chegando até o SIS-Fronteiras como última iniciativa oficial para implementar ações de saúde na fronteira norte do país.

O terceiro capítulo diz respeito exclusivamente ao Projeto SIS-Fronteira, abordando aspectos ligados a sua concepção, objetivos e sistemática. Além de discorrer sobre o conceito de fronteira e seus marcos históricos, encontra-se informações sobre as fases de desenvolvimento do SIS-Fronteiras e as ações pertinentes a cada etapa do projeto, além dos aspectos geográficos definidos para sua operacionalização no país.

O quarto capítulo é dedicado às questões metodológicas envolvidas no trabalho de pesquisa. Ao lado de uma descrição minuciosa das cidades alvo do estudo, encontra-se o relato sobre a fundamentação teórico-metodológica do tema.

No quinto capítulo analisa-se a situação de saúde encontrada nos municípios de Bonfim e Pacaraima, envolvendo aspectos geográficos, econômicos e sociais necessários para a determinação do quadro local de saúde. Foram levantados os mais diversos indicadores

disponíveis nos órgãos oficiais, a estrutura de saúde dos municípios e dos sistemas de saúde existentes na Venezuela e Guiana.

E finalmente, no sexto capítulo, tem-se o detalhamento do desempenho do Projeto SIS-Fronteira desde a sua criação no ano de 2005. Aqui estão registradas informações sobre os prazos de execução e metas efetivamente cumpridas a nível de Brasil e também dos municípios de Roraima.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo apresenta uma revisão de literatura sobre o tema das políticas públicas em saúde no Brasil, estando dividido em cinco sub-capítulos: histórico das políticas públicas em saúde no Brasil (1.1); Amazônia e políticas de saúde nas áreas de fronteira (1.2); Roraima no contexto da Amazônia Legal (1.2.1); Fronteiras e limites estratégicos (1.3) e, finalmente, Fronteiras e a garantia da saúde (1.4).

1.1 Histórico das Políticas Públicas em saúde no Brasil

O termo política pública pode ser definido como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado nas diversas escalas de governo, com vistas ao bem comum. Essas ações podem ser desenvolvidas com estrutura própria, em parcerias com organizações não governamentais e mesmo com organizações da iniciativa privada. Política pública é, em resumo, a construção de uma determinada decisão e sua execução, implicando a operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas ou atender necessidades, identificadas a partir da relação entre Estado e sociedade (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Políticas públicas em saúde no Brasil é tema relativamente recente nas discussões levadas a efeito nas diversas esferas governamentais. O direito à saúde nas regiões de fronteira, mais especificamente, tem marcado presença em todos os fóruns dos quais o Brasil participa a nível regional e mundial. A universalização do direito à saúde e a possibilidade do pleno acesso aos serviços de saúde, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação, presentes na Constituição Federal de 1988, levam a uma série de entendimentos para a garantia desse direito. Discussões internas e também com parceiros do exterior tentam delinear caminhos para integrar serviços e ações que garantam a efetividade dos direitos sociais preconizados na carta magna, entre os quais merece destaque o direito à saúde.

Levantamentos históricos são unânimes em afirmar que a assistência à saúde no país praticamente inexistia nos idos do Brasil Colônia (GALVÃO, 2008; POLIGNANO, 2008). A atenção à saúde existente na época restringia-se aos próprios recursos da terra (plantas e ervas medicinais) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (pajés, curandeiros, jesuítas e boticários), desenvolviam habilidades na arte de curar. Só a partir da vinda da família real portuguesa ao Brasil (1808), organizou-se uma estrutura sanitária mínima no intuito de

garantir um suporte à corte que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Em 1829, foi fundada a Imperial Academia de Medicina, que funcionava como órgão consultivo nas questões ligadas à saúde pública, época em que também surge a Junta de Higiene Pública. Até o final do século XIX as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos (POLIGNANO, 2008).

Todo esse período, do Brasil Colônia ao Império, caracteriza-se pela ausência de intervenções no ambiente ou envolvendo a população em geral para propiciar saúde, com marcada inexistência de políticas nesse sentido. Durante todo o primeiro e o segundo reinados, imperou a insalubridade e grandes epidemias no país. Só com o posterior advento da República inicia-se a Saúde Pública no Brasil nos mesmos moldes adotados na Europa e América do Norte. Observam-se mudanças nos saberes adotados e nas práticas dominantes para melhorias no nível de saúde da população, embora ainda com os assuntos relacionados à saúde sendo tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores (GALVÃO, 2008).

Do início da República até a década de 1930, a saúde ofertada pelo Estado restringia-se às ações de saneamento e combate às endemias e epidemias de varíola, malária e febre amarela. Esses cuidados decorriam menos de preocupações com a população do que de procurar dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador e garantir melhores condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação dos produtos da época (basicamente o café e outros produtos agrícolas) (CUNHA; CUNHA, 1998 apud RONCALLI, 2003).

O Estado brasileiro só inicia a sua intervenção na saúde na década de 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde e a organização de uma política nacional de saúde baseada em dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública era de caráter preventivo e coletivo, com o desenvolvimento de campanhas contra as epidemias da época e a assistência médica de caráter mais curativo e individual, tendo como alvo os trabalhadores contribuintes da previdência social. “A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde há, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico-hospitalar” (SARRETA, 2009, p.135).

Só em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), esse quadro passa a sofrer mudanças. Esse Serviço surge em plena 2ª Guerra Mundial por força de um

acordo entre o Brasil e os Estados Unidos da América, interessado na produção de borracha e minério de ferro para utilização no conflito. O SESP torna-se responsável por ações sanitárias de combate à febre amarela e a malária em regiões afastadas do País (embora o foco ainda seja o interesse estratégico para a economia), como a região de produção de borracha na Amazônia (CUNHA; CUNHA, 1998 apud RONCALLI, 2003).

Com a Constituição Federal de 1988 surge nova configuração à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral, a gestão passa a ser participativa e com comando financeiro único para cada esfera de governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Ocorre a maior descentralização política já vivida no país como resultado de um processo social dinâmico, partindo de experiências concretas, que propiciaram as diretrizes básicas para a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – com as leis de nº 8080 e 8142 no ano de 1990.

A importância do SUS pode ser avaliada pela abrangência do seu atendimento em termos de Brasil e de suas regiões onde, segundo Felipe (2008, p.124) “mais de 75% da população brasileira tem no SUS seu único acesso à saúde. Em algumas regiões, como a Norte e a Nordeste, este número se eleva a mais de 90% da população dependente exclusivamente do Sistema Único de Saúde”.

1.2 Amazônia e políticas de saúde nas áreas de fronteira

As desigualdades regionais expostas nos mais diversos trabalhos (GUIMARÃES NETO, 1997; KLEIN; LUNA, 2009) pedem a implementação de políticas públicas regionalizadas no bojo de uma agenda mais ampla do país. Informações oriundas dos programas de desenvolvimento sustentável do governo federal (BRASIL, 2005), sustentam a busca pelo fortalecimento da integração da América do Sul e o provimento de condições de cidadania às populações desassistidas. Dentre as políticas públicas básicas ressaltam-se as políticas de saúde e no contexto de regiões menos favorecidas merece destaque especial a Amazônia Legal.

Como descreve Viana et al. (2009, p.194), a Amazônia é uma “região marcada por uma dinâmica sócio-espacial peculiar e indicadores sociais desfavoráveis”, e que historicamente

tem ficado no segundo plano das políticas oficiais. Só na década 1970 há maiores ações do governo com relação à Amazônia quando, por exemplo, se inicia a construção da rodovia Transamazônica e se institui o Programa de Integração Nacional (PIN).

Posteriormente, inicia-se um processo de mudança no enfoque das políticas para a região: ela paulatinamente deixa de ser pensada apenas como espaço político, de expansão e consolidação do território nacional (questão de segurança nacional) e passa a ser encarada como espaço econômico, passível de ser englobada nas áreas produtivas e elemento de integração com os países vizinhos. Essa “nova” concepção passa a ser implantada não só pelo Brasil, mas também pelos demais países que tem participação na Pan-Amazônia. Essa mudança que ocorre no enfoque das políticas públicas para a região se traduz pela busca de melhores condições de vida à população, procurando integrá-las social e economicamente ao restante do país e defesa do meio ambiente. Esse processo se inicia ainda no final do século e continua a busca pela superação do atraso social e econômico que é ainda muito acentuado (VIANA et al., 2009).

Entre as intervenções históricas levadas a efeito na região encontra-se a criação do Território do Acre (1943), forma de retomada das intervenções do governo federal na região como resposta a questões internacionais. Posteriormente são registradas diversas propostas de organização político-administrativa para a região (Teixeira Freitas - 1948, Antônio Teixeira Guerra - 1960, Siqueira Campos - 1974 e Samuel Benchimol - 1966 e 1977). Mas foi só através da Lei 1806 (criação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia - SPVE), de 1953, que o Congresso Nacional institui o “Território da Amazônia Legal”, envolvendo os Estados do Pará e Amazonas, os Territórios do Acre, Amapá, Guaporé (Rondônia) e Rio Branco (Roraima) e ainda partes do Estado de Mato Grosso, Goiás e Maranhão. Toda essa área passou a ser favorecida com a concessão de benefícios fiscais da ordem de 3% da receita da União a ser aplicado, visando o desenvolvimento da região amazônica (SANTOS, 2004).

Reorganizada a partir dos projetos desenvolvimentistas que marcaram a região entre os anos de 1965 e 1985, a Amazônia Legal sofre mudanças profundas no uso do seu território com consequências sociais e ambientais graves (VIANA et al., 2009). Em 1966, pela Lei 5.173 de 27 de outubro de 1966 (extinção da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia - SPVEA e criação da Superintendência de Desenvolvimento da

Amazônia - SUDAM) o conceito de Amazônia Legal é reinventado para fins de planejamento.

A SUDAM passa a atuar inicialmente ligada ao Ministério do Planejamento e depois passa para a alçada do Ministério do Interior, sempre com a finalidade de planejar, coordenar, promover a execução e controlar a ação federal na Amazônia Legal. As tentativas do desenvolvimento regional giraram em torno de incentivos fiscais e financeiros para atrair investidores privados, nacionais e internacionais. No início da década passada a SUDAM foi extinta em meio a denúncias de corrupção e foi substituída pela Agência de Desenvolvimento da Amazônia (ADA), e ressurgiu no ano seguinte com os mesmos objetivos, mas politicamente menos fortalecida.

Os anos 1980 e 1990 são marcados inicialmente pela crise econômica que leva o estado brasileiro a abandonar o projeto desenvolvimentista e de ocupação da Amazônia. Levas de migrantes se veem abandonados com a interrupção e/ou falência dos grandes empreendimentos e projetos de ocupação da região. Uma nova mentalidade começa a ser implantada e as preocupações econômicas e sociais perdem força em detrimento das questões ambientalistas/ preservacionistas emergentes. Essa mudança de enfoque contribui para fragilizar a presença do Estado na região e manter inalterada a situação de desigualdade regional e exclusão social da sua população (VIANA et al. 2009).

Ainda segundo Viana et. al. (2009, p. 199), os problemas persistiram e a Amazônia Legal continuou caracterizada como sendo região “de fronteira internacional, que possui conflitos ligados a atividades ilícitas e imigrações ilegais;... espaços opacos, com pouco ou nenhum dinamismo econômico, sem atrativos aos grandes projetos corporativos”. Poucas e esparsas são as iniciativas de melhoria das condições de vida e de saúde das populações, apenas sendo registradas iniciativas esporádicas para a região, como o Plano de Saúde da Região Norte – Planorte, iniciativa com grandes dificuldades de implantação e resultados pouco relevantes.

Em março de 2003, a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde reúne dirigentes, técnicos (secretarias, Fundação Nacional de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e representações do Conass, Conasem e a Fundação Oswaldo Cruz de Manaus, para discussões com vistas à formulação de diretrizes e ações específicas na área da saúde para a Amazônia Legal. Elaborou-se o texto Projeto Amazônia, apresentando objetivos, metodologia e uma proposta de gestão partilhada das atividades de organização e formulação.

O SAÚDE AMAZÔNIA representou, na época, uma estratégia de qualificação e de fortalecimento do SUS para a região (BRASIL, 2005).

Neste início de século, a Amazônia segue sendo objeto de preocupações e alvo das políticas públicas. Uma região de forte interesse mundial devido a sua importância estratégica para a América do Sul e o mundo. É a última grande superfície contínua de florestas tropicais do planeta com forte concentração de populações às margens dos rios. Caracteriza-se como espaço singular, tanto por sua extensa ocupação na fronteira com sete países, mas também porque nesse território podemos encontrar a maior biodiversidade do planeta; a mais exuberante e complexa biodiversidade mundial; 30% do estoque genético da Terra; um terço das florestas do planeta, a maior bacia hidrográfica; o maior rio em volume de água e 1/5 das reservas hídricas de todo o planeta; e a maior e mais complexa província mineral mundial (BRASIL, 2004).

Ocupando cerca de 60% de todo o território brasileiro, a Amazônia Legal perfaz uma superfície de aproximadamente 5.217.423 km², onde se localizam 775 municípios. Corresponde à totalidade dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins e parte dos estados do Mato Grosso e Maranhão. De acordo com os dados disponíveis do último censo demográfico da região (IBGE 2010), ela possui cerca de 25 milhões de habitantes, sendo 68,9 % residentes na área urbana e 31,1 % na área rural, abrigando 12,32 % da população brasileira.

Toda essa região faz fronteira com diversos países da América do Sul (Bolívia, Colômbia, República Cooperativista da Guiana, Guiana Francesa, Peru, Suriname e Venezuela) e reveste-se de especial importância para a integração latino-americana. Essa integração é crucial, tanto no que se refere ao combate às desigualdades sociais, mas também para a criação e consolidação de novos blocos econômicos, integrando áreas desassistidas e historicamente pouco produtivas ao mercado de bens e serviços do continente.

Na figura 1 apresentada na próxima página, pode-se visualizar a grande extensão territorial ocupada pela Amazônia Legal brasileira (área clara) e sua localização quanto ao restante do país. É uma imensa área geográfica, pouco desenvolvida industrial e economicamente, com baixa densidade demográfica, carente de serviços públicos de qualidade e historicamente esquecida quando da elaboração e implementação das políticas públicas.

Figura 1 – Mapa da Amazônia Legal



Fonte: <http://anossaparte.blogspot.com.br> (2010).

1.2.1 Roraima no contexto da Amazônia Legal

Roraima também se reveste de especial importância em conhecer-se a sua realidade e propor políticas públicas para o seu pleno desenvolvimento por ser o único estado brasileiro que faz fronteira com três blocos econômicos: o Pacto Andino, a Comunidade Caribenha de Nações e o MERCOSUL. É uma das áreas mais estratégicas da Amazônia tanto em aspectos geopolíticos, militares, como principalmente econômicos.

No caso do Estado de Roraima, a fronteira com a República da Venezuela abre um corredor para o Caribe e a integração com a República Cooperativista da Guiana abre outro

corredor de exportações bem mais ágil com os países da América do Norte e Europa. “As políticas públicas, principalmente no período militar, transformaram inteiramente o universo econômico, social e político de Roraima, no período 1970 a 2000 (Santos, 2004, p.20)”, mas o Estado de Roraima entrou no século XXI ainda com sérios problemas para cumprir o papel desenhado nas décadas anteriores de ocupação efetiva do seu território e de polo de desenvolvimento regional.

Também é caracterizado, como ressalta Fernandes Neto (2005), por ter a única via terrestre de ligação entre o Brasil e o Caribe (BR 174), funcionando como eixo de integração entre o Brasil e a porção setentrional da América do Sul de importância estratégica para o estado e à nação. Silva (2007) ressalta em seu trabalho de doutorado a importância estratégica do Estado de Roraima para o estabelecimento de relações comerciais com o Caribe, América do Norte e Estados Unidos, devido a proximidade geográfica e a suas estreitas ligações com a República Cooperativista da Guiana e Venezuela.

Toda a influência das forças armadas na geopolítica da região é mapeada, com especial cuidado sobre a situação de Roraima e o papel dos Pelotões Especiais de Fronteira na organização das cidades de fronteira estudadas. Encontramos diversas iniciativas oficiais que atestam a importância geopolítica de Roraima, mas nos limitaremos a citar como exemplo da necessidade de proteção e povoamento da região o documento do Ministério da Defesa intitulado *Programa de Desenvolvimento Regional (2001 – 2010)*. No citado documento, o Governo Federal sustenta que:

[...] cresceram, igualmente, as necessidades de vigilância da fronteira e de proteção das populações da região diante de novos e perversos fenômenos sociais, bem como tornou-se mais urgente no norte amazônico a fixação de padrões de desenvolvimento que sejam ao mesmo tempo, socialmente justos e ecologicamente sustentáveis (FERNANDES NETO apud MINISTÉRIO DA DEFESA, 2005, p.4829)

1.3 Fronteiras e limites estratégicos

Fronteiras internacionais é um tema que se reveste de grande importância no contexto da sociedade moderna, na medida em que a mobilidade populacional se intensifica e em que o Estado tem que despender esforços cada vez maiores para integrar áreas marginais (inclusive em termos de saúde) ao restante do país. Mesmo análises pouco fundamentadas da realidade brasileira, deixam clara a profunda disparidade socioeconômica existente entre as diversas

regiões brasileiras. Helman (2009 p. 14) defende a ideia que “a distribuição desigual de riqueza e recursos e de acesso aos serviços de saúde – tanto entre países como dentro de cada país – também pode levar a uma situação de desequilíbrio”, o que é facilmente constatado no caso brasileiro.

Para Ocampo (2008), esse é um problema bem presente neste início de século XXI ao investigarmos a situação das regiões da fronteira brasileira em relação ao nível de desenvolvimento encontrado. A esse respeito o autor comenta:

O desenvolvimento das fronteiras deve ser visto como um objetivo e uma estratégia política e de desenvolvimento econômico e social para dar respostas e soluções ao desequilíbrio interno do país entre os territórios centrais e periféricos; a dar soluções e diminuir lacunas de desenvolvimento e bem-estar nas fronteiras, onde as desigualdades e as iniquidades de bem-estar e saúde ainda são evidentes, sendo territórios com grande injustiça social e econômica (OCAMPO, 2008, p.150).

Como forma de minimizar os problemas decorrentes dessa situação e buscar um desenvolvimento mais harmônico para as diversas regiões e sub-regiões brasileiras, o poder público faz uso das mais diferentes estratégias. Seja através de ações diretas ou de intervenções indiretas, todas as ações do Estado podem ser enquadradas na categoria das políticas públicas, conceito que pode ser sistematizado sob variados enfoques. Do ponto de vista acadêmico é objeto das Ciências Humanas, particularmente da Ciência Política, e pretende analisar o governo à luz de grandes questões públicas, enquanto do ponto de vista das relações interinstitucionais pode ser entendido como as ações do governo que buscam produzir efeitos específicos sobre a população (SOUZA, 2006). Neste sentido, Superti (2011) analisa a importância de políticas públicas de alcance local para desencadear o desenvolvimento regional:

A discussão sobre a atual dinâmica econômica, política e social vivenciada nas áreas de fronteira internacional da Amazônia brasileira não pode prescindir da análise das políticas públicas implementadas pelo Estado na região. Isso porque, ao longo dos últimos 60 anos e marcadamente no primeiro decênio do século XXI, a ação do Estado foi determinante para a promoção de processos de ordenamento territorial, reestruturação produtiva e espacial, exploração de novos mercados e integração nacional e internacional (SUPERTI, 2011, p.304).

Fronteira implica, historicamente, aquilo que sua etimologia sugere – o que está na frente. Em sua origem não estava associada a nenhum conceito legal ou político. Nasceu como um fenômeno da vida social espontânea, designando a margem do mundo habitado. Enquanto a fronteira é orientada para fora os limites estão orientados para dentro. Assim, o limite é uma ‘linha de separação abstrata, porém definida juridicamente (fator de separação), enquanto a fronteira configura uma zona de contato’ (fator de integração) (PEITER, 2005, p.36).

Segundo Schäffer, a fronteira como divisão corresponde ao conceito político clássico, marcado por uma igualdade de poder de ação de estados isolados. Para a autora, a conceituação moderna implica fronteira sendo vista como “zona de possibilidades e não de limites, espaço de integração marcada por equidade de esforços na busca de objetivos comuns” (SCHÄFFER, 1991, p.09)

Os instrumentos legais que definem e regulamentam a nossa faixa de fronteira são a Lei nº. 6.634, de 2 de maio de 1979 e o Decreto nº. 85.064, de 26 de agosto de 1980, que as colocam como indispensáveis à segurança nacional e estabelecem uma série de restrições ao uso da terra e atividades na região. Essa lei estabelece a faixa de fronteira do Brasil em 150 km de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional. Corresponde a uma área de cerca de 2.357.850 km² (27,6% do território nacional), onde moram 9.855.132 habitantes (6% da população brasileira) e situam-se três capitais estaduais (Boa Vista-RR, Rio Branco-AC e Porto Velho-RO), além de 27 pares de cidades (cidades gêmeas) cujo diferencial é a grande interação das populações fronteiriças (PEITER et. al, 2008).

Regiões de fronteira são, por natureza, locais particulares que exigem ações estratégicas para a implementação de políticas públicas. Em um país de dimensão continental, como é o caso do Brasil, marcado por profundas disparidades internas, o planejamento e a adoção de políticas para tornar a presença do Estado mais efetiva se reveste de características únicas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apud CONASS (2006), no caso do Brasil, a sua extensa linha de fronteira se estende por 15.719 km de extensão. Já a Faixa de Fronteira (segundo o estabelecido na Lei 6634, de 02/05/1979), caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de 150 km de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional, considerada de importância à segurança nacional.

É uma área cuja ocupação e utilização sofre restrições legais e onde encontramos 588 municípios de onze Unidades da Federação. Toda essa área corresponde a 27% do território

nacional, reunindo uma população estimada em dez milhões de habitantes. Dentre esses 588 municípios, são tratados diferenciadamente aqueles cujas sedes estão localizadas a até dez quilômetros da linha de fronteira, ou seja, são 121 (cento e vinte e um) municípios que se limitam com dez diferentes países da América do Sul e onde residem mais de três milhões de habitantes (BRASIL, 2005).

Nessa extensa área geográfica, encontra-se uma situação socioeconômica precária, com 80 % dos municípios com baixo IDH, escassos recursos na área de proteção social, quadro de redução da população residente entre 05 e 20% nos últimos anos e distância dos centros de decisão política (NOGUEIRA, 2006). De maneira geral, toda essa faixa de fronteira é marcada por indicadores sociais e econômicos desfavoráveis, presença limitada do Estado e serviços públicos deficientes. Entre as deficiências se destaca a questão da assistência à saúde, que desde a implementação do chamado MERCOSUL – Mercado Comum do Sul, vem sendo presença constante nas discussões políticas dos gestores federais, estaduais e municipais.

Regiões brasileiras de fronteira merecem especial atenção por sua amplitude geográfica e importância geopolítica, econômica e cultural. Não há, portanto, como negar a preocupação em torno do desenvolvimento regional apresentada por parte dos formuladores das políticas públicas do Brasil. Nesse sentido, House (1980) e Runley (1981) apud Silva Neto (2010) sustentam que as fronteiras internacionais têm características próprias e produzem efeitos no processo de saúde adoecimento de sua população. Enquanto limite formal, separa realidades que são distintas em termos de desenvolvimento socioeconômico, legislação, cultura e serviços, incluindo os da saúde.

A amplitude e a diversidade de condições encontrada em nossas fronteiras é muito ampla, seja em relação aos aspectos econômicos, políticos e sociais, seja no que concerne a riqueza da dinâmica ali encontrada. Ali encontramos a presença do Estado em diversos níveis e atuando em maior ou menor grau para o cumprimento dos direitos sociais. Gallo (2008) discute a questão da saúde e sua importância para o desenvolvimento em diferentes dimensões:

Há um argumento tradicional, que destaca a saúde como um elemento central do desenvolvimento humano, da equidade e da justiça social. Isso sempre foi um dos pilares do discurso do movimento sanitário, dos sanitaristas, para justificar a importância da política de saúde: é um direito humano e é justo. Um segundo argumento seria de que a saúde, pensada dentro da lógica do complexo produtivo, pode vir a ser um dos instrumentos fundamentais de desenvolvimento econômico,

assim como um dos principais motores da integração regional em função de sua importância econômica e tecnológica (GALLO, 2008, p.65).

No Brasil encontram-se as mais diferentes caracterizações geográficas, humanas, econômicas, culturais, etc, ao longo da sua linha de fronteira. Diferentes climas, relevos, vegetação, atividades econômicas, etc, podem ser encontrados na faixa de fronteira brasileira com quase todos os países da América do Sul. Encontramos grandes faixas de terra ainda desabitadas, ao lado de regiões marcadas por grande intercambio humano e econômico já bem consolidado.

Na tabela 1 a seguir tem-se expressa a diversidade de características físicas presentes nas fronteiras internacionais do Brasil com os outros países da América do Sul, em termos de extensão territorial da fronteira e presença de marcos divisórios. Como se pode observar, dos 16.866 quilômetros de linha de fronteira, Bolívia, Peru e Venezuela são os países com as maiores áreas de fronteira com o Brasil, mas se observarmos apenas as fronteiras de linha seca, Venezuela e Guiana assumem posição de destaque. Isso é importante, pois influencia diretamente o padrão de interação transfronteiriça e justifica um estudo mais apurado sobre as regiões de fronteira do Estado de Roraima.

Tabela 1: Características físicas dos limites internacionais do Brasil

País	Totais (km)	Linha Seca (km)	Rios, Lagos e Canais (km)	Nº de Marcos
Guiana Francesa	730	303	427	10
Suriname	593	593	-	60
Guiana	1.606	908	698	134
Venezuela	2.199	2.199	-	2.682
Colômbia	1.644	835	809	128
Peru	2.995	992	2.003	86
Bolívia	3.423	751	2.672	438
Paraguai	1.366	437	929	910
Argentina	1.261	25	1.236	310
Uruguai	1.069	320	749	1.174
Total	16.886	7.363	9.523	5.932

Fonte: BRASIL – Ministério das Relações Exteriores, 1999.

Também Ocampo (2008, p.149) ressalta a importância de políticas específicas para as áreas de fronteira quando defende que “iniciativas de saúde nas fronteiras constituem uma iniciativa de esforço comum para a utilização de sistemas solidários e serviços de saúde compartilhados”. Essa não é uma preocupação surgida na atualidade, pois a vinculação entre saúde e desenvolvimento local vem sendo paulatinamente construída desde o final do século passado. Ainda no ano de 1978 houve o reconhecimento da saúde como um direito de todos e responsabilidade da sociedade.

Um dos marcos foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Conferência de Alma-Ata - que, entre outras coisas, reafirmou a saúde como um direito humano fundamental. A meta social mais importante é garantir o mais alto nível de saúde possível, sendo necessária a união das ações de muitos outros setores sociais e econômicos, além do próprio setor da saúde. Propôs a ampliação do acesso aos serviços de atenção básica e desenhou a política internacional que ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000', num pacto assinado por 134 países (ROCHA; ZANCAN; TAVARES; CARVALHO, 2008).

Posteriormente, ocorreu a 1ª. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), realizada em Ottawa, no Canadá, com o tema “Promoção da Saúde nos Países Industrializados”. Foi reflexo dos avanços alcançados desde Alma-Ata, de uma saúde pública eficiente que atendesse dos países industrializados e estendendo-as aos demais países em desenvolvimento. Na ocasião é promulgada a *Carta de Ottawa* que buscava garantir “políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, propiciar e fazer a efetiva participação social, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços enfatizando a promoção da saúde” (ROCHA; ZANCAN; TAVARES; CARVALHO, 2008, p. 337).

Diversos autores elaboraram trabalhos discorrendo sobre o tema da especificidade da saúde em regiões de fronteira. Gadelha e Costa (2007), por exemplo, defendem a importância de políticas públicas específicas para as fronteiras:

A faixa de fronteira apresenta-se como uma área prioritária para o desenvolvimento nacional, por ocupar parte expressiva do território brasileiro, pelas precárias condições sociais e de cidadania, por sua biodiversidade, em especial na região amazônica, ou ainda pelo caráter estratégico de fortalecimento de blocos regionais críticos para inserção competitiva da América do Sul na economia mundial (GADELHA; COSTA, 2007, p. 62).

No Brasil, em maior grau na Amazônia, os municípios de fronteira têm enfrentado grandes dificuldades para garantir de forma efetiva a atenção integral à saúde dos seus

habitantes. As dificuldades são de diversas ordens, indo da insuficiência ou mesmo falta de recursos humanos especializados, carência de equipamentos e espaços para realização de procedimentos mais complexos, passando pela grande distância geográfica entre os municípios, os centros decisórios e os centros de referência, além da existência de barreiras diplomáticas, legais e burocráticas. Outro grave problema é a dificuldade de planejamento das políticas na área, principalmente em função da existência de uma população flutuante que utiliza o sistema e não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS (GADELHA; COSTA, 2007).

Segundo Peiter (2007) apud Silva Neto (2010), antes da institucionalização do MERCOSUL, o Brasil não dispunha de uma política pública específica para as regiões de fronteira, que levasse em consideração as particularidades e a diversidade das populações fronteiriças. As maiores preocupações eram o controle dessas áreas para fins de segurança nacional e vigilância sanitária, com o Estado se fazendo presente apenas em pontos estratégicos e limitando sua atuação ao controle de mercadorias e pessoas.

Com o MERCOSUL, ganha ênfase o desenvolvimento de políticas construídas nas especificidades de cada região e pensadas a partir da necessidade de integração com o restante do país. Oferecer melhores condições de vida à população, respeitando a diversidade ali existente e buscando um desenvolvimento mais sustentável passou a ser marca das políticas públicas para a fronteira. Como defende Ocampo (2008):

De igual maneira e para entender o desenvolvimento de iniciativas de saúde nas fronteiras, deve-se deixar claro que “fronteira” é um espaço territorial, sociológico e econômico, de relações de interdependência, de diversas manifestações da vida em sociedade e que é compartilhada, promovida e executada por grupos populacionais que se estabelecem de um e outro lado do limite externo dos países e que passam a constituir um mesmo ambiente de interação no qual criam uma cultura própria de vida, às vezes diferente de cada uma de suas nações de origem (OCAMPO, 2008, p.149).

Conhecedor dessas premissas e das metas do desenvolvimento sustentável defendidas pelo Governo Federal e voltadas para a integração da América do Sul e para o provimento de melhores condições de cidadania - o Ministério da Saúde propôs o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras.

Tal Projeto surge para sanar as dificuldades de consolidação e expansão da atuação do Ministério da Saúde no âmbito das áreas de fronteiras, de avaliação das ações por ele desenvolvidas, da implantação e do desenvolvimento de um sistema de informações e, por último, da mobilização dos gestores para um sistema de cooperação em rede. O SIS - Fronteiras concretiza-se como a mais recente investida oficial na área da saúde para as áreas marginais do país, atendendo ao preconizado por Gadelha e Costa (2007, p.214) de que “A saúde configura-se como uma das principais áreas a serem planejadas, seja pela necessidade da abordagem e planejamento territorial regional da saúde, seja porque fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países”.

1.4 Fronteiras e a garantia da saúde

Questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente têm sido incorporados à agenda política dos governantes das diversas regiões do Brasil. Historicamente, as discussões tem constatado uma situação desfavorável (em comparação com outras áreas do país) dos habitantes das regiões fronteiriças no tocante ao acesso e à qualidade dos serviços públicos disponibilizados. A situação é mais preocupante no caso específico dos serviços de saúde, pois existe um fluxo significativo de usuários para os municípios detentores de melhor oferta de serviços, sobrecarregando o custo da atenção disponibilizado nessas localidades com prejuízo ao bem-estar da população fronteiriça. Existe uma significativa desarticulação entre os governantes locais, regionais, nacionais e internacionais na formulação e execução de políticas públicas de saúde que possam efetivamente melhorar a assistência disponibilizada (GIOVANELLA et al., 2007).

Como um dos critérios de repasse financeiro do Sistema Único de Saúde – SUS é o do contingente populacional a ser beneficiado pelas ações disponibilizadas, ocorre um contínuo agravamento dessa situação provocado pela crescente demanda da população estrangeira pelos serviços de saúde em território brasileiro. Parte dos repasses federais aos municípios é alocada na modalidade per capita, não sendo contabilizada a população itinerante. Essa não contabilização desse contingente populacional – estrangeiros e brasileiros residentes nos países vizinhos – como usuários do sistema de saúde brasileiro, acarreta um planejamento irreal que ignora a verdadeira demanda a nível local que, por sua vez, provoca problemas de financiamento e funcionamento insatisfatório do sistema como um todo.

Algumas ações a serem implementadas no sentido de garantir a adoção de medidas efetivas para melhoria da situação de saúde das populações já podem ser encontradas na literatura pesquisada. Podemos citar, por exemplo: realização de fóruns ou criação de grupos internacionais sobre saúde na fronteira, realização de ações conjuntas de controle de vetores, intercâmbio de informações epidemiológicas e ações conjuntas de vigilância sanitária e ambiental. Exemplo disso foi a reunião do Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira Brasil – Venezuela ocorrida na cidade venezuelana de Santa Elena de Uairén em maio de 2009, que resultou na elaboração de um plano de saúde para a fronteira.

No Brasil, a saúde é um “Direito de Todos e Dever do Estado” (Constituição Federal – 1988), e a Lei Federal nº 8080 reitera que a “Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Ainda que a nossa legislação não faça menção direta ao acesso de cidadãos estrangeiros aos serviços oferecidos através do SUS, alguns estudiosos defendem a ideia de que esse acesso abrange a todas as pessoas, independente de sua nacionalidade (GIOVANELLA et al., 2007; SILVA; NOGUEIRA, 2011).

Quando se questiona o pleno acesso do cidadão estrangeiro residente em regiões de fronteira aos serviços de saúde disponibilizados em território nacional pelo SUS é que surgem as discussões. Existe certa unanimidade quando se busca atendimento de urgência/emergência, mas em alguns municípios, questiona-se o acesso dessa população às ações e serviços da atenção básica. O fato é que ainda não existe solução de consenso nem orientações claras do Ministério da Saúde quanto a essa situação. Na prática, a garantia do acesso aos serviços de saúde pelos estrangeiros tem dependido bem mais do poder discricionário da autoridade municipal e dos técnicos responsáveis pelos atendimentos. Segundo Agustini e Nogueira (2010, p.235), “no lado brasileiro inexistem padrões uniformes de atenção, favorecendo decisões pessoais dos gestores e dos profissionais de saúde”.

Esse quadro também é vivido no Estado de Roraima, tanto na capital Boa Vista quanto nos diversos municípios do interior situados na linha de fronteira. A situação é mais sentida nos municípios fronteiriços de Bonfim e Pacaraima em que, apesar da estrutura assistencial predominantemente de atenção básica, constituem-se nos espaços estaduais de maior procura dos serviços de saúde por estrangeiros dos vizinhos países da Guiana e Venezuela, além de serem possuidores de hospitais de referência para suas áreas geográficas.

Independente do grau de integração entre os países envolvidos e do grau de dinamicidade encontrada nas fronteiras, já é possível localizarmos saídas informais de superação das problemáticas vividas, seja por parte dos habitantes da fronteira ou dos dirigentes e técnicos locais. Há relatos de subterfúgios utilizados pelos usuários para ter acesso aos serviços, flexibilidade das autoridades municipais em “legalizar” situações, escambo de serviços, encaminhamentos informais, troca de materiais, etc. Tudo isso não inviabiliza a preocupação e a urgência de construir uma política de saúde para as regiões de fronteira de Roraima, seja através das discussões historicamente já iniciadas com a vizinha Venezuela e da um pouco mais distante integração com a Guiana. Na tabela 2 abaixo temos o quantitativo de municípios por Estado para cada arco da faixa de fronteira.

Tabela 2 - Número de municípios por Estado em cada Arco da Faixa de Fronteira

Arco	Estado	Quantidade de Municípios
Norte	Amapá	8
	Pará	5
	Roraima	15
	Amazonas	21
	Acre	22
	Total	71
Central	Rondônia	27
	Mato Grosso	28
	Mato Grosso do Sul	44
	Total	99
Sul	Paraná	139
	Santa Catarina	82
	Rio Grande do Sul	197
	Total	418
TOTAL DE MUNICÍPIOS		588

Fonte: CMN 2008

Como se pode observar na tabela 2, são 588 (quinhentos e oitenta e oito) municípios nos quais, em menor ou maior grau, encontramos a preocupação da integração dos serviços de saúde para melhor atender a população. Roraima é o único estado brasileiro cuja totalidade de municípios, inclusive a capital Boa Vista, situam-se em alguma medida na faixa de fronteira brasileira.

No âmbito do MERCOSUL, desde 1997, a saúde vem sendo discutida em dois fóruns específicos: a Reunião de Ministros de Saúde e o Subgrupo de Trabalho 11, voltado apenas às questões da saúde. O SGT 11 está ligado ao Ministério da Saúde e se subdivide em três comissões: 1) prestação de serviços de saúde; 2) produtos para saúde; 3) vigilância epidemiológica e controle sanitário.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA FRONTEIRA

Políticas de saúde na fronteira é um tema que se reveste de grande importância quando se discute a questão do desenvolvimento em áreas marginais. O conceito moderno de saúde, já amplamente debatido, implica na criação de condições que permitam ao ser humano o desenvolvimento de suas potencialidades e o acesso ao estado de bem estar social e econômico desejável e possível mesmo em condições adversas. Torna-se necessário, portanto, conhecer as principais iniciativas oficiais de integração das regiões de fronteira ao restante do país e dos mecanismos utilizados pelo poder público com essa finalidade.

Uma das mais destacadas estudiosas da relação entre fronteiras e políticas públicas foi Bertha Becker. Para a autora, no processo de ocupação da Amazônia, as cidades se tornaram um dos maiores problemas ambientais da região, devido à velocidade com que ocorriam os movimentos de imigração e a carência de serviços (BECKER, 2001).

Para sanar esse tipo de dificuldade e integrar áreas marginais ao nível de desenvolvimento presente em outras regiões do país, o poder público lança mão de políticas públicas de incentivo moldadas às características das localidades menos assistidas. Segundo Carneiro (2010, p. 116), os anos 50 podem ser encarados como “o momento de elaboração da primeira grande política pública e do primeiro grande programa de desenvolvimento regional do Brasil”, através da criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) e de um Plano de Metas para o país. Essas políticas não apresentavam contribuições relevantes para atacar problemas sociais ou ambientais, restringindo-se a oferecer vantagens às empresas e criação de infraestrutura para o país que vivia uma época de crescimento econômico acelerado.

Tais políticas, com o decorrer dos anos, resultaram em melhorias na infraestrutura econômica, não representando avanços na melhoria da infraestrutura social do país, aumentando, em alguns casos, o quadro de disparidades regionais. Contraditoriamente, no momento em que se observava no país uma prosperidade e produção de riquezas nunca antes vista, continuavam aumentando as diferenças inter-regionais, pois o progresso alcançado só beneficiava a setores específicos da sociedade. Os recursos financeiros sempre limitados do Governo (principalmente em épocas de crise mundial) e aplicados através das políticas compensatórias, pouco retorno traziam e a eficiência dessas políticas era questionada (GUIMARÃES NETO, 1997).

Outro exemplo de iniciativa governamental que buscou desenvolver áreas desassistidas foi o Tratado de Cooperação Amazônica, instrumento jurídico que reconhece a natureza transfronteiriça da Amazônia. O TCA, celebrado em 1978 e vigorando desde 1980, envolveu o Brasil, Bolívia, Peru, Equador, Colômbia, Venezuela, Suriname e Guiana, se transformando num espaço de cooperação entre esses países. Teve como objetivo central, a promoção do desenvolvimento harmônico da Amazônia e a incorporação de seus territórios às respectivas economias nacionais. Suas principais preocupações giraram em torno das questões ligadas ao meio ambiente e a questão indígena, mas envolveram também iniciativas de cooperação em temas como saúde, ciência e tecnologia, transporte e navegação (COELHO, 1992).

Também dentre as iniciativas oficiais de superação dessas desigualdades encontra-se o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), coordenado pelo Ministério da Integração Nacional. O PDFF tem suas origens no ano de 1955, com o nome de Programa de Auxílio Financeiro aos Municípios da Faixa de Fronteira (PAFMFF) e complementada pela Lei nº6.634/79, que revogou a legislação anterior. Apesar de o Programa ter sido estruturado com base em quatro grandes diretrizes: a) fortalecimento institucional; b) desenvolvimento econômico integrado; c) cidadania e d) marco regulatório, e buscar desenvolver um processo de desenvolvimento endógeno e sustentável, seus resultados ainda não são muito nítidos. Mesmo com a preocupação declarada com o desenvolvimento social da faixa de fronteiras, tem se prestado mais a questão da defesa, da soberania e segurança nacional, não alterando a forma como historicamente a região era encarada.

2.1 Mobilidade transfronteiriça e assistência à saúde

Entre as preocupações dos cientistas e estudiosos brasileiros neste início de século XXI, encontra-se o oferecimento de melhores condições de vida para o ser humano. Para isso busca-se compreender em profundidade os fatores determinantes e suas inter-relações para se chegar a tal objetivo. Entre os fatores elencados destaca-se como de grande importância a completa avaliação da situação de saúde da população, entendida como processo de análise e síntese para caracterizar, medir e explicar os perfis de necessidades e problemas de saúde-doença da população e conhecer as respostas sociais organizadas aos mesmos (CASTELLANOS, 1997 apud BRASIL, 2008).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) em seu artigo 196, a saúde é “Direito de Todos e Dever do Estado” e a Lei Federal nº. 8080 (BRASIL, 1990), em seu artigo 2º reafirma o princípio que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Tais prerrogativas surgiram como fruto do movimento denominado “Reforma Sanitária” que promoveu a mobilização social de profissionais da área da saúde e de setores da sociedade civil, inconformados com a exclusão da maior parte dos cidadãos brasileiros do direito à saúde. O movimento pregava, entre outras proposições, a saúde como sendo direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído ou não ao sistema oficial.

Ainda que a legislação brasileira nunca tenha feito ou faça menção direta ao acesso de cidadãos estrangeiros aos serviços de saúde do SUS, alguns teóricos advogam a premissa que tal acesso abrange a todos os indivíduos, independente de sua nacionalidade. Nesse sentido, Silva e Nogueira (2011) defendem que

Tal proposição de política de saúde propiciaria a inclusão e o acesso de todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição, no sistema de saúde pública, considerando até mesmo aqueles sujeitos desprotegidos dos espaços públicos de saúde, oriundos dos novos arranjos internacionais e transnacionais (SILVA; NOGUEIRA, 2011, p. 9)

Como regiões de fronteira são, por natureza, locais marcados por particularidades, elas exigem uma diversidade de ações estratégicas para o desenvolvimento das mais diversas políticas públicas. O Brasil é um dos países do mundo com extensa linha de fronteira, contabilizando cerca 15.719 km de extensão, sem levar em consideração o seu mar territorial. Nesta faixa de terra, encontram-se milhões de brasileiros em municípios que se limitam com dez diferentes países da América do Sul.

De maneira geral, os estudos já realizados (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010; CONASS, 2006) apontam que toda essa faixa de fronteira é marcada por indicadores sociais desfavoráveis, entre as quais destacamos a questão da assistência à saúde, que desde a implementação do chamado MERCOSUL – Mercado Comum do Sul vem sendo presença constante nas discussões políticas dos gestores federais, estaduais e municipais. As áreas de fronteira passaram a ser encaradas como áreas estratégicas para a integração sulamericana, passando a ter priorizado o seu desenvolvimento pelas políticas nacionais. O setor saúde, nessa

nova visão, tem sido considerado como importante indutor do desenvolvimento local, devendo ser foco de políticas específicas para a sua proteção.

Mas, como procura definir Santiago (2008, p.59), “Que é “proteger” a saúde?. É: ampará-la, defendê-la, favorecê-la, resguardá-la, guarnecê-la. Promover a saúde é reduzir os riscos que a ameaçam e modificar os comportamentos que a afetam. Requer, então, principal importância conhecer os fatores de risco que sofre a região”. Promover saúde passa então, necessariamente, pelo amplo conhecimento de todas as características e peculiaridades de uma região: sua geografia, seu povo, sua cultura, seus modos de produção, sua economia e comércio, sua dinâmica territorial e populacional, etc. Existem as desigualdades e é extremamente importante conhecê-las, pois a Constituição Federal Brasileira tem, entre seus princípios básicos, o da universalidade de cobertura e do atendimento com o princípio da equidade. Não há como fazer distinções de acesso à saúde em termos de nacionalidade do usuário.

Historicamente, tem-se constatado uma situação desfavorável (em comparação com outras áreas do país) para os habitantes das regiões fronteiriças no tocante ao acesso e à qualidade dos serviços públicos disponibilizados (GADELHA; COSTA, 2007). A situação é mais preocupante no caso específico dos serviços de saúde, onde o fluxo de usuários para os municípios detentores de melhor oferta de serviços sobrecarrega o custo da atenção nessas localidades, prejudicando o bem-estar da população fronteiriça. Estudos como *Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde* (NOGUEIRA; DAL PRÁ, 2006), concluído em 2005, e *Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL* (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010), concluído em 2007, atestam a situação. A esse fato, pode ser somada a pouca disponibilidade de serviços, a falta de profissionais especializados, a precariedade/inexistência da assistência terceirizada, entre outros problemas comumente encontrados em nossas fronteiras.

Segundo Giovanella et al. (2007), as fronteiras são áreas marcadas por sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes, e quanto maior o fluxo de produtos, serviços e pessoas maior a probabilidade da ocorrência de instabilidades na área. O elevado grau de interação que ali ocorre provoca tensões e desafios, trazendo dificuldades para a oferta de serviços públicos de qualidade. Entre a garantia dos direitos sociais elementares ao cidadão, salientamos o direito à saúde que só será atendimento se

estruturarmos o sistema de saúde das cidades fronteiriças, implementando políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões.

Embora não se tenha conseguido levantar maiores registros da demanda dos serviços de saúde por parte de estrangeiros nas regiões de fronteira do nosso Estado tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, verificou-se que ele existe e é significativo. É necessário, portanto, dimensionar essa demanda e equacionar os recursos necessários para financiá-la, evitando uma queda na qualidade dos serviços oferecidos aos brasileiros (e estrangeiros) residentes na região, que tem o direito constitucional a um atendimento de qualidade.

Em qualquer fronteira é possível encontrarmos uma vasta gama populacional composta por indivíduos binacionais, migrantes de outros países e regiões. Qualquer que seja a situação encontrada, estrangeiros e brasileiros residentes nos dois países, via de regra, pelas mais diversas razões, são usuários do SUS. Essa não contabilização desse contingente populacional – estrangeiros e/ou brasileiros residentes nos países vizinhos – como usuários do sistema de saúde brasileiro, acarreta um planejamento irreal que desconhece a verdadeira demanda a nível local que, por sua vez, provoca problemas de financiamento e funcionamento insatisfatório do sistema como um todo.

A partir da constatação dessa realidade e preocupado com o seu contínuo agravamento, o Ministério da Saúde propôs o “Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras”. O objetivo de tal iniciativa foi facilitar a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para uma melhor organização e funcionamento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços.

No caso de Roraima, o Projeto sofreu a adesão de todos os quinze municípios do estado, pois preenchem os requisitos exigidos e se habilitaram perante o Ministério da Saúde dentro dos prazos propostos. O SIS-Fronteiras pretendia influenciar a situação de saúde dos municípios através da reorganização e qualificação dos sistemas municipais de saúde e da regulamentação do atendimento para os municípios que aderirem ao programa de integração dos serviços de saúde da região. As cidades de Bonfim e Pacaraima que fazem fronteira, respectivamente, com a República Cooperativista da Guiana e a Venezuela, são os municípios de maior fluxo fronteiriço no estado. Apresentam maior integração com os países vizinhos e são referência nas ações de atenção básica e de média complexidade para a população do seu entorno, sendo, pois, candidatas naturais aos benefícios do Projeto.

2.2 Relações diplomáticas Brasil – Venezuela

Brasil e Venezuela mantem relações diplomáticas históricas, mas o final da década de 1970 pode ser destacado porque, a partir daí, acelerou-se o processo de aproximação e cooperação entre os países sulamericanos. Nos anos 1990 ocorreu o aprofundamento dessas relações que frutificou ao longo das décadas seguintes, com o estabelecimento de tratados e acordos envolvendo diversas áreas da ação governamental. São discutidas e formalizadas questões prioritárias de uma agenda binacional, envolvendo principalmente temas ligados ao meio ambiente e desenvolvimento regional. Em 1994 é assinado o protocolo de La Guzmania, marco do processo de cooperação entre os dois países (NUNES, 2011).

Data desta mesma época iniciativas do governo brasileiro e do venezuelano de abordar questões fronteiriças referentes à garantia da soberania territorial via melhoria da qualidade de vida das populações de áreas marginais, proteção do meio ambiente, desenvolvimento de potencialidades econômicas, etc. Surgem, então, o Calha Norte e o Prodessur (**Proyecto de Desarrollo Sustentable Del Sur**), que trabalhavam questões, entre outras, relativas a áreas de fronteira do Amazonas, Amapá, Pará e Roraima (do lado brasileiro) e Amazonas, Apure, Bolívar e Delta Amacuro (no lado venezuelano).

Em 2004, os países da região sul firmaram um documento que desenhou os primeiros passos rumo à construção de uma Comunidade Sulamericana de Nações, que resultou no apoio brasileiro à entrada da Venezuela no MERCOSUL já mais recentemente. Encontramos também, já em 2006, quatro Protocolos de Intenções entre o Governo do Estado de Roraima e o Governo do Estado de Bolívar na Venezuela tratando sobre: Cooperação Técnica e Transferência Tecnológica em Matéria Agrícola, Cooperação Científica e Tecnológica em matéria de Educação, Cooperação Científica e Tecnológica em matéria de Segurança e Cooperação Científica e Tecnológica em matéria de Saúde (BATISTA, 2009).

Pelo acordo, os governadores de Bolívar e Roraima e seus respectivos secretários de saúde se comprometeram a:

Primeiro: O intercambio tecnológico e científico para a prevenção, controle e erradicação de enfermidades endêmicas e epidemiológicas que afetam ambos os Estados.

Segundo: Elaborar e executar projetos para o controle e erradicação das enfermidades endêmicas que afetam à população dos Estados assinantes.

Terceiro: Executar ações intergovernamentais para atenção médico-assistencial à população localizada nos municípios fronteiriços de ambos os Estados,

Quarto: Estabelecer um sistema de informação compartilhada que contenha os dados das pessoas vacinadas contra a febre amarela.

Quinto: Ambos os Estados comprometem-se em oferecer atenção médica e fornecer insumos e medicamentos para aos pacientes em estado crítico procedentes dos Estados assinantes, que requeiram tal assistência e que dependem de prévia autorização do Ministério da Saúde,

Sexto: O Governo do Estado Bolívar, da República Bolivariana de Venezuela, compromete-se em realizar gestões junto aos organismos competentes para fornecer o material médico-cirúrgico que requerer o Estado de Roraima, da República Federativa do Brasil.

Sétimo: O Governo do Estado de Roraima compromete-se em realizar gestões necessárias junto aos organismos competentes da República Federativa do Brasil, para o fornecimento de medicamento para o tratamento da enfermidade Leishmaniose. De igual maneira compromete-se a efetuar os trâmites pertinentes para o fornecimento do soro antiofídico, que requeira o Estado Bolívar, com previa conformação do Ministério da Saúde da República Bolivariana da Venezuela.

Oitavo: As Secretarias de Saúde dos Governos do Estado de Roraima e do Estado Bolívar, da República Federativa do Brasil e República Bolivariana de Venezuela, respectivamente, comprometem-se velar pelo cumprimento e execução do presente acordo (BATISTA, 2009, p.50).

Para tratar dos temas da saúde na região fronteiriça do Brasil e da Venezuela junto ao Grupo de Trabalho sobre Desenvolvimento Fronteiriço (GTDF), criado em maio de 1994, foi instituído o Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira (STSF) Brasil-Venezuela com o objetivo de coordenar e promover as ações de saúde na fronteira. O STSF foi criado através da Portaria nº 455, de 4 de março de 2010, para coordenar e supervisionar as seguintes Comissões de Trabalho: Saúde Indígena, Atenção à Saúde, Assistência e Prevenção da DST/HIV/AIDS, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Saúde Ambiental. Na primeira reunião do Subgrupo, as delegações acordaram em elaborar um Plano de Ação de Saúde na Fronteira para fortalecer as relações entre os países, com as primeiras deliberações já ocorrendo no segundo encontro em Boa Vista.

No plano de ação aprovado, conforme registro na Ata (2009) da II Reunião do Subgrupo de Trabalho Saúde na Fronteira (STSF) Brasil – Venezuela, constam as atribuições de cada comissão instituída:

a) Comissão de Saúde Indígena: Redução e controle sustentável da transmissão da malária na região fronteiriça; Aumento da cobertura vacinal na área de fronteira Brasil-Venezuela; Eliminação da oncocercose até o ano de 2012; Propiciar o acesso regular às ações de saúde de todas as comunidades na zona de fronteira; Adequação dos recursos humanos para atuação em

contexto intercultural; Organizar e aplicar conjuntamente sistema de referência e contra referência de pacientes indígenas para atendimento em saúde;etc.

b) Comissão de Atenção à Saúde: Capacitar profissionais de saúde de ambos os países para a implantação dos Protocolos de Atendimento de Usuários; Elaborar proposta de expansão dos Serviços de Saúde na Fronteira (**Brasil**: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU REGIONAL), Unidade de Pronto Atendimento(UPA) , SE, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipamentos de informática, etc; **Venezuela**: Barrio Adentro; Misión Ciencia (Tele Medicina), Negra Hipolita; Misión Identidad, y otros); Criar um Grupo de Trabalho- GT local (Roraima – Bolívar), para discussão e articulação das questões de saúde inerentes aos municípios de fronteira, bem como planejamento e execução das ações decorrentes; etc.

c) Comissão de Vigilância Epidemiológica: Elaborar análise da situação de saúde (ASIS), nos municípios de fronteira, escolhidos em consenso como área piloto para início do Plano de Saúde nas Fronteiras; Fortalecer o Sistema de Informação em Saúde (SIS) de cada país, nos municípios de fronteira escolhidos por consenso como área piloto; Estabelecer Protocolos de Vigilância Epidemiológica (VE) para eventos de saúde pública de interesse binacional; Capacitar as Comunidades e Órgãos Públicos e Privados dos Municípios fronteiriços nos sistemas de vigilância epidemiológica e em medidas de prevenção e controle de eventos de saúde pública de interesse binacional; etc.

d) Comissão de Assistência e Prevenção ao HIV/AIDS: Institucionalizar o Grupo de Trabalho (binacional) na fronteira Brasil/Venezuela, criado em 2008, para desenvolver as ações de DST/HIV/AIDS; Ampliar o acesso as informações, sobre prevenção e serviços de saúde em DST/HIV/AIDS na região fronteiriça, principalmente na população de jovens e adolescentes; Preparar Jornada “Fique Sabendo” para levantamento de dados, visando qualificar o perfil epidemiológico das DST/HIV/AIDS na região de fronteira Brasil/Venezuela; etc

e) Comissão de Vigilância Sanitária: Elaborar conjuntamente um Plano de Contingência de Reposta a Emergências; Implementar o Regulamento Sanitário Internacional; Elaborar em conjunto um Plano de Comunicação e Informação sobre recomendações de saúde aos Viajantes.

2.3 Relações diplomáticas Brasil –Guiana

Segundo Cardoso (2010), os antecedentes das relações Brasil-Guiana tem poucos registros desde 18 de dezembro de 1968 – data do estabelecimento de relações diplomáticas entre os dois países. Ações consulares e diplomáticas tem ficado restritas a visitas de autoridades e assinatura de acordos bilaterais em áreas específicas.

As relações bilaterais entre os dois países foram recentemente fortificadas com a implementação da chamada política Sul-Sul do nosso país com os vizinhos sulamericanos. As relações recentes entre os dois países tomaram forte impulso desde que a Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira, estabelecida pelo Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Cooperativista da Guiana na área de saúde, assinado em Georgetown, em 15 de fevereiro de 2005, incorporou o Comitê de Fronteira Brasil – Guiana em 2009.

A I Reunião do Comitê ocorreu ainda em 2009 na cidade de Boa Vista (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2009). Desde então já foram realizados quatro encontros entre os dois países para discussão e deliberação sobre medidas ligadas a saúde, urbanismo, energia, educação, segurança pública, meio ambiente, vigilância agropecuária, migração e regime especial fronteiriço. Foi institucionalizada, no âmbito do Comitê, uma Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira.

O primeiro encontro do Comitê aconteceu em março de 2010 e sua primeira tarefa foi a avaliação dos principais problemas de saúde na região. Nos anos seguintes aconteceu o segundo e o terceiro encontros onde a Comissão Binacional apresentou o seu relatório ao Comitê de Fronteira (2011) e o Brasil se prontificou a oferecer treinamento para guianenses em diagnóstico laboratorial de Leishmaniose e Chagas, com os dois lados se prontificando a trocar informações relativas ao uso de serviços de saúde pelas populações indígena e fronteiriça (2012).

Na quarta reunião, em 2013, foram novamente discutidos os treinamentos para guianenses em diagnóstico laboratorial de doenças como Leishmaniose, Dengue e Malária, além da elaboração de um plano de ação para o controle destas enfermidades e um trabalho conjunto de imunização na fronteira.

3 PROJETO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DAS FRONTEIRAS

Após se discutir algumas questões teóricas sobre o conceito de fronteira e a importância da implementação de políticas compensatórias para acelerar o seu desenvolvimento e conseqüente integração ao restante do país, parte-se agora para o aprofundamento do estudo das nossas fronteiras. Num primeiro momento detalharemos a sistemática do SIS – Fronteiras e as implicações para o Estado de Roraima (3.1). Em seguida será feito o detalhamento da divisão das fronteiras brasileiras proposto pelo Ministério da Integração Nacional através do Programa de Promoção da Faixa de Fronteira (3.2).

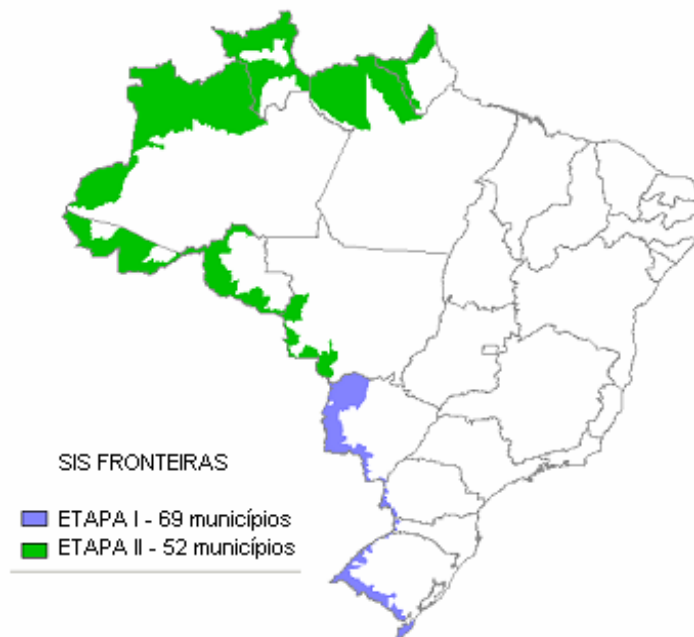
3.1 SIS – Fronteiras: histórico de implantação

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras é um projeto de responsabilidade da Secretária Executiva do Ministério da Saúde (MS). Criado oficialmente em junho de 2005, ele propôs a formalização da integração entre sistemas de saúde das localidades de fronteiras, a partir do reconhecimento das dificuldades historicamente vivenciadas por gestores e usuários nestas localidades. Surge como tentativa para identificar as potencialidades e deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde existente nos municípios fronteiriços e que impedem um atendimento em saúde de qualidade (BRASIL, 2006).

Embora o Projeto só tenha sido oficialmente lançado em novembro de 2005 no município de Uruguaiana – RS, ele foi instituído através de três Portarias do Ministério da Saúde, todas datadas de 06 de julho de 2005. Temos as Portarias GM/MS nº. 1.120 (que institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras) (ver Anexo I), GM/MS nº. 1.121 (institui 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 (estabelece as etapas e os mecanismos de repasse dos recursos financeiros e regulamenta a adesão dos estados e dos municípios). No ano seguinte temos a Portaria GM/MS nº1.188, de 05/06/2006 (que dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS) e a Portaria GM/MS nº 1.189 de mesma data (que aprova o novo termo de adesão ao SIS-Fronteiras), que vem complementar e adequar a legislação básica do Projeto à realidade das nossas fronteiras (BRASIL, 2007).

Após a delimitação dos municípios que poderiam candidatar-se ao Projeto (aqueles localizados até a 10 Km da linha de fronteira), estabeleceu-se duas etapas distintas de adesão ao mesmo, considerando-se aspectos geográficos e momentos temporais diversos. Em uma primeira etapa, procurou-se envolver 69 municípios dos estados da Região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina) e Mato Grosso do Sul, para posteriormente envolver outros 52 municípios nos estados da Região Norte (Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima) e Mato Grosso, num total de 121 municípios. Como se pode observar na figura 2, a adesão ao Projeto foi iniciada com os Estados e Municípios do Arco Sul (área em azul), e posteriormente com os Arcos Central e Norte (área em verde).

Figura 2 – Mapa da Adesão ao SIS-Fronteiras



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

Contemplado no “Mais Saúde”, o Projeto visou contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços brasileiros localizados a até 10 Km da linha de fronteira. Atenuar os problemas históricos de saúde pública nas áreas de fronteiras, causados pela demanda extra provocada pelo fluxo migratório nacional e internacional de pacientes, é objetivo do Projeto. Isso significa mudar a situação em onze estados e 121 municípios, totalizando aproximadamente três milhões de habitantes de cidades brasileiras, e uma fronteira com dez países da América do Sul: Guiana

Francesa, Suriname, República Cooperativista da Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai (REZENDE et al., 2008).

Após a adesão pactuada e para beneficiar-se com as ações preconizadas no SIS-Fronteiras, o município deveria manifestar seu interesse em participar do Projeto e os gestores municipais e estaduais formalizarem essa participação pela assinatura do Termo de Adesão (Anexo 2) ao Projeto SIS-Fronteiras, a ser realizada até abril de 2006. Essa assinatura, conforme a portaria GM/MS nº. 1.189, de 05 de junho de 2006, garantiria o repasse de incentivos financeiros e a execução das fases do Projeto no município. O valor do projeto corresponde a 40% do valor do Piso da Atenção Básica – PAB fixo (valor mínimo de recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica) do município, tendo como referência os valores praticados em dezembro de 2005. O Projeto previu a sua execução em três fases distintas que correspondem também ao aporte de incentivos financeiros aos municípios que aderirem ao projeto (CONASS, 2006). Na tabela 3 a seguir pode-se observar o valor repassado a cada município do Estado de Roraima 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.

Tabela 3: Distribuição de recursos para os municípios fronteiriços de Roraima

Nº	Código IBGE	Município	Valor Projeto	Fase I	Fase II	Total
1	140005	Alto Alegre	103.844,00	31.153,20	36.345,40	67.498,60
2	140002	Amajari	29.556,80	8.867,04	10.344,88	19.211,92
3	140015	Bonfim	56.934,80	17.080,44	19.927,18	37.007,62
4	140020	Caracaraí	84.063,20	25.218,96	29.422,12	54.641,08
5	140023	Caroebe	30.050,80	9.015,24	10.517,78	19.533,02
6	140028	Iracema	28.750,80	8.625,24	10.062,78	18.688,02
7	140040	Normandia	29.863,60	8.959,08	10.452,26	19.411,34
8	140045	Pacaraima	39.478,40	11.843,52	13.817,44	25.660,96
9	140070	Uiramutã	31.777,20	9.533,16	11.122,02	20.655,18

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

A primeira fase do Projeto refere-se à elaboração do diagnóstico de saúde local com observações quali-quantitativas e de um plano operacional dos municípios fronteiriços. A partir desse último documento, estarão previstos todas as estratégias e ações necessárias para atingir as prioridades identificadas no diagnóstico. Tal procedimento inicial reveste-se de

grande importância, já que as ações na faixa de fronteira não podem ser encaradas a partir de um padrão de atuação único, pois as questões de saúde da fronteira envolvem países cujas peculiaridades, necessidades e normas devem ser conhecidas e respeitadas (CONASS, 2006).

Segundo o disposto no ato de criação do SIS-Fronteiras (BRASIL, 2006), à primeira fase do Projeto - realização do Diagnóstico Local de Saúde quali-quantitativo e elaboração do Plano Operacional - correspondem as seguintes ações:

- a) Harmonização dos parâmetros mínimos e metodologia para a realização do Diagnóstico Local nos municípios fronteiriços;
- b) Repasse do recurso financeiro aos municípios e às Universidades Federais;
- c) Elaboração do Diagnóstico Local do município;
- d) Elaboração do Plano Operacional do município.

No diagnóstico local efetuou-se o levantamento de todas as demandas existentes, a capacidade instalada na área do município, os fluxos de assistência, o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental da área, além da identificação da população a ser contemplada nos serviços de saúde. Aqui também foram incluídas análises do impacto das ações de vigilância epidemiológica e sanitária desenvolvidas pela esfera municipal/estadual, bem como da cobertura e da qualidade assistencial. Essa ação ficou a cargo das Universidades Federais dos Estados, que, em convênio com o Ministério da Saúde e os Estados, responsabilizaram-se em apoiar os municípios de fronteira que aderiram ao Projeto SIS-Fronteiras, na realização de seu Diagnóstico Situacional de Saúde.

Segundo Rezende et al. (2008), a elaboração do Plano Operacional tem como função apontar as necessidades do município identificadas no Diagnóstico Local. O Plano Operacional deverá ser parte integrante do Plano Municipal de Saúde, sendo necessária sua validação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), cujo extrato será encaminhado à Coordenação do SIS-Fronteiras, para homologação, condição essencial para ingresso na segunda fase. Os recursos financeiros previstos para essa fase foram repassados em parcela única, após assinatura e publicação do Termo de Adesão, totalizando 30 % do montante total de recursos alocados no projeto.

A segunda fase diz respeito à qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de saúde. O objetivo é planejar e lançar ações, bem como formalizar acordos bilaterais ou multilaterais entre os países fronteiriços, após diagnóstico da situação de saúde para além do território nacional. Ocorre conjuntamente à liberação de 35 % dos

recursos alocados para financiamento das ações (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Centros de Especialidade Odontológica - CEO, Farmácia Popular, Banco de Leite, entre outros). Nesta fase, pode ser necessário aporte financeiro (estadual e/ou municipal) além do repasse do Ministério da Saúde. Neste primeiro momento, o incentivo não visa financiar o sistema, mas incentivar sua integração.

A terceira e última fase refere-se à implantação propriamente dita dos serviços e ações de saúde nos municípios fronteiriços, conforme os resultados do Diagnóstico Local e o definido no Plano Operacional. O gestor municipal poderá receber um valor financeiro adicional variável, segundo critérios propostos pelo Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e adotados pela coordenação do SIS-Fronteiras/MS. Para essa fase está previsto a execução das metas e ações previstas no Plano Operacional, bem como a implantação de novos serviços e fortalecimento da gestão.

Segundo o disposto na Portaria GM/MS nº 1.189, a fase I do Projeto terminaria impreterivelmente em novembro de 2006 e as fases II e III iniciam em dezembro de 2006 e terminam onze meses após validação pela CIB e homologação pela Coordenação do SIS-Fronteiras. Em agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.065 que prorrogou os prazos de execução do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras para os municípios que aderiram. Roraima passou a ter como prazo da fase I o mês de dezembro de 2007; a fase II iniciando-se após a conclusão da Fase I e o efetivo repasse do incentivo financeiro para execução da fase II, encerrando em até onze meses; a fase III iniciando-se após a conclusão da fase II e o efetivo repasse do incentivo financeiro para execução da fase III, encerrando em até doze meses.

Quanto aos passos e diretrizes do sistema nacional para a região, todos os pressupostos do Projeto são delimitados de forma clara. Toda uma sistemática encontra-se desenhada para a sua operacionalização pelos gestores dos diversos níveis, saindo do plano discursivo e procurando garantir uma efetiva melhora no direito integral à saúde dessas populações. A esse respeito, Gadelha e Costa (2007) afirmam que:

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).

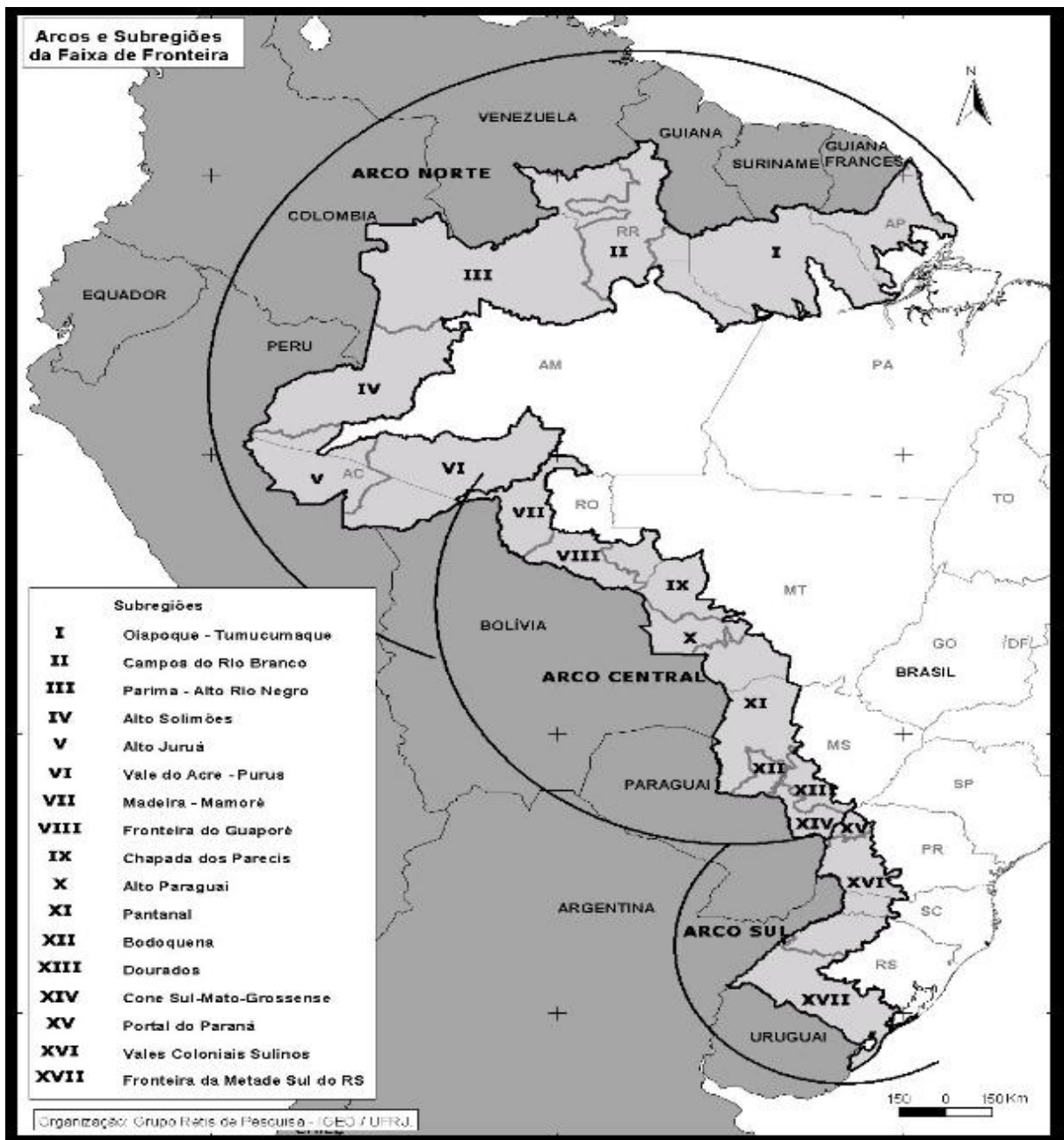
3.2 Divisão da Faixa de Fronteira do Brasil

Para efeitos do Projeto SIS-Fronteiras, a faixa de fronteira brasileira foi dividida em três grandes Arcos, a saber: Norte, Central e Sul, sistemática adotada pelo Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDFF. O objetivo do Programa é ativar as potencialidades locais a articulação com os outros países da América do Sul, via estruturação física, social e produtiva. Para isso propôs uma organização da faixa de fronteira baseada nas diretrizes do “fortalecimento institucional, desenvolvimento econômico integrado, cidadania e marco regulatório” (BRASIL, 2005, p. 14). Essa organização procurou atender às peculiaridades de cada estado componente do arco no tocante à organização social, características produtivas, sociais, econômicas, políticas e culturais locais, buscando conferir uma identidade mínima para cada arco da faixa de fronteira.

O primeiro arco a ser descrito é o arco sul - o mais densamente povoado em suas regiões de fronteira e no geral - compreendendo os Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Dele fazem parte as sub-regiões do Portal do Paraná, os Vales Coloniais Sulinos (Sudoeste do Paraná, Oeste de Santa Catarina e Noroeste do Rio Grande do Sul) e Fronteira Metade Sul do Rio Grande do Sul, como pode ser visualizado na figura 3. É um arco amplamente marcado pela influência do legado socioeconômico e cultural europeu e pela dinâmica transfronteiriça que foi intensificada pela integração econômica provocada com a entrada do Brasil no MERCOSUL. O Arco Sul faz fronteira com países da Argentina, Paraguai e Uruguai, todos membros participantes do MERCOSUL e com os quais o Brasil tem dinâmica mais intensa.

Na figura 3 a seguir, podemos visualizar a extensão dos Arcos de Fronteira previstos no Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, com a delimitação de todas as sub-regiões que os formam.

Figura 3: Mapa da Faixa de Fronteira: Arcos e Sub-regiões



Fonte: MI/SPR/PDFF – 2009

O Arco Central abrange os Estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, e está subdividido em oito sub-regiões definidas a partir da base produtiva e identidade cultural. Compreende as sub-regiões Madeira-Mamoré; Fronteira do Guaporé; Chapada dos Parecis; Alto Paraguai; Pantanal; Bodoquena; Dourados e Cone sul Matogrossense. Caracteriza-se por ser uma área de transição entre a Amazônia e o Centro-Sul e por nele

encontrarmos as bacias Amazônica e do Paraná – Paraguai. Compreende a região de fronteira com os países da Bolívia e Paraguai.

De maior extensão territorial, o arco norte abrange os Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará e Roraima, abrangendo 71 municípios de baixa densidade demográfica (1,2 hab./km²) e ocupando uma área que corresponde a 66% das fronteiras brasileiras. Encontra-se dividido em seis sub-regiões: Oiapoque-Tumucumaque; Campos do Rio Branco; Parima-Alto Rio Negro; Alto Solimões; Alto Juruá; Vale do Acre-Alto Purus (BRASIL, 2005). É o Arco menos desenvolvido, tem as fronteiras menos protegidas e marcadas por indicadores sociais menos favoráveis, além de extremamente ligado às questões indígenas e ambientais.

Para Gadelha e Costa (2007), o arco norte abrange a Faixa de Fronteira do Estado do Amapá até o Acre e diferenças na base produtiva, posição geográfica e predomínio de população indígena foram os principais critérios para a definição das sub-regiões do arco. Apesar dos fluxos migratórios procedentes de outras regiões do país (principalmente nordestina), a faixa de fronteira norte constitui um "arco indígena", com grandes áreas de reserva e identidade territorial ligada à sua importância étnico-cultural (GADELHA; COSTA, 2007). No total a Faixa de Fronteira tem 209.050 indígenas, sendo que só no Arco Norte tem-se 119.890 indígenas (57,3% do total da faixa de fronteira), possuindo 89,4% da área total de terras indígenas da faixa (PEITER, 2005).

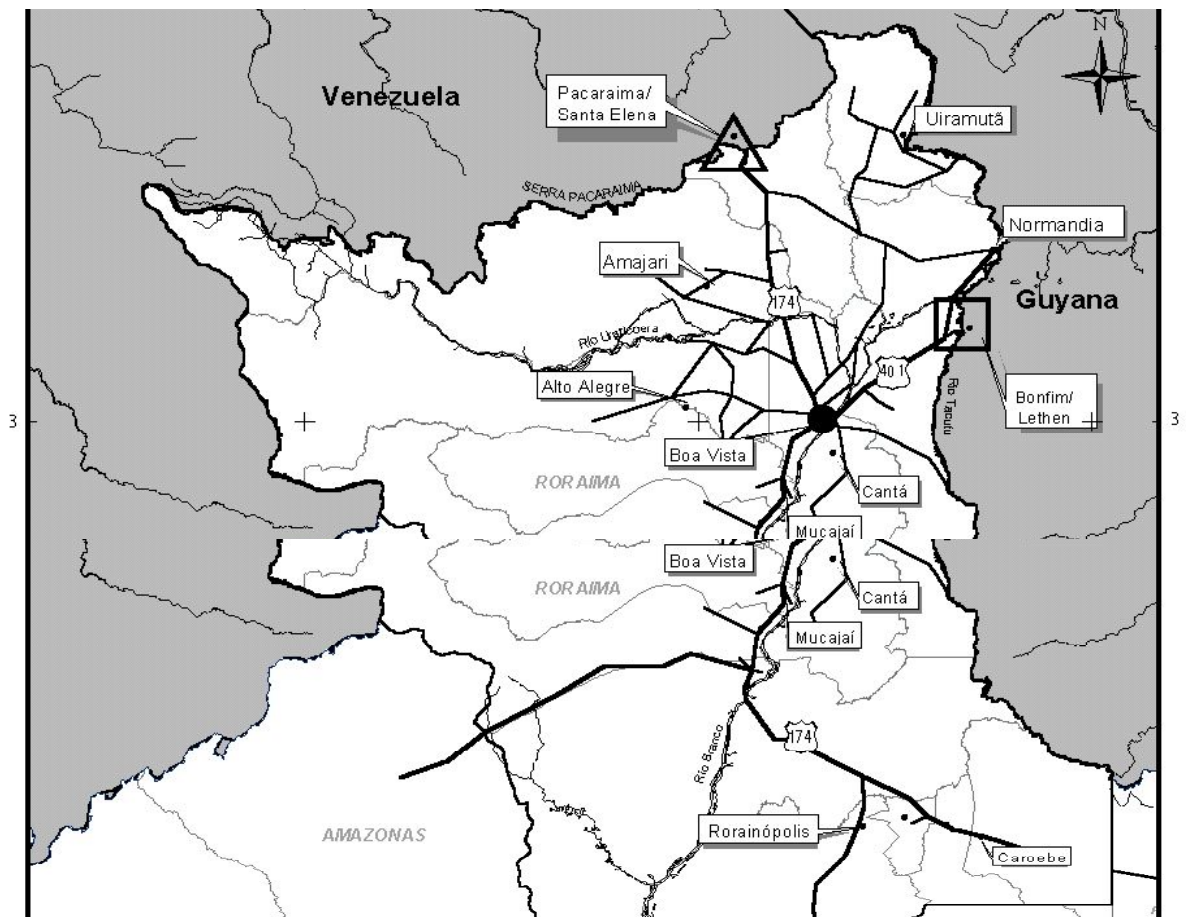
Apesar da característica de “arco indígena”, importante ressaltar outro grupo populacional bastante presente na região que é o dos migrantes. Esse grupo é importante na determinação do nível de saúde de uma população/região pela situação de vulnerabilidade a que sempre está exposto. Em números absolutos de imigrantes recentes, destaca-se, particularmente, a sub-região Campos do Rio Branco. Essa sub-região fica localizada na porção leste do Estado de Roraima e é composta por nove municípios fronteiriços com a República Cooperativista da Guiana e Venezuela. Caracteriza-se por possuir a malha rodoviária mais desenvolvida de todo o Arco Norte, tendo como principal eixo a rodovia BR-174, que liga Manaus a Boa Vista e segue em direção à Venezuela e costa do Caribe e a BR-401, que faz ligação com a Guiana. É constituída principalmente por reservas indígenas atravessadas por estes “corredores” de comunicação com interação transfronteiriça de razoável intensidade classificado como do tipo capilar (GADELHA; COSTA, 2007).

Interações do tipo capilar podem dar-se através de trocas difusas entre vizinhos fronteiriços com limitadas redes de comunicação, ou “resultam de zonas de integração

espontânea, nas quais o Estado intervém pouco, principalmente não investindo na construção de infraestrutura de articulação transfronteiriça” (BRASIL, 2010, p.22). Destacam-se na sub-região duas cidades gêmeas, Pacaraima / Santa Elena de Uairén (VE) e Bonfim / Lethem (GY), que funcionam como pontos de integração entre o Brasil e os países vizinhos.

As cidades gêmeas apresentam grande potencial de integração econômica e cultural e se configuram como manifestações nítidas dos problemas característicos da fronteira. (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA AGRICULTURA, 2010). Na figura 4 podemos observar os municípios de Roraima, com destaque para as cidades gêmeas de Pacaraima e Bonfim.

Figura 4 - Mapa do Estado de Roraima – Cidades gêmeas



Fonte: Fernandes Neto, 2005.

As chamadas cidades gêmeas correspondem ao “meio geográfico que melhor caracteriza a *zona de fronteira* (inclui as faixas de fronteira brasileira e do país estrangeiro) e são os alvos principais prioritários das políticas públicas” (BRASIL, 2005, p.152).

Outro aspecto a ser avaliado quando se fala em qualidade de vida nas fronteiras, é a presença militar na região. Novamente destaca-se a sub-região dos Campos do Rio Branco por possuir cinco unidades militares em sua área geográfica. Paralelamente à suas funções de defesa e controle das fronteiras do país, as guarnições militares agem como difusores de desenvolvimento e disponibilizam apoio à saúde das populações. Como destaca Silva (2007), os PEFs também são marcados pelo apoio à área de saúde em toda a fronteira norte do País, se constituindo em pólos de desenvolvimento sócio-econômico nas localidades onde são instalados devido a situação de carência de infra-estrutura. “Por isso, cumprem um papel fundamental no cotidiano dessas comunidades, uma vez que seus membros são requisitados para todas (ou quase todas) as tarefas e eventos que ocorrem”(SILVA, 2007, p.160).

Tanto a cidade de Pacaraima quanto a de Bonfim devem parte de seu desenvolvimento mais recente (últimos 40 anos) a Pelotões de Fronteira localizados nos municípios. Analisando o Estado de Roraima no contexto amazônico observa-se que mudanças se tornam mais céleres após a implantação do regime militar, quando Roraima adquire importância geopolítica em razão da complicada situação política no Caribe (SANTOS, 2004).

Objeto de estudo desse trabalho, o Estado de Roraima ocupa grande área das fronteiras brasileiras, aproximadamente 958 km com a Venezuela e 964 km com a República Cooperativista da Guiana. As fronteiras internacionais do Estado são marcadas por condições adversas, como destaca Peiter et al (2008):

Do ponto de vista do acesso à saúde destacam-se os problemas acarretados pela falta de profissionais de saúde qualificados (principalmente médicos e enfermeiros) e as grandes dificuldades de acesso das populações regionais aos serviços de saúde, exceto nas capitais estaduais aí situadas. Esta situação se reflete nos indicadores de situação de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil, muito elevado na região, e na menor esperança de vida de sua população se comparada como as demais regiões brasileiras e mesmo de outros segmentos da faixa de fronteira (PEITER et al, 2008, p. 262)

O Estado de Roraima tem sido marcado por apresentar uma das maiores taxas de aumento populacional nas últimas décadas e, apesar da significativa alocação de recursos federais, padece com uma deficiência crônica em sua infraestrutura e uma oferta de serviços públicos de boa qualidade que atenda a toda essa demanda.

Entre os indicadores que são comumente utilizados para descrever a situação de saúde nos Arcos da Faixa de Fronteira, encontramos a esperança de vida ao nascer, a mortalidade infantil, as condições materiais de vida e a vulnerabilidade social. Em todos estes aspectos o Arco Sul encontra-se em melhor situação e o Arco Norte na pior, sendo o mesmo encontrado em relação à infraestrutura hospitalar disponível (PEITER, 2005). Outro indicador que serve para o estabelecimento de comparações é o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e usado para avaliar o nível de desenvolvimento dos países desde 1990. Sofreu modificações e também passou a ser usado na avaliação da situação de estados e municípios.

O IDH longevidade é medido através da esperança de vida ao nascer, enquanto o IDH Educação representa o indicador do nível educacional, medido a partir da taxa de alfabetização de pessoas de 15 anos ou mais e da taxa bruta de matrícula nos três níveis de ensino em relação à população de 7 a 22 anos de idade. O IDH Renda é, como o nome antevê, o indicador de renda da população usando como critério de aferição a renda familiar per capita (para Estados e Municípios). Na figura 5 encontra-se o IDH-M apurado por Estado em cada Arco de Fronteira para os anos de 2000 e 2010.

Figura 5: IDH- M dos Estados Brasileiros por Arco da Faixa de Fronteira 2000/2010

	Estado	2000	2010
Arco Norte	Acre	0,517	0,663
	Amapá	0,577	0,708
	Amazonas	0,515	0,674
	Pará	0,518	0,646
	Roraima	0,598	0,707
Arco Central	Mato Grosso	0,601	0,725
	Mato Grosso do Sul	0,613	0,725
	Rondônia	0,537	0,690
Arco Sul	Paraná	0,650	0,749
	Rio Grande do Sul	0,664	0,746
	Santa Catarina	0,674	0,774

Apesar do aumento significativo registrado no IDH de todos os estados brasileiros na última década, ainda é clara a diferença existente entre as regiões (ver figura 5). Enquanto o IDH – médio dos estados do Arco Sul para o ano de 2010 fica em 0,756, o do Arco Central fica em 0,714 e o do Arco Norte em 0,679. Segundo os critérios do PNUD, os Arcos Sul e Central são classificados como possuidores de alto IDH (entre 0,700 e 0,799), enquanto o Arco Norte possui IDH médio (entre 0,600 e 0,699) (PNUD, 2013).

Apesar do aumento registrado em todos os Arcos de Fronteira para o período 2000/2010, forte indicativo de melhoria no nível de desenvolvimento, os estados do Arco Sul ainda se encontram em situação mais favorável que os outros Arcos. Roraima e Amapá se encontram em posição privilegiada dentre os estados do Arco Norte, mas ainda em situação inferior aos Arcos Sul e Central.

Dentre as sub-regiões do Arco Norte, temos a chamada Campos do Rio Branco, que inclui os municípios de Boa Vista, Bonfim, Canta, Caracaraí, Mucajaí, Normandia, Rorainópolis, Pacaraima e Uiramutã, todas no estado de Roraima. A região pode ser subdividida em três espaços distintos. A primeira região é a parte sul do Estado (formada pelos municípios atravessados pela Perimetral Norte até o entroncamento com a BR-174) ocupada a partir de projetos de colonização das décadas de 1970-1980. A segunda região é ocupada pela capital Boa Vista, tendo como eixo a BR-174 que liga o Brasil ao Caribe via Venezuela, canalizando fluxos diversos como o de turistas, caminhoneiros, garimpeiros e indígenas. No terceiro subespaço encontra-se a Reserva Indígena Raposa Serra do Sol e mais ao sul encontra-se cidade de Bonfim que é cidade gêmea de Lethem, na Guiana.

4 METODOLOGIA E ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada através de estudo bibliográfico e de campo, com utilização de métodos qualitativo-analíticos. No entender de Gil (1999), a pesquisa descritiva pretende explorar as características de determinada população ou fenômeno através de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Como parte da pesquisa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que procurou levantar o referencial já tornado público sobre o tema, incluindo artigos, pesquisas e documentos diversos. Com forma de integrar os dados obtidos na pesquisa bibliográfica foi realizada também uma pesquisa de campo que pretendeu buscar a informação com representantes da população pesquisada. O trabalho de campo foi realizado nas cidades de Bonfim e Pacaraima, no Estado de Roraima, incluídas no Projeto SIS-Fronteiras do Ministério da Saúde.

O universo dessa pesquisa foram os dois municípios roraimenses localizados na linha de fronteira com a República Cooperativista da Guiana e Venezuela, caracterizadas como cidades-gêmeas e detentoras de maior fluxo populacional com os países da fronteira. Os resultados aqui analisados referem-se a alguns indicadores da situação de saúde dos Municípios de Bonfim e Pacaraima obtidos em sites oficiais do governo brasileiro e informações prestadas por autoridades das secretarias municipais de saúde sobre a estrutura encontrada à disposição da população, a demanda efetivamente atendida e o papel do SIS-Fronteiras na melhoria de saúde da região.

4.1 Localização e características da área de estudo

Pacaraima é o principal ponto de comunicação entre o Brasil e a Venezuela na fronteira norte do Estado. A história do município de Pacaraima está ligada à demarcação da fronteira com a Venezuela pelo Exército Brasileiro, em torno do marco conhecido como BV-8. Sofreu forte incremento com uma vila militar do 3º Pelotão Especial de Fronteira ainda na década de 1970 e foi crescendo a partir de um constante intercâmbio com a vizinha Santa Elena de Uairén no outro lado da fronteira. Foi elevado à categoria de município com o nome de Pacaraima (Lei Estadual nº 96, de 17 de outubro de 1995), em terras desmembradas do município de Boa Vista e situadas dentro da reserva indígena São Marcos, que na época ainda não estava homologada. As etnias de maior predominância na região são os Macuxi,

Wapixana e Taurepang. Segundo dados do IBGE para 2010, o município de Pacaraima contava com 5785 indígenas (355 na área urbana e 5430 na rural), numa proporção de 55,45% da população total.

Possui limites ao norte com a Venezuela; ao sul com a capital Boa Vista e Amajari; a leste com Normandia e Uiramutã e a oeste também com o município de Amajari. Distante de Boa Vista 214,8 km pela rodovia BR-174, sua área territorial é de 8.028,43km², que corresponde a 3,58 % do território de Roraima, predominando o clima tropical chuvoso com pequeno período seco e a temperatura média anual de 26°C e a precipitação pluviométrica de 1.750 mm (SEPLAN/RR, 2012).

De acordo com dados da SEPLAN (2012), o município de Pacaraima possui uma população de 10.433 habitantes em 2010 e uma densidade demográfica de 1,30 hab/km² (um dos municípios com menor densidade do Estado de Roraima). A estimativa populacional para 2012 era de 10.953 habitantes e o crescimento anual da população para o período 2000 – 2010 foi de 4,10%. A composição de homens é de 51,84% contra 48,16% de mulheres e a população residente de Pacaraima está concentrada na zona rural (60,52% em 2000, 53,33% em 2007 e 56,73% em 2010). Na tabela 4 pode-se observar a evolução do município entre os anos de 1991, 2000 e 2010 em alguns indicadores populacionais.

Tabela 4: População total, por gênero, rural/urbana e taxa de urbanização – Pacaraima/RR

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	7.399	100,00	6.990	100,00	10.433	100,00
População residente masculina	4.791	64,75	3.643	52,12	5.408	51,84
População residente feminina	2.608	35,25	3.347	47,88	5.025	48,16
População urbana	0	0,00	2.760	39,48	4.514	43,27
População rural	7.399	100,00	4.230	60,52	5.919	56,73
Taxa de Urbanização	-	0,00	-	39,48	-	43,27

Fonte: PNUD/2013

A taxa de urbanização em 2010 foi de 43,22%. No quesito estrutura etária, observa-se que em 2010 a população de Pacaraima pode ser denominada “adulta”, pois uma parcela significativa dos habitantes do município tem entre 15 a 64 anos (54,39%), seguida de

“jovens” menores de 14 anos de idade (42,61%) e de idosos com idade superior a 65 anos (3,00%).

Sua infraestrutura é composta por uma malha rodoviária de jurisdição municipal com uma extensão de 86,5 km dos quais, 37,6 km apresentam revestimento primário e 48,9 km leito natural. É oferecido à população serviço de telefonia fixa e móvel e o consumo de energia elétrica no período de 2008 a 2010 aumentou de 3.270 para 3.910 kWh, com o número de consumidores passando de 1.657 para 1.994 no período. Abastecimento de água, esgoto domiciliar e coleta de lixo são os principais problemas na infra-estrutura do município. De acordo com dados da SEPLAN/RR (2012) obtidos junto a Companhia de Águas e Esgoto de Roraima - CAER/RR - o município em 2010, possuía 1.602 domicílios ligados a rede geral de abastecimento de água através de adutora de água com captação superficial 100% tratada. Por não possuir rede de captação de esgoto, os dejetos são eliminados através de fossas sépticas (privadas higiênicas) e fossas secas na maioria das residências. As águas pluviais são escoadas por galerias, mediante as depressões laterais das ruas.

A cidade teve um crescimento desordenado e a falta de saneamento básico e abastecimento de água adequado são problemas que persistem até os dias atuais. A economia do município gira em torno comércio de fronteira e da folha de pagamento do funcionalismo público municipal e estadual, com grande dependência dos repasses de recursos dos governos estadual e federal para o custeio da máquina pública. No entanto, existe uma razoável produção agrícola (arroz, feijão, milho, mandioca, frutas, etc.) na área rural e uma razoável oferta de carne bovina para o seu entorno e também Boa Vista. Sobre a economia do município, comenta Rodrigues (2006)

Hoje, os venezuelanos também transitam freneticamente nessa fronteira com à aquisição de bens e utilização de serviços, como o de saúde e educação. Dessa forma, vários comerciantes, em maioria cearense, abriram filiais de suas matrizes de Boa Vista em Pacaraima, onde conseguiram retomar o aquecimento da economia do Estado. Portanto, esse crescimento econômico influenciou o processo migratório para a cidade de Pacaraima e depois para Santa Elena do Uairén (RODRIGUES, 2006, p. 201).

Quando se observa os indicadores sociais apresentados, o município de Pacaraima mostra os seguintes números (SEPLAN, 2012) para o ano de 2000: IDH-M – 0,718; Índice de Esperança de Vida IDH-L – 0,698; Índice de Educação IDH-E – 0,849; Índice de PIB IDH-R de 0, 607. Para o ano de 2010 encontramos os seguintes indicadores: IDH-M 0,650, IDH-

Renda 0,624, IDH- Longevidade (esperança de vida) 0,788 e IDH-Educação 0,558 (PNUD, 2013). Utilizando-se do parâmetro que municípios com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, os municípios com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e municípios com IDH-M maior que 0,800 têm desenvolvimento humano alto, Pacaraima situava-se na posição 2665 no ranking nacional em 2000, passando para a posição 3115 em 2010. Em relação aos 15 outros municípios de Roraima, Pacaraima ocupa a 4ª posição, sendo que 3 (20,00%) municípios estão em situação melhor e 12 (80,00%) municípios pior ou igual

Outro dado importante é o Índice de Gini, que mede o grau de desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita que, para o ano de 2000, foi estimado em 0,681 e em 2010 de 0,740 (SEPLAN, 2010). A renda per capita municipal foi de R\$ 218,75 em 1991, passando para R\$ 321,85 em 2000 e chegou a R\$ 321,85 em 2010 (PNUD, 2013).

Ainda segundo a SEPLAN/RR (2012), o Produto Interno Bruto – PIB do município de Pacaraima ocupa o 8º lugar no ranking do PIB dos municípios do Estado de Roraima. Já a participação da Administração Pública no PIB do município foi de 53,48% no ano de 2009, o que corresponde a aproximadamente R\$ 50 milhões. O setor agropecuário representa um importante componente da economia local, tendo como destaque a produção de arroz, mandioca, tomate, milho e banana. Na pecuária o destaque vai para o rebanho de bovinos, aves, suínos, equinos e caprinos. Para os produtos de origem animal destaca-se a produção de leite e ovos. Também possui relevância os produtos do extrativismo vegetal, tais como lenha.

Bonfim, município criado em 1983 a partir da implantação de um Pelotão Especial de Fronteira em 1960, fica a nordeste de Boa Vista, a apenas 125 km de distância por estrada asfaltada (BR-401) da capital Boa Vista. No início do século XX passado, com a criação da primeira fazenda de gado, pertencente ao ex-militar Vicente da Silva, que serviu no Forte São Joaquim, inicia-se o primeiro ciclo econômico do futuro município, o agrícola. Nos anos seguintes, até o início dos anos de 1960, vão surgindo outras fazendas de gado e os primeiros núcleos de comércio, que abasteciam Boa Vista e parte da ainda Guiana Inglesa (SEPLAN, 2010). Data desse período a construção da ligação rodoviária com Boa Vista, a BR-401, e também a instalação do 1º Pelotão Especial de Fronteira que foi marco para o desenvolvimento local em termos da infra-estrutura do município. Em 1966 ocorreu a Revolução da Independência contra a Inglaterra, surgindo a República Cooperativista da

Guiana (1970) e ocasionando grande aumento da imigração para o Brasil, provocando uma explosão demográfica em Bonfim e fortes modificações na sua dinâmica socioeconômica.

Possuindo uma área territorial de 8.095,319 km², o município de Bonfim ocupa uma área que corresponde a 3,61% do território do Estado de Roraima, limitando-se ao norte com o município de Normandia; ao sul com Caracará; a leste com a República Cooperativista da Guiana e a oeste com a capital Boa Vista e o município do Cantá. Segundo levantamento da SEPLAN/RR (2010), 21,60% do território do município são terras indígenas registradas, demarcadas ou homologadas habitadas por índios das etnias Macuxi e Wapixana. Segundo dados do IBGE para 2010, o município de Bonfim contava com 4648 indígenas (344 na área urbana e 4304 na rural), numa proporção de 42,47 % da população total. Sobre a importância da questão indígena para o município, Peiter (2005) registra que

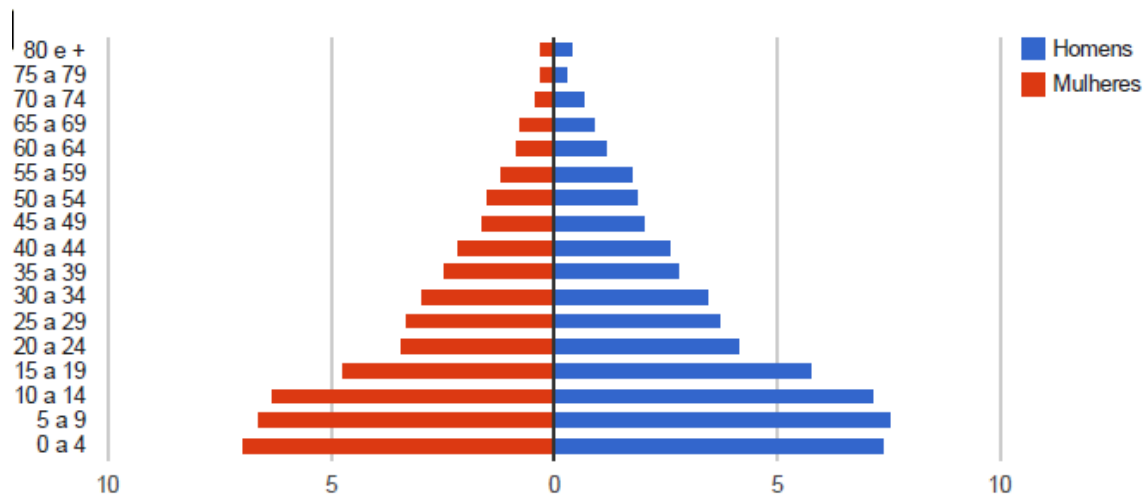
Além da sede, existem três vilas e nove malocas espalhadas pelo território municipal, sendo que a área de reservas indígenas compreende cerca de 20% do território. A população total do município é de 9.337 habitantes. A população indígena (cerca de 3.500 índios) é 37% da população municipal e circula livremente pela fronteira (PEITER, 2005, p. 355).

De acordo com dados do IBGE (2012), a população do município de Bonfim era de 10.943 habitantes em 2010, com uma densidade demográfica de 1,35 habitantes/km². Desse total, a população era composta de 5879 de homens contra 5064 de mulheres. A estimativa da população para 2012 era de 11.188 habitantes e para 2013 de 11.525 habitantes. O crescimento anual da população no período 2000-2010 registrou um aumento da ordem de 1,62 %, enquanto na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 7,01% (PNUD, 2013).

Quanto à estrutura etária, a SEPLAN (2010) apud IBGE (2007) chama a atenção que em 2007 a população do município era classificada como “adulta”, pois uma parcela significativa dos habitantes do município é de população em idade ativa entre 15 e 64 anos (53,16%), seguida de “jovens” menores de 14 anos de idade (42,91%) e de idosos com idade superior a 65 anos (3,93%). Para o ano de 2010 essa composição sofreu algumas alterações, como pode ser visualizado na Figura 6. A base da pirâmide etária do município de Bonfim continua bastante larga (indicador de população jovem) nas faixas entre 0 e 14 anos, com decréscimo acentuado e progressivo a partir da faixa dos 20 aos 24 anos. É uma população

que apresenta indicativo de envelhecimento para as próximas décadas, com consequente mudança de perfil epidemiológico.

Figura 6: Pirâmide Etária- Bonfim/RR
Distribuição por sexo, segundo grupos etários - 2010



Fonte: PNUD/2013

De acordo com os dados levantados tanto em 2000 como em 2007, a população residente de Bonfim está concentrada, predominantemente, na zona rural: 67,83% em 2000 e 64,20% em 2007, o que representa uma taxa de urbanização de 32,17%. Para o ano de 2010, o IBGE calculou a taxa de urbanização em 33,93%, o que representa uma diferença de menos de dois pontos percentuais em relação à década anterior. Na figura 5 tem-se representada a pirâmide etária do município no ano de 2010, a partir da qual se pode estimar a expectativa de vida da população e, conseqüentemente, suas condições de vida, estrutura etária, etc, para um melhor planejamento das necessidades de saúde.

A razão de dependência (população de menos de 15 anos mais a população com mais de 65 anos em relação à população economicamente ativa) passou de 94,86% para 86,20% entre 2000 e 2010 e a taxa de envelhecimento (razão entre a população com 65 ou mais e a população total) cresceu de 2,96% para 4,19% no mesmo período, quando em 1991 era de 2,67% (PNUD, 2013).

A infra-estrutura municipal também está completamente mapeada. A malha rodoviária de jurisdição Municipal apresenta uma extensão de 345 km (334,3 km com revestimento primário e 10,7 km leito natural, sendo o acesso do município à Boa Vista feito pela BR – 401 que dista 119 km completamente pavimentados. O município é servido por telefonia fixa e móvel e o consumo de energia elétrica no período de 2006 a 2008 cresceu de 2.938 kWh para 3.349 kWh, enquanto que o número de consumidores passou de 1.017 para 1.156 (SEPLAN, 2010). De acordo com dados fornecidos pela CAER/RR para o município de Bonfim, em 2009, 1.006 domicílios encontravam-se ligados a rede geral de abastecimento de água e havia registro de um aterro sanitário para deposição adequada do lixo. Em relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, Bonfim registra no ano de 2009 para “Anos Iniciais do Ensino Fundamental Estadual e Municipal” e “Anos Finais do Ensino Fundamental Estadual e Municipal” índices de 3,5 e 3,5, respectivamente.

Na dimensão indicadores sociais, o município do Bonfim apresenta os seguintes números (SEPLAN, 2010) para o ano de 2000: IDH-M – 0,655; Índice de Esperança de Vida IDH-L – 0,651; Índice de Educação IDH-E – 0,785; Índice de PIB IDH-R – 0, 527. Para 2010, segundo dados do PNUD (2013), o IDH-M apurado foi de 0,626, o IDH Renda 0, 579, o IDH – L 0,809 e o IDH-E de 0,509.

Utilizando-se do parâmetro que municípios com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, os municípios com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e municípios com IDH-M maior que 0,800 têm desenvolvimento humano alto, o Bonfim situava-se na posição 3697 no ranking nacional no ano 2000, passando para a posição 3561 em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 3560 (63,97%) municípios estão em situação melhor e 2.005 (36,03%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 15 outros municípios de Roraima, Bonfim ocupa a 7ª posição, sendo que 6 (40,00%) municípios estão em situação melhor e 9 (60,00%) municípios estão em situação pior ou igual.

O IDH-M sofreu pequena queda em relação ao ano de 2000, mas entre 2000 e 2010, houve crescimento em termos absolutos no IDH Educação (com crescimento de 0,240), seguida por Longevidade e por Renda. Segundo o PNUD(2013), o Bonfim teve um incremento no seu IDHM de 84,12% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47%) e também acima da média de crescimento estadual (54%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite

máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 43,33% entre 1991 e 2010. Outro dado importante é o Índice de Gini, que mede o grau de desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita que, para o ano de 2000, foi estimado em 0,551, colocando o município em último lugar entre todas as cidades do Estado (SEPLAN, 2010), mas que em 2010 atingiu 0,730.

Tanto Bonfim quanto Pacaraima são considerados municípios de pequeno porte (pouco mais de dez mil habitantes), com estrutura assistencial do SUS predominantemente de atenção básica. O número de unidades básicas de saúde (UBS) é pequeno (principalmente em Bonfim), mas ambos os municípios possuem Hospital embora com poucos leitos disponíveis. Quase todos os programas do Ministério de Saúde já se encontram implantados e funcionando, destacando-se o Programa de Saúde da Família. Os casos de maior complexidade e que exigem assistência especializada são deslocados para Boa Vista.

É importante chamar a atenção sobre a própria situação da saúde encontrada no Estado de Roraima. Segundo dados do TCU (2013), o Estado de Roraima não utiliza indicadores sobre o atendimento em seus hospitais públicos tanto da capital quanto das cidades do interior, sendo bastante reduzida a participação da iniciativa privada na oferta de bens e serviços de saúde. Apenas quatro hospitais compõem a rede particular de saúde (todos localizados na capital Boa Vista), colocando o nosso estado como detentor do menor percentual de leitos ofertados nessa modalidade em todo o Brasil.

A gravidade da situação adquire contornos mais nítidos ao observarmos o crescimento populacional de Roraima que, segundo o IBGE apud TCU (2013), é o segundo com maior expansão da população nos últimos dois decênios. Dados extraídos do IDB 2009 e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES apontam uma diminuição da proporção de leitos por habitantes em Roraima, onde em 2003 havia 2,42 leitos para cada 1.000 habitantes, chegou a 1,72 leitos por 1.000 habitantes em 2010. Parâmetros estabelecidos através da Portaria nº 1.101 GM-MS, de 12/06/2002, indicam uma necessidade entre 2,5 e 3 leitos para cada 1.000 habitantes, o que coloca Roraima como o 3º pior do país dentre todas as unidades da federação no tocante à disponibilidade de leitos.

Há grande sobrecarga de pacientes tanto no Hospital Geral de Roraima quanto no Hospital Coronel Mota, ambos na capital Boa Vista. O relatório do TCU (2013) aponta como causa dessa sobrecarga, segundo os próprios profissionais de saúde entrevistados, o fracasso

do Programa “Estratégia de Saúde da Família” no estado de Roraima. Tanto na capital quanto no interior o programa não funciona satisfatoriamente, acarretando um grande fluxo de pacientes aos hospitais da capital (principalmente para o Hospital Geral de Roraima - HGR) devido à cultura hospitalocêntrica dominante e ineficiência nas ações de prevenção de doenças e outros agravos. Outro fator que contribui para um elevado fluxo de pacientes para o HGR é o fato de os Hospitais de Pacaraima e Rorainópolis (unidades de referência do interior) não possuírem a resolutividade necessária para atender adequadamente os pacientes que ali buscam assistência.

Parte da demanda excessiva do HGR é formada por venezuelanos residentes na cidade fronteiriça de Santa Elena de Uairén e outras localidades do Estado Bolívar (Venezuela) e de moradores da cidade de Lethem e adjacências (República Cooperativista da Guiana). Em sua maioria são usuários em situação de urgência/emergência ou em busca de atendimento especializado, por não receberem o atendimento médico nas unidades do interior. Os deslocamentos em busca de assistência em Boa Vista ocorrem, quase sempre, às custas dos usuários, mas também através de transporte disponibilizado pelas prefeituras do interior.

Em trabalho publicado em 2009, Batista cita números bem significativos da magnitude do atendimento a estrangeiros realizados em Pacaraima e Boa Vista no ano de 2007. Por força de acordos dos governantes estaduais, temos o registro de atendimento a estrangeiros (venezuelanos) em unidades de saúde de Pacaraima abrangendo atendimentos médicos, internações, vacinações, fornecimento de medicamentos, etc. Para o ano de 2007 (SESAU/RR apud BATISTA) foram realizados 310 atendimentos médicos (clínica médica e pediátrica), 27 internações e mais de 85 mil vacinações no posto da ANVISA em Pacaraima (2001 – 2007).

Dados sobre saúde em Roraima apresentam quase sempre números que requerem atenção. Observando o relatório de situação para o ano de 2010 emitido pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011), temos para Roraima 19.055 casos autóctones de malária, o equivalente a 5,9% dos casos da Amazônia Brasileira com um aumento em relação ao ano anterior de 40,8%. Só os municípios do Cantá, Caracarai, Amajari, Alto Alegre e Rorainópolis contribuíram com 80% das notificações por malária na Amazônia Legal, além de Bonfim, Mucajai, Pacaraima, Iracema e São João da Baliza que também apresentaram Índice Parasitário Anual (IPA) ≥ 50 /mil habitantes. Segundo o mesmo relatório, os cinco municípios do Estado que apresentaram o maior número de casos de AIDS acumulados até junho de 2010 foram: Boa Vista (969), Bonfim (23), Mucajai (11), Caracarai

(10) e São João da Baliza (7). Mais uma vez aparece em destaque negativo um dos municípios estudados com números bastante desfavoráveis na saúde.

A situação de saúde dos municípios estudados será estimada com a análise de alguns parâmetros utilizados internacionalmente na identificação das condições de vida e saúde de populações. O objetivo é fazer análises comparativas temporais da situação nos municípios estudados fazendo analogias entre as informações coletadas antes da adesão ao SIS-Fronteiras até a atualidade. Foram selecionados indicadores demográficos (população total, grau de urbanização, proporção de menores de 5 anos na população, proporção de idosos na população e esperança de vida ao nascer), indicadores socioeconômicos (taxa de analfabetismo e proporção de pobres), indicadores epidemiológicos (mortalidade infantil) e de cobertura de serviço (cobertura de esgotamento sanitário e de água tratada). Também foram comparados os últimos IDH apurados dos municípios, bem como o índice de Gini.

Esperança de vida ao nascer indica o número de anos de vida que uma pessoa espera viver se mantidas todas as taxas de mortalidade idênticas ao que eram naquela data. É um indicador da situação de saúde, pois reflete (mesmo de forma indireta) as condições de vida, acesso, qualidade e cobertura dos serviços de saúde. A taxa de mortalidade infantil é um indicador que reflete as condições de vida de uma população dado que a criança é extremamente sensível às condições ambientais, incluindo-se aí fatores relacionados à atenção dos serviços básicos de saúde.

4.2 Percurso metodológico

Inicialmente se procedeu ao levantamento e análise da literatura disponível sobre saúde nas fronteiras, documentos oficiais produzidos, acordos firmados e pareceres técnicos emitidos. O trabalho de pesquisa procurou levantar os instrumentos legais já produzidos sobre a questão da saúde nas fronteiras em geral e das fronteiras de Roraima em particular, procurando descobrir as pressões sofridas sobre a estrutura de saúde dos municípios de Bonfim e Pacaraima, a demanda efetiva de saúde desses municípios e as saídas encontradas (formal e informalmente) para financiar os sistemas e mantê-los operantes.

Também foi feito um levantamento sobre as características geográficas, sócio-demográficas, epidemiológicas e da organização e oferta de serviços de saúde dos municípios investigados. Buscou-se delimitar os indicadores de saúde locais, entendidos como

parâmetros utilizados na identificação das condições de vida e saúde de uma população, sendo utilizados para subsidiar o planejamento e a gestão das ações em saúde. Foram escolhidos alguns dos indicadores mais comumente utilizados na tarefa de avaliação da saúde e procedeu-se a uma análise da evolução dos mesmos num lapso temporal situado entre a década de 1990 e a atualidade. Os dados foram colhidos em publicações e bancos de dados de instituições públicas, ONGs, instituições acadêmicas e outras representantes da sociedade civil.

O trabalho de campo realizado consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas (anexo 2) com autoridades da área de saúde dos municípios estudados, buscando uma melhor compreensão da realidade local. Foram colhidas opiniões e informações com secretários municipais de saúde e gerentes de unidades de saúde brasileiras. As informações levantadas nas entrevistas disseram respeito aos serviços oferecidos na área da saúde, ações demandadas pela população fronteiriça, mecanismos formais e informais para acesso aos serviços por estrangeiros, estratégias de resposta de gestores às pressões por atendimento e financiamento dos serviços e acordos locais com gestores das localidades fronteiriças estrangeiras. Foram aplicadas em visitas aos municípios estudados no período de novembro e dezembro de 2013, com gravação das mesmas e anotações feitas pelo entrevistador. Foi solicitado aos entrevistados permissão para divulgação da sua identidade/cargo ocupado e do conteúdo das entrevistas.

Buscou-se levantar a sistemática de implantação do Projeto SIS-Fronteiras no Estado de Roraima, particularmente nos municípios de Bonfim e Pacaraima, as ações por ele já desencadeadas, as mudanças na estrutura de saúde e as possíveis melhorias na situação de saúde da população desses municípios.

5 SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE BONFIM E PACARAIMA

A chamada gestão plena do sistema de saúde, definido pelo Ministério da Saúde, aumentou as responsabilidades das prefeituras municipais com a efetividade dos cuidados em saúde. Os municípios em tal situação se responsabilizam pelas ações e serviços de saúde em todo o seu território, o que aumenta a complexidade e exige mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações. No Estado de Roraima, nem Bonfim nem Pacaraima estão em regime de gestão plena, dividindo a responsabilidade das ações de saúde com o Governo Estadual e sendo responsáveis pelas ações da atenção básica.

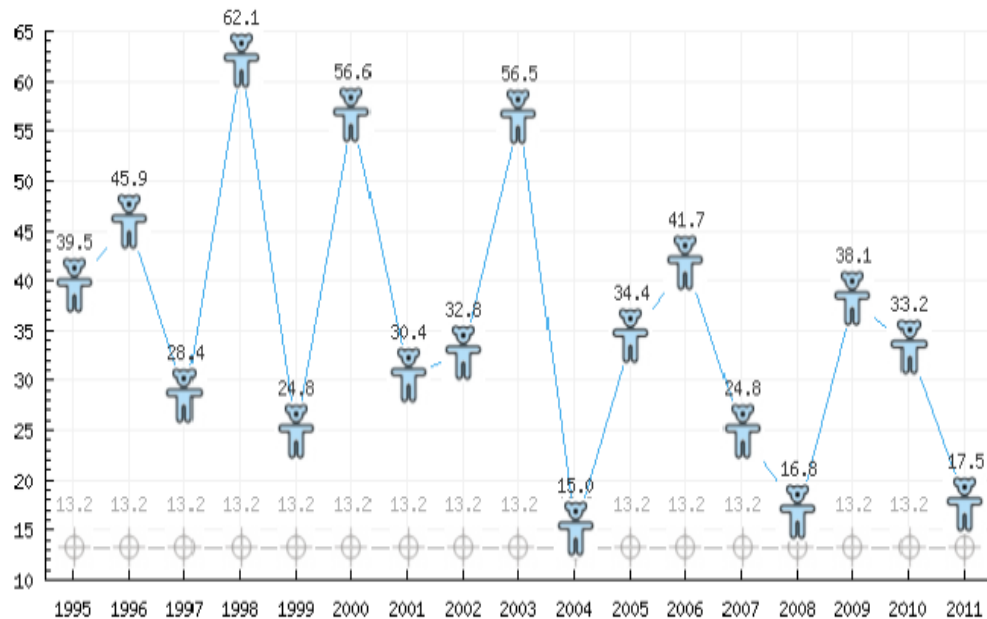
5.1 Situação de Saúde em Bonfim

Bonfim pode ter sua situação de saúde traçada a partir da análise de alguns indicadores já sistematizados em bancos de dados oficiais e de outras instituições que fazem levantamento de dados econômicos, sociais e das condições de vida nos municípios brasileiros. O primeiro item a ser analisado diz respeito às taxas de crescimento populacional registradas nas últimas décadas para o município que passou de 7,01% no período 1991/2000 para 1,61% de aumento na taxa média de crescimento populacional entre 2000 e 2010, a maior queda registrada no Estado. Para Roraima as taxas foram de 1,05% (1991-2000) e 1,03% (2000-2010), enquanto a nível de Brasil foram registrados 1,02% e 1,01% para os mesmos períodos. Sua taxa de urbanização nas duas últimas décadas cresceu 40,76%, passando de 24,09 % em 1991 para 33,91% em 2010. A proporção de menores de 5 anos na população permaneceu quase inalterada na última década e a proporção de idosos (60 anos e mais) que era de 2,68 (em 1991), passou para 2,95% (em 2000), chegando a 4,19% em 2010 (IBGE, 2012).

A esperança de vida ao nascer, indicador utilizado para dimensionar a longevidade no IDH-M, foi estimada em 60,4 anos (para 1991), passando para 66,9 anos (em 2000) e chegando a 73,5 anos em 2010, o que representou um aumento de 13,1 anos nas duas últimas décadas. Os números do município são bastante aproximados dos apresentados pelo Estado de Roraima (73,5 anos) e pelo Brasil (73,9 anos) em 2010. A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Bonfim sofreu redução de 49% só na última década, passando de 32,2 por mil nascidos vivos em 2000 para 16,1 por mil nascidos vivos em 2010, já abaixo dos parâmetros estabelecidos pela ONU para o ano de 2015 (PNUD, 2013).

Os dados da mortalidade infantil no município apresenta variações periódicas que merecem uma maior atenção. Veja na figura 7 a série histórica do período 1995/2011 (ODM,2013).

Figura 7 – Série histórica da mortalidade em menores de 5 anos – Bonfim /RR



Fonte:ODM/2013

Quanto à assistência à gestante, o Ministério da Saúde recomenda pelo menos seis consultas de pré-natal durante a gravidez. Bonfim apresenta números informando que 11,2% dos partos realizados foram de mães sem nenhum acompanhamento pré-natal e só 20,3% com gestantes que receberam 7 ou mais consultas durante o ano de 2011. Também para esse mesmo ano, cerca de 78,0% dos nascidos vivos foram acompanhados por profissionais qualificados de saúde, índice semelhante ao de Pacaraima. (ODM, 2013)

O número de nascidos vivos em 2010 foi de 241 e a mortalidade atingiu 44 casos para o mesmo ano, com um Coeficiente de Mortalidade Geral de 4,0. Vale ressaltar que uma das medidas mais eficazes de combate à mortalidade infantil é a sistemática imunização contra doenças infecto contagiosas. Bonfim, no ano de 2012, apresentou um índice de 96,4% de crianças menores de um ano com imunização em dia. Na figura 8 encontramos uma série histórica de indicadores da atenção básica no município, no período 2004 – 2009, importantes índices da situação de saúde de uma população.

Figura 8 – Indicadores da Atenção Básica - Bonfim/RR

2004 -2009

Ano	Modelo de Atenção	População coberta ⁽¹⁾	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família ⁽²⁾	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia ⁽²⁾	% de crianças c/aleit. materno exclusivo ⁽²⁾	% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽²⁾	Taxa mortalidade infantil por diarreia ⁽³⁾	Prevalência de desnutrição ⁽⁴⁾
2004	PACS	-	-	0,15	99,1	71,1	86,1	-	2,0
	PSF	4.093	35,7	0,37	93,7	75,1	89,4	-	1,9
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.093	35,7	0,35	94,2	74,6	89,1	-	1,9
2005	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.282	33,9	0,36	91,8	67,4	89,4	-	1,5
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.282	33,9	0,36	91,8	67,4	89,4	-	1,5
2006	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	5.411	40,9	0,34	93,5	75,4	85,0	-	1,4
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	5.411	40,9	0,34	93,5	75,4	85,0	-	1,4
2007	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	5.341	38,7	0,28	93,8	73,6	84,6	-	2,5
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	5.341	38,7	0,28	93,8	73,6	84,6	-	2,5
2008	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	5.618	53,0	0,36	95,0	82,6	87,5	26,3	0,7
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	5.618	53,0	0,36	95,0	82,6	87,5	26,3	0,7
2009	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	7.550	70,4	0,39	95,2	83,1	93,0	-	0,8
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	7.550	70,4	0,39	95,2	83,1	93,0	-	0,8

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.

No tocante à estrutura de saúde, Bonfim a registra a ocorrência de 20 leitos hospitalares (sendo 13 clínicos, 2 obstétricos, 4 pediátricos e um complementar) em uma única unidade de saúde cadastrada no Sistema Único de Saúde em 2010 e mantida pelo executivo estadual (SEPLAN, 2012). Possui, além do Hospital Pedro Álvaro Rodrigues, outros 12 estabelecimentos públicos de saúde, sendo 03 Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 07 Postos de Saúde e 02 Unidades de Atenção à Saúde Indígena.

A evolução da qualidade do atendimento prestado ao recém-nascido no município do Bonfim pode ser sentida através do gráfico (ver figura 14) da proporção de crianças desnutridas no período 1999 – 2012. A queda inicia de forma mais incisiva com a implantação da estratégia de saúde da família no Município que passou de 35,7% de cobertura da população em 2004 para uma cobertura de 70,4% em 2009, alcançando para aquele ano 95,2% de crianças com esquema vacinal básico em dia. Também são números positivos em se tratando da saúde da criança o percentual de 83,1% das famílias acompanhadas no PSF de crianças com aleitamento materno exclusivo (DATASUS, 2010)

Bonfim ainda não é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e desenvolve os seguintes programas: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Programa de Imunização, Atendimento Odontológico Básico, Hanseníase, Tuberculose e Hiperdia. Em março de 2012 a CIB aprovou por pactuação a implantação e cadastramento de um Centro de Atenção Psicossocial, modalidade I – CAPS I no município de Bonfim junto ao Ministério da Saúde. Os CAPS são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e cumprem a função no atendimento público em saúde mental, devendo estar capacitados para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. O CAPS I possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, caso de Bonfim, cuja população está acima de 10 mil habitantes. As principais morbidades causadoras de internações no hospital local podem ser visualizadas na tabela 5, que traz as principais causas de internação no ano de 2009 segundo o DATASUS (2010).

Tabela5 -Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária em Bonfim/RR – 2009.

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	42,2	34,2	33,3	21,9	9,7	9,1	25,0	9,1	9,1	18,6
II. Neoplasias (tumores)	-	-	3,3	-	2,9	0,4	-	4,5	3,6	1,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunítar	-	-	3,3	-	1,0	0,7	-	-	-	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,6	2,7	-	-	1,0	2,2	4,5	6,8	7,3	2,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	0,1
VI. Doenças do sistema nervoso	-	2,7	-	-	-	0,7	-	-	-	0,6
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	1,4	3,3	3,1	-	1,1	13,6	25,0	27,3	3,4
X. Doenças do aparelho respiratório	30,1	38,4	20,0	-	2,9	2,6	15,9	34,1	36,4	13,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	1,4	6,7	9,4	1,0	6,9	11,4	2,3	1,8	4,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4,8	6,8	6,7	-	1,9	2,9	4,5	2,3	1,8	3,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	0,7	4,5	-	-	0,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	2,7	3,3	3,1	5,8	4,0	6,8	11,4	9,1	4,2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	28,1	64,1	54,4	-	-	-	32,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13,3	1,4	-	-	-	-	-	-	-	1,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3,6	1,4	-	-	-	-	-	-	-	0,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	-	-	-	-	2,3	1,8	0,1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2,4	5,5	16,7	28,1	7,8	5,8	13,6	2,3	1,8	7,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	1,4	3,3	6,3	1,9	8,0	-	-	-	4,1
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DATASUS (2010)

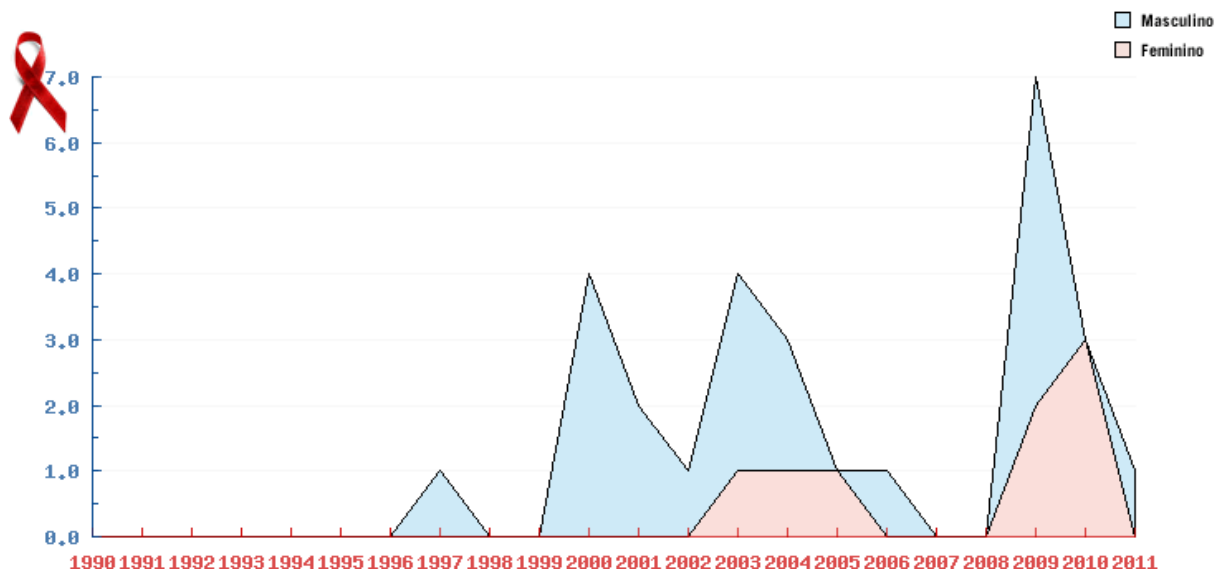
Ao analisar-se a tabela apresentada, nota-se que as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório estão entre as maiores causas de internação para todas as

faixas etárias. Também são altos os números de internações decorrentes de gravidez, parto e puerpério a partir dos 10/14 anos de idade. Esses números indicam que Bonfim apresenta condições inadequadas para obtenção de uma boa qualidade de vida a sua população.

Por estar localizado na fronteira com a Guiana Inglesa, Bonfim possui como uma de suas características ser local de grande trânsito de pessoas e produtos, tornando-se porta de entrada das morbidades que podem por em risco a saúde da sua população. Há grande mobilidade entre as populações do município e da cidade de Lethem, o que aumenta a demanda dos serviços de saúde.

Chama também bastante a atenção os números da AIDS/HIV apresentados na série histórica pelo município do Bonfim. Na figura 9 encontramos os números da AIDS para o município até 2011 (ODM, 2013).

Figura 9 – Número de casos de AIDS registrados por ano de diagnóstico, segundo gênero em Bonfim/RR – 1990/2011



Fonte: Portal ODM/2013

Dados do Ministério da Saúde colocam o Estado de Roraima como um dos que apresentam maior incidência de AIDS no Brasil nesta última década. A nível do país, o Estado de Roraima perde apenas para o Rio Grande do Sul e Santa Catarina, mas é o primeiro colocado entre os estados da região norte, com uma incidência da doença de 30,9 casos por 100 mil habitantes (BRASIL/MS, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a região norte foi a que apresentou maior aumento na incidência da doença entre todas as regiões brasileiras, passando de 7 para 20 casos por 100

mil habitantes desde o registro do início da doença no Brasil. A capital Boa Vista lidera a quantidade de casos em Roraima (com mais da metade dos casos registrados) e entre os municípios do interior encontramos Mucajaí, Rorainópolis e Bonfim.

Em 2010, 39,08% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 22,43% o ensino médio. Aqui também encontramos as taxas de analfabetismo influenciadas pelas gerações mais velhas. A taxa passou de 39,4% em 1991 para 30,5% em 2000, chegando a 17,5% em 2010 (PNUD, 2013). No quesito renda, pobreza e desigualdade, temos os seguintes números:

- a) Renda per capita: R\$ 202,84 (1991), R\$ 192,73 (2000) e R\$ 329,22 (2010);
- b) % de extremamente pobres (proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010): 42,68% (1991), 29,40% (2000) e 34,94% (2010);
- c) % de pobres: 63,48% (1991), 58,92% (2000) e 54,19% (2010).

A distribuição de renda no município é extremamente desigual, com os 20% mais pobres com 0,39% e os 20% mais ricos com 73,64% para o ano de 2010. A população economicamente ativa é de 3.943 pessoas, o equivalente a 42,2% da população total (PNUD, 2013).

Tanto o abastecimento de água tratada, quanto o esgoto domiciliar e a coleta de lixo, são bons indicadores da qualidade de vida de uma população. Segundo dados da ODM, Bonfim registrava que 38,9% dos moradores tinham acesso à rede geral de água e 35,9% possuía formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas no ano de 2010 (SEPLAN, 2012).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, Bonfim no ano de 2011 para “Anos Iniciais” e “Anos Finais do Ensino Fundamental Estadual e Municipal” apresentou respectivamente índices de 3,9 e 3,5 (ODM, 2013), estando na posição 4003 entre os municípios brasileiros quando avaliados os estudantes da 4^a série e na posição 3379, quando comparado com alunos da 8^a série.

Ainda segundo a SEPLAN/RR (2010), o Produto Interno Bruto (PIB) do município de Bonfim ocupa o 7º lugar no ranking do PIB dos municípios do Estado de Roraima. Já a participação da Administração Pública no PIB do município foi de 57,57 % no ano de 2008, o que corresponde a aproximadamente R\$ 96 milhões. O setor agropecuário representa um importante componente da economia local, tendo como destaque a produção de arroz, soja, milho, melancia e mandioca. Na pecuária o destaque vai para o rebanho de bovinos, aves,

suínos, eqüinos e caprinos. Para os produtos de origem animal destaca-se a produção de mel, leite e ovos. Também possui relevância os produtos do extrativismo vegetal, tais como lenha, madeira em tora e carvão vegetal.

Bonfim, como todos os municípios do Estado, sobrevive de repasses do Governo Federal através do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e de verbas de emendas parlamentares ou de convênios com Estado e União. A arrecadação no município é pequena e a criação da Zona de Livre Comércio no município nunca se efetivou, ficando a prefeitura refém de recursos sempre limitados. Parte da população vive de fundos assistenciais, outros de atividades primárias, alguns em torno do funcionalismo público e alguns poucos são empregados do comércio em Lethem, na Guiana. A dinâmica entre as duas cidades é tão intensa que foi registrada por Silva (2005) da seguinte forma

Mas, sem dúvida, a expressão maior da presença guianense no Brasil é a cidade de Bonfim, localizada na fronteira com a Guiana, perto de Lethem. Nem a prefeitura do município sabe ao certo quantos eles são; só se sabe que são muitos, fazendo a língua inglesa disputar com a portuguesa a que é mais falada (SILVA, 2005, p.135)

Separadas apenas pelo rio Tacutu e unidas por uma ponte inaugurada no final do Governo Luiz Inácio da Silva, as cidades de Bonfim e Lethem vivem uma situação de intensa interação. Historicamente essa relação é marcada por um constante fluxo garimpeiro do Brasil para a Guiana, mas, nos últimos anos, com a implantação de uma zona de livre comércio em Lethem, muitos brasileiros acorrem àquela localidade para adquirir produtos importados principalmente da China. No sentido inverso existe um fluxo de guianenses em busca de oportunidades de trabalho em Boa Vista e serviços na área de saúde, pois os doentes que precisam de cuidados especiais são deslocados para Georgetown ou Boa Vista. É impossível, portanto, dissociar a situação de saúde na cidade brasileira sem levar em consideração o que ocorre do outro lado da fronteira.

5.2 A Saúde na República Cooperativista da Guiana

A Guiana, antes conhecida como Guiana Inglesa, (oficialmente República Cooperativista da Guiana) é um país localizado na porção norte da América do Sul, cujas fronteiras limitam com Venezuela, Brasil e Suriname. Ficou independente do Reino Unido em 1966 e tornou-se república em 1970. É estado-membro da Commonwealth e também faz parte

da Comunidade do Caribe (CARICOM) e é membro pleno da União de Nações Sulamericanas (UNASUL).

Segundo dados de Giovanella et al (2012), a população da Guiana, de acordo com o último censo populacional de 2002 é de 751.223 habitantes, sendo projetado para 2010 uma estimativa de 784.894 habitantes. A densidade populacional do país é baixa (menos de 4 habitantes por km²) e muito mal distribuída pois a maioria vive numa larga e estreita faixa costeira (10% da área total do país) com características de centro agrícola, comercial e industrial onde encontramos uma densidade de 115 habitantes por km².

Seu território é formado por uma superfície de 215.000 km² que compõe dez regiões administrativas, limitando-se com Brasil, Venezuela e Suriname. Essa grande região situada longe do litoral é pouco povoada (9,4% da população total) e caracterizada por possuir uma infraestrutura sanitária limitada que se reflete no baixo acesso da população à atenção médica e outros serviços essenciais, puxando para baixo indicadores utilizados na mensuração do nível de desenvolvimento do país.

De acordo com a Constituição da República Cooperativista da Guiana no seu Capítulo 1 - artigo 24, o acesso à saúde e assistência médica é um direito fundamental de todos os guianenses. A Estrutura e Organização do Sistema de Saúde é responsabilidade do Ministério da Saúde que presta serviços diretamente através de um Pacote de Serviços com Garantia Pública, em colaboração com os dez departamentos regionais de saúde dos Conselhos Democráticos Regionais Subnacionais, a Georgetown Public Hospital Corporation e as autoridades regionais de saúde (GIOVANELLA, 2012). Sobre o sistema de saúde vigente na Guiana, Giovanella et al (2012) destaca

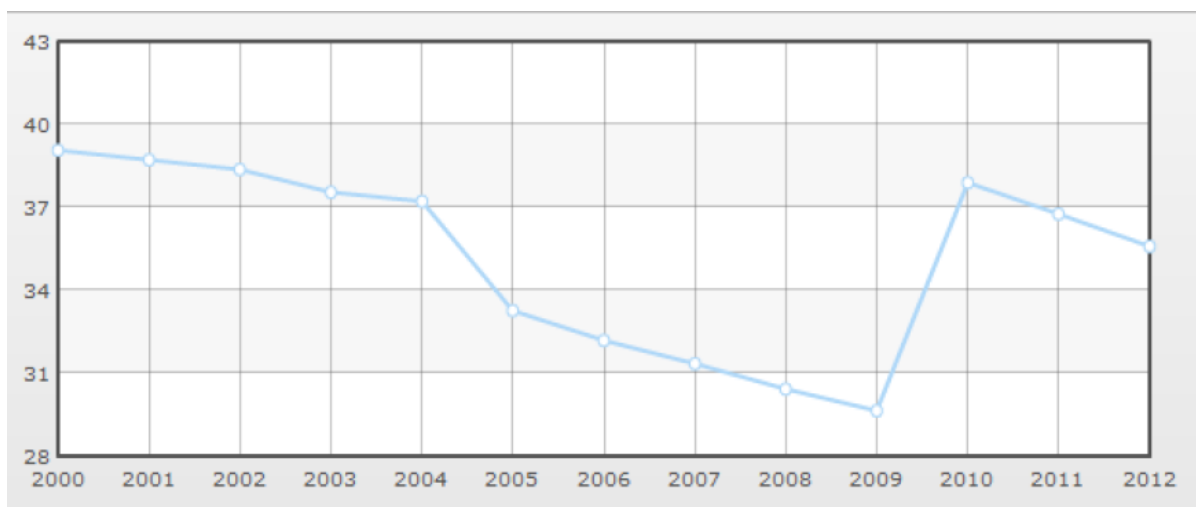
El sistema de salud de Guyana está altamente descentralizado y La responsabilidad de financiar, dirigir y proveer servicios sanitarios recae sobre El Ministerio Del Gobierno Local y Desarrollo Regional, quien actúa a nivel regional a través de los Consejos Democráticos Regionales y las Autoridades de Salud Regionales. Guyana está dividida en diez regiones de salud que proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Conjuntamente, estas regiones comprenden un total de 375 centros de salud distribuidos en cinco niveles asistenciales (GIOVANELLA et al, 2012, p. 525).

Em matéria de financiamento, a maior parte dos recursos do setor saúde é obtida através do recolhimento de impostos e das contribuições para a seguridade social, sendo que a

maioria dos gastos do setor (aproximadamente 40% entre 2007-2009) está relacionado com serviços primários de saúde, serviços hospitalares e custos administrativos dos ministérios e das regionais.

A taxa de crianças menores de 5 anos abaixo do peso normal é de 10,8% (2007) e a mortalidade infantil para o ano de 2012 passa de 35 por mil nascidos vivos. Na figura 10 é possível visualizar-se a progressão da mortalidade infantil no país.

Figura 10 - Taxa de mortalidade infantil (mortes/1.000 nascimentos) - Guiana



Fonte: .Index Mundi/2013

A pouca disponibilidade de pessoal qualificado é uma das principais problemas encontrados no sistema público de saúde, o que pode ser visualizado no grande número de trabalhadores estrangeiros encontrado em algumas especialidades. De forma geral, as taxas de inexistência de profissionais no setor público de saúde se situam entre 25 e 50% na maioria das categorias (Giovannella et al, 2012), situação que se agrava quando se leva em consideração as taxas das regiões mais afastadas da faixa litorânea.

Sua rede de cuidados de saúde apresenta sérias limitações, principalmente no interior do país. É considerado um país de risco para a febre amarela, sendo dengue e malária morbidades comuns no país. É um país com baixos indicadores de saúde, com situação mais preocupante nas localidades mais distantes da sua faixa litorânea. De acordo com o site Index Mundi (2013), na Guiana encontramos 0,48 médicos por mil habitantes (2000) e 1,9 leitos por mil habitantes (2007), índices piores que os do Brasil, mas melhores que os encontrados na Venezuela.

A taxa de incidência de AIDS na população adulta é de 1,2% (2009) e a expectativa de vida no nascimento para a população total é 67,39 anos (2011). Os gastos com saúde foram de 6,1% do PIB (2009) o que é considerado baixo (INDEX MUNDI, 2013).

Observando-se a série histórica da mortalidade infantil, notamos uma forte queda na taxa no período de 2000 a 2009, com um aumento considerável a partir daí. Provavelmente esse aumento é decorrente da queda na qualidade dos serviços de saúde disponibilizados à população e do baixo investimento no setor.

5.3 Situação de Saúde em Pacaraima

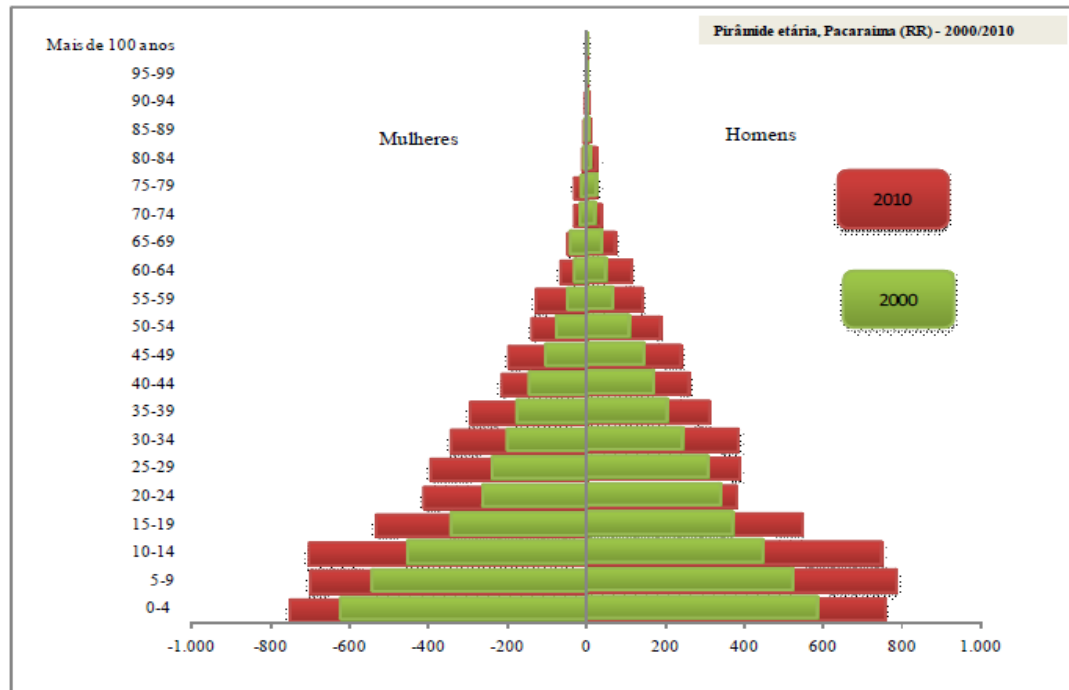
Uma estimativa da situação de saúde da cidade de Pacaraima pode ser traçada a partir de alguns indicadores já sistematizados em bancos de dados oficiais e de outras instituições que fazem levantamento de dados econômicos, sociais e das condições de vida nos municípios brasileiros.

O primeiro item a ser analisado diz respeito às taxas de crescimento populacional registradas nas últimas décadas para o município que passou de - 0,63% no período 1991/2000 para 4,09 % de aumento na taxa média de crescimento populacional entre 2000 e 2010. Como se pode observar, esses números estão muito além das taxas registradas para o Estado de Roraima (1,03%) e para o País (1,01%) na última década, podendo parte deste aumento ser devido a correntes migratórias.

Apesar de não ter sido detectado crescimento na taxa de urbanização (0.00%), como veremos mais adiante, praticamente não foram registrados acréscimos na estrutura de saúde do município no mesmo período, nem na área rural nem na área urbana da cidade. A proporção de menores de 5 anos de idade na população era de 17,28% para o ano de 2000 e a proporção de idosos (60 anos e mais) era de 3,91% naquele mesmo ano. Para 2010 os números encontrados foram de 17,3% e 4,7%, respectivamente para os indicadores estudados (IBGE, 2012).

Na figura 11 encontramos sobrepostas as pirâmides populacionais do município de Pacaraima, por sexo, para os anos de 2000 e 2010, segundos dados do IBGE apud SEPLAN (2012).

Figura 11 – Pirâmide populacional do Município de Pacaraima – RR em 2000/2010



Fonte: SEPLAN/2012

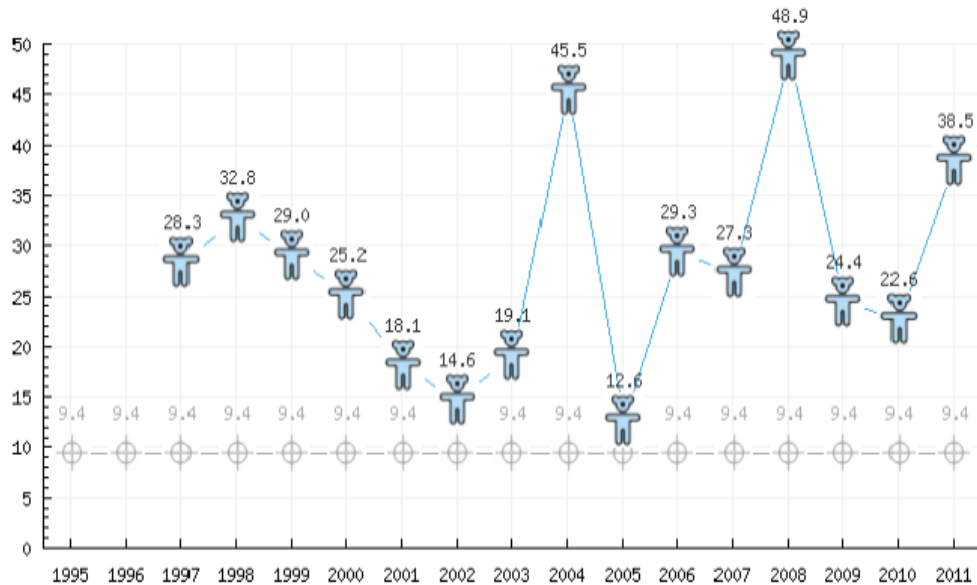
O número de nascidos vivos em 2010 foi de 265 e a mortalidade atingiu 43 casos para o mesmo ano, com um Coeficiente de Mortalidade Geral de 4,1. Outro dado importante, agora para o ano de 2012, informa que 95,0% das crianças menores de um ano se encontravam com a carteira de vacinação em dia. Esse número indica a efetividade das ações de imunização no município e devem provocar queda em algumas das taxas de morbidade e mortalidade num futuro próximo.

A esperança de vida ao nascer foi calculada em 63,69 (para o ano de 1991), 68,47 (para 2000) e 72,29 (para 2010). A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Pacaraima reduziu 31%, passando de 27,6 por mil nascidos vivos em 2000 para 19,0 por mil nascidos vivos em 2010 (PNUD, 2013). Outro número positivo é observado na assistência à gestante. Registrou-se a informação que 4,2% dos partos realizados foram de mães sem nenhum acompanhamento pré-natal e só 33,6% com gestantes que receberam 7 ou mais consultas durante o ano de 2011 (conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde). Também para esse mesmo ano, cerca de 79,0% dos nascidos vivos foram acompanhados por profissionais qualificados de saúde (ODM, 2011).

Na figura 12 encontram-se os números relativos a mortalidade em menores de 5 anos no período 1995/2011.

Figura 12 – Série histórica da mortalidade em menores de 5 anos – Pacaraima/RR

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2011



Fonte:ODM/2013

Os números mostram forte queda até o início da última década, seguido de mudanças bruscas nos quantitativos apurados, colocando o município por vezes fora das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Tal situação provavelmente deve-se a dificuldades nos programas de assistência às crianças nos anos de 2004, 2008 e 2011.

No tocante à saúde, Pacaraima registra a ocorrência de 29 leitos hospitalares (sendo 14 clínicos, 5 obstétricos, 9 pediátricos e um complementar) em uma única unidade de saúde cadastrada no Sistema Único de Saúde em 2010 e mantida pelo executivo estadual (SEPLAN, 2012), possuindo, no total, 9 estabelecimentos de saúde ligados ao SUS. Segundo dados do CNES, para 2009, Pacaraima dispunha, para atendimentos no SUS, de profissionais médicos (18), dentistas (9), enfermeiros (7), fisioterapeutas (2), nutricionistas (2), farmacêuticos (3), psicólogos (3), auxiliar de enfermagem (21) e técnico de enfermagem (12).

Em 2010, 49,73% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 31,20% o ensino médio. As taxas de analfabetismo, no entanto, ainda estão bastante influenciadas pelo peso das gerações mais velhas. A taxa passou de 30,7% em

1991 para 19,7% em 2000, chegando a 13,4% em 2010 (PNUD, 2013). No quesito renda, pobreza e desigualdade, temos os seguintes números:

- a) Renda per capita: R\$ 218,75 (1991), R\$ 321,85 (2000) e R\$ 388,35 (2010);
- b) % de extremamente pobres (proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010): 39,15% (1991), 33,73% (2000) e 39,16% (2010);
- c) % de pobres: 52,60% (1991), 50,65% (2000) e 51,71% (2010).

A distribuição de renda no município é extremamente desigual, com os 20% mais pobres com 0,15% e os 20% mais ricos com 75,74% (PNUD, 2013).

Tanto o abastecimento de água tratada, quanto o esgoto domiciliar e a coleta de lixo, são bons indicadores da qualidade de vida de uma população. Segundo dados da ODM, Pacaraima registrava 49,5% dos moradores com acesso à rede geral de água, mas só 21,4% possuía formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas no ano de 2010, com grande possibilidade de acometimento de doenças de veiculação hídrica.

Relatório de levantamento do Tribunal de Contas da União – TCU (2013), elaborado para subsidiar o relatório sistêmico de saúde das unidades hospitalares do Estado de Roraima, traz importantes informações sobre a situação de saúde no município de Pacaraima. O relatório traz extensas considerações sobre as principais unidades hospitalares de atendimento da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, avaliando a situação dos seguintes hospitais: Coronel Mota (Boa Vista); Santa Luzia (Rorainópolis); Délio de Oliveira Tupinambá (Pacaraima) e Geral de Roraima (Boa Vista). Ficou de fora o Hospital Pedro Álvaro Rodrigues (Bonfim), também de interesse do presente estudo.

Localizado em Pacaraima, o Hospital Délio de Oliveira Tupinambá (HDOT) atendia em 2013 uma população estimada de 11.423 habitantes. O HDOT possui gestão direta do Governo do Estado de Roraima, sendo a principal unidade hospitalar localizada no norte do Estado. É responsável por prestar atendimento ambulatorial nas especialidades de ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica geral, bem como serviços de urgência, emergência e internação à população do município.

A tabela 6 a seguir fornece informações sobre as internações ocorridas no município por grupo de causas e faixa etária para o ano de 2009 segundo dados obtidos junto ao DATASUS (2010). Os números apurados indicam situação análoga aos apresentados no

município de Bonfim e a conclusão pode ser a mesma: dificuldades nos programas de atenção básica para as faixas etárias com maiores índices de internação

Tabela 6 - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência)										
2009										
Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21,1	34,0	17,5	12,0	6,4	10,3	16,9	11,9	10,9	14,1
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	0,6	2,8	-	1,8	0,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	2,0	-	0,2	-	-	-	0,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,8	-	-	-	-	2,4	8,5	11,9	14,5	2,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	0,1
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1,9	-	-	0,8	0,4	1,4	-	1,8	0,6
VII. Doenças do olho e anexos	0,9	1,0	2,5	2,0	-	0,2	-	-	-	0,5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	1,0	-	2,0	-	0,7	16,9	11,9	9,1	2,1
X. Doenças do aparelho respiratório	36,0	44,7	17,5	8,0	0,8	3,4	11,3	35,7	30,9	13,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	10,0	4,0	3,2	7,5	14,1	11,9	10,9	6,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5,3	10,7	17,5	16,0	2,4	4,7	9,9	2,4	3,6	6,3
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	0,6	1,4	-	-	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,9	2,9	7,5	6,0	-	3,2	9,9	7,1	9,1	3,4
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	38,0	80,8	58,5	-	-	-	40,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	30,7	-	-	-	0,8	0,2	-	-	-	3,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,6	1,9	-	-	-	-	-	-	-	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	2,5	2,0	-	-	-	4,8	3,6	0,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	1,9	25,0	6,0	2,4	4,5	5,6	2,4	3,6	4,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,9	-	-	2,0	2,4	2,6	1,4	-	-	1,9
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DATASUS/2010

Quanto aos atendimentos de emergência no HDOT, a Secretaria de Controle Externo (Secex/RR) ressaltou que, por situar-se na fronteira com a República Bolivariana da Venezuela, cerca de 20% dos seus pacientes são egressos desse país. Tais números são justificados pela inexistência ou oferta precária de alguns serviços na vizinha cidade de Santa Elena de Uairén, na Venezuela.

Segundo informações levantadas no relatório do TCU (2013), a diretoria do Hospital considera essa estimativa um problema, pois os atendimentos prestados aos venezuelanos, demais estrangeiros e brasileiros residentes na Venezuela, não são custeados por repasses financeiros realizados no âmbito do SUS. Os atendimentos de emergência e urgência realizados por aquela unidade hospitalar não adota qualquer tipo de protocolo de priorização do atendimento. Como na época o HDOT possuía apenas dois médicos no período diurno e um no noturno, o hospital ficava desguarnecido nas ocasiões em que era necessário o

acompanhamento de pacientes em situação de urgência com remoção para Boa Vista. O relatório é claro em afirmar a necessidade de contratação de mais profissionais médicos.

O mesmo relatório aponta que o HDOT atua quase que exclusivamente na atenção básica devido a carências para prestação de atenção de média complexidade. Estima que aproximadamente 60% dos pacientes poderiam ser atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mas aponta que as UBS de Pacaraima enfrentam dificuldades até maiores que as enfrentadas pela unidade hospitalar. Oferece serviços ambulatoriais para algumas especialidades médicas (como pediatria e obstetrícia) apesar da insuficiência de profissionais habilitados e carência de equipamentos necessários ao perfeito atendimento nas áreas ginecológica e obstétrica (não há aparelho de ultrassom, monitor de parâmetro, incubadora, berço aquecido, etc). Quanto às internações, a maior parcela decorre de picadas de cobras, do pós-parto ou de intervenções cirúrgicas de laqueadura e períneo realizadas pelo pessoal local ou equipes deslocadas de Boa Vista.

Ainda em relação às carências da unidade, o relatório aponta a inexistência de desfibriladores e monitores cardíacos necessários ao atendimento de urgências e emergências cardíacas. De maneira geral, há carência de máquinas, equipamentos, insumos e medicamentos necessários a um completo e eficiente atendimento à população, pois a quantidade enviada pela Secretaria de Saúde não é suficiente para atender a demanda.

O Hospital de Pacaraima não possui um sistema informatizado para gerenciar o estoque de medicamentos, nem a quantidade necessária de microcomputadores ou serviço de internet para alimentar de informações os bancos de dados governamentais. Isso prejudica a adoção de medidas de controle, a tomada de decisões e imprecisão na qualidade e quantidade dos dados enviados.

Como pontos positivos, o relatório do TCU (2013) cita a estrutura física do HDOT que é bastante ampla e mais do que suficiente para a demanda média atendida, o mesmo sendo constatado em relação a quantidade de leitos disponíveis. No entanto, foi constatada precariedade das instalações, condições de higiene não condizentes com os parâmetros sanitários e a falta de insumos para certos procedimentos hospitalares (materiais de instrumentação, kits de suturas, nebulizador, etc). As principais carências apontadas referem-se à inexistência de uma sala de estabilização dos pacientes, o adequado funcionamento da

sala cirúrgica para realização de procedimentos de média complexidade e um local adequado para o funcionamento do necrotério.

O relatório conclui pela necessidade de uma manutenção mais adequada da estrutura física do hospital, melhoria na alocação de equipamentos e outros insumos e investimento em recursos humanos. Se atendidas essas necessidades, haveria diminuição dos deslocamentos da população local para obter atendimento em Boa Vista.

Apesar de o HDOT ter uma ampla estrutura física, não possui as máquinas, os equipamentos e as condições estruturais necessárias para ofertar serviços de saúde adequados e de qualidade. Essa pode ser uma das causas para os deslocamentos da população local em busca de atendimento em Boa Vista, especificamente no Hospital Geral de Roraima, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré e Hospital da Criança Santo Antonio que ficam sobrecarregados. Neste sentido, notícia veiculada no Portal Amazônia (2013), dá conta da precariedade do atendimento no outro lado da fronteira:

De acordo com a gerente estadual do núcleo de influenza da Sesau, Mônica Laís Soares, o tratamento desses pacientes é feito em Boa Vista por ser o local mais próximo da fronteira com estrutura para o tratamento. “A primeira referência, dentro da Venezuela, perto de Santa Elena é a 800 quilômetros de distância. Então o paciente que tem o quadro agravado lá, não tem como ser atendido por falta de estrutura do hospital de lá e pela distância. É mais viável esse paciente vir a Boa Vista, que fica apenas a 250 quilômetros de distância”, explicou Mônica. Ela esclareceu que, a partir de agora, o paciente será atendido primeiro em Pacaraima (PORTAL AMAZÔNIA, 2013).

5.4 Situação de saúde na República Bolivariana da Venezuela

A República Bolivariana da Venezuela possui uma extensão territorial de 916.446 km² e uma população estimada de 28.883.845 habitantes (estimativa para 2010), com uma densidade populacional de 31 habitantes por km². Está dividida politicamente em 335 municípios que formam 23 estados, um distrito capital (Caracas) e dependências federais (ilhas e ilhotas). Sua pirâmide populacional é progressiva e mostra uma população madura: os menores de 15 anos representam 29,4% da população; na faixa etária de 15-24 anos temos 18,7% dos habitantes; de 25 a 59 anos temos 43,2% e com 60 anos ou mais, 8,7%. Estima-se que 88 % da população resida em áreas urbanas (Giovanella et al, 2012, p.785).

Embora seja detentor de uma grande riqueza nacional baseada em extensas reservas petrolíferas, a vizinha Venezuela é um país com enormes dívidas sociais e sérios problemas para dispensar à sua população serviços básicos de qualidade desde as últimas décadas do século passado. A área da saúde, como parte importante do setor público, sofreu com a crise global ocorrida no início dos anos 70.

Problemas na eficiência, eficácia, cobertura e acessibilidade marcam o sistema público de saúde da Venezuela nos anos 1980 e início da década seguinte. Até 1999, o sistema de saúde era avaliado, em linhas gerais, como tendo predomínio de ações curativas em detrimento das ações de atenção ao nível básico. Havia uma franca deterioração da infraestrutura pública em detrimento do crescimento do setor privado, com falhas no registro das informações de saúde em sua qualidade e quantidade. Apesar do aumento populacional, a rede pública de saúde não recebia investimentos, acarretando a obsolescência de equipamentos, o déficit de medicamentos e o esvaziamento de profissionais devido a salários pouco atrativos. No início do século XXI, a partir de uma nova concepção de saúde consagrada na Constituição Bolivariana da Venezuela, passam a ser implementadas mudanças significativas na rede de assistência à população.

Na República Bolivariana de Venezuela, a saúde é um direito social fundamental e é parte do direito à vida. Segundo dados de Da Ros et al (2008), a constituição bolivariana da Venezuela (promulgada em 2000) em seu Título III “De los derechos humanos y garantías, y de los deberes” e capítulo V “De los derechos sociales y de las familias” e nos artigos 83 a 85 – garante a saúde como direito social fundamental e obrigação do estado, a todos os venezuelanos, baseados na formação do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) e no financiamento estatal. O artigo 84 da Constituição da Venezuela de 1999 afirma que

Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Esse sistema é de caráter intersetorial, descentralizado e participativo, integrado ao sistema de seguridade social e regido pelos princípios da gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, integração social e solidariedade. Também deve ser regido pelos princípios da unicidade, pertinência cultural e lingüística e efetividade social. A esse sistema

integram-se as instituições prestadoras de saúde e outros serviços públicos, constituindo uma rede de prestação de serviços articulada em níveis, cuja porta de entrada principal se transforma no primeiro nível de atenção, complementada com os centros de atenção de referência e contra referência. O Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social (MSDS) da Venezuela, segundo Da Ros (2008), para atender a essas características, passa a implementar um novo modelo de Atenção Primária em Saúde que possui seus alicerces na Misión Barrio Adentro (MBA):

A MBA objetiva priorizar as necessidades sociais da população, principalmente a excluída, com vistas aos princípios da equidade, universalidade, acessibilidade, gratuidade, inclusão social, participação e corresponsabilidade social. Por fim, constitui-se na função principal e o núcleo central do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), assim como do desenvolvimento social e econômico da comunidade. (DA ROS, 2008, p.20).

Entre abril e junho de 2003 ocorre a primeira fase da MBA, a avaliação do impacto do movimento sobre as comunidades, o levantamento das necessidades da população, a constituição de Comitês de Saúde e a adaptação à cultura venezuelana dos médicos e técnicos cubanos engajados no trabalho. Na fase seguinte (junho e dezembro de 2003), tivemos a expansão da MBA com a mobilização de “13 mil médicos cubanos, 2500 enfermeiras e 797 odontólogos venezuelanos” (DA ROS, 2008, p. 22). Nos anos de 2004 e 2005, a MBA foi implantada nas 24 entidades federais e nos 331 municípios venezuelanos, impulsionando a construção do Sistema Público Nacional de Saúde com a organização dos Consultórios Populares (unidades destinadas à atenção primária), de Centros de Diagnóstico Integral, Centro de Reabilitação Integral, Centro de Alta Tecnologia e Clínicas Populares (referência e contra-referência à atenção primária) e os Hospitais do Povo (casos que necessitam de internação).

O acesso ao Sistema Nacional Público de Saúde Venezuelano, regulado pelo Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social, se dá através do nível primário que, se necessário, encaminha os pacientes ao segundo ou terceiro nível de atenção de acordo com as normas do MSDS. A acessibilidade geográfica é garantida na atenção primária com a construção de consultórios populares para atender a uma população que reside a uma distância não maior que um quilômetro (cada consultório é responsável por cerca de 250 a 350 famílias). O Sistema Público Nacional de Saúde venezuelano, formado por instituições e organizações públicas e privadas que prestam serviços de saúde, é o responsável por formular

as estratégias políticas, planos e programas nacionais, assim como ditar as normas que regem o Sistema Público Nacional de Saúde (DA ROS, 2008).

Essa organização do Sistema de Saúde está presente em toda a Venezuela, inclusive na região fronteira com Roraima, onde se situa a cidade de Santa Elena de Uairén. Fernandes Neto (2005, p. 4820) chama a atenção para o grande intercâmbio entre Santa Elena de Uairén e Pacaraima, chegando a registrar no lado venezuelano a presença de “hospitais relativamente bons e que por vezes recebem moradores de Pacaraima para atendimento. Um convênio foi estabelecido entre as prefeituras de Pacaraima e Santa Elena no que diz respeito ao atendimento médico”.

Roraima tem sua principal fronteira com a Venezuela na divisa do Estado Bolívar, situado ao sul daquele país. Bolívar é o maior estado venezuelano, possuindo 233.498 km², ou seja, 26% da área total do país, cuja capital é Ciudad Bolívar e dentre as várias localidades que o compõem destaca-se Santa Elena de Uairén, situada na linha de fronteira com o Brasil, sendo cidade gêmea com Pacaraima. Desde 2006 tem sido registrado um aumento das relações bilaterais entre os Estados de Roraima e Bolívar que, por iniciativa dos governadores da época, tem celebrado acordos e termos de compromisso nas áreas de educação, turismo, saúde pública, agricultura, entre outros. Daquele ano até 2010, foram realizados nove encontros entre os governos dos dois estados, sempre acompanhados por representantes das diversas secretarias e do empresariado local. Viana e Queiroz (2012), elencam os principais pontos presentes nos acordos de saúde.

- Intercâmbio tecnológico e científico para a prevenção, controle e erradicação de enfermidades endêmicas e epidemiológicas que afetam ambos os Estados;
- Executar ações intergovernamentais para a atenção médico-assistencial à população localizada nos municípios fronteiriços de ambos os Estados.
- Estabelecer um sistema de informação compartilhada que contenha os dados das pessoas vacinadas contra a febre amarela (VIANA; QUEIROZ, 2012, p.13).

Santa Elena de Uairén é uma localidade situada a cerca de 20 km da fronteira com o Brasil e é a capital do Município da Gran Sabana. Segundo dados do censo 2011, conta com uma população aproximada de 28.219 habitantes, equivalentes a 2% da população total do estado. Foi fundada em 13 de novembro de 1923 por Lucas Fernández Peña, que chegou à

região atraído pela mineração diamantífera, mas teve o seu início ligado à ação de ingleses interessados na colonização da área. Na atualidade, a cidade conta com uma população composta por venezuelanos, brasileiros, guianenses, colombianos, etc, além de forte composição indígena que habitava a área desde muito antes de sua fundação. A cidade foi transformada em “puerto libre” há pouco mais de uma década e tem apresentado um acelerado crescimento demográfico nos últimos anos, com projeções para 2016 de cerca de 55.000 habitantes (FUNDAÇÃO WIKIPEDIA, 2013).

Vivendo um processo de profunda crise política, a Venezuela tem experimentado nos últimos anos fortes reflexos em diversos setores do país. Ao lado dos problemas energéticos, de abastecimento e de segurança, o setor saúde também apresenta sérias dificuldades e enfrenta crise sem precedentes no país. Em reportagem do Portal Terra (2013), a ministra da Saúde da Venezuela, Isabel Iturria, admitiu “dificuldades” nos hospitais do país, o que também foi denunciado pelo presidente da Federação Médica Venezuelana, Douglas León, segundo o qual 90% dos hospitais do país “estão praticamente fechados em termos técnicos”. Para resolver os problemas no setor, o governo venezuelano criou um “Estado-Maior de saúde” responsável pela reparação da infra-estrutura hospitalar, dos equipamentos e a compra de materiais, mas apenas 11 dos 241 hospitais existentes no país estão incluídos no programa.

A crise cada vez se aprofunda mais e atinge todas as regiões do país, principalmente as mais afastadas dos centros de poder, como é o caso de Santa Elena de Uairén. Também em reportagem veiculada pela internet pelo site Infobae (2013), encontramos a informação que o Ministério da Saúde da Venezuela registrou mais de 46 mil casos de malária no país. Desse total, 80% estão concentrados no município de General Domingo Sifontes, um dos onze municípios do Estado Bolívar, que faz fronteira com o Brasil pelo Estado de Roraima. Naquela região predomina a atividade mineral ilegal onde encontramos grande número de brasileiros que, quando acometidos por problemas de saúde, buscam assistência médica inicialmente em Pacaraima. Em entrevista a Globovisión, o coordenador do Programa Venezuelano para a Educação – Ação em Direitos Humanos (PROVEA), Marino Alvarado, denunciou que o sistema Barrio Adentro está em crise desde 2009. “Están funcionando casi el 30% de los CDI (Centros Médicos de Diagnóstico Integral) efectivamente, lo que quiere decir que casi el 70% de los CDI tiene deficiencias e irregularidades para atender la salud” (ALVARADO, 2013).

6 SIS-FRONTIEIRAS EM RORAIMA: IMPACTOS NAS REGIÕES DE BONFIM E PACARAIMA

Criado com o objetivo de fortalecer e melhorar a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, o SIS – Fronteiras sofreu a adesão dos municípios de Roraima desde o primeiro momento de sua instituição.

A implementação do Projeto SIS-Fronteiras é o passo inicial, segundo o Ministério da Saúde, para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços brasileiros. Além de dar continuidade a estratégia de integração dos países da América do Sul, pretende ser uma resposta aos problemas de saúde pública nas fronteiras e à demanda pactuada entre os gestores de saúde federal, estadual e municipal. Consiste no repasse de subsídios financeiros, operacionais e técnicos, segundo um cronograma de execução em fases bem definidas, para todos os municípios envolvidos. O incentivo financeiro, denominado Incentivo à Implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, foi estabelecido de acordo com o cálculo de 40% sobre o Piso de Atenção Básica - PAB e o critério adotado para repasse dos recursos está baseado na execução das fases do projeto.

Os municípios de Bonfim e Pacaraima, como quase todos os municípios fronteiriços brasileiros, padece com o atendimento em seus sistemas de saúde de estrangeiros e brasileiros residentes nos países vizinhos. Como exemplo dessa demanda, temos notícia veiculada pelo Jornal Folha de Boa Vista (2014) que traz dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica (SIVEP) da Secretaria Estadual de Saúde sobre os casos de malária registrados em Roraima durante o ano de 2013.

De todos os casos confirmados da doença naquele ano (8.267 casos), 49% eram casos importados de países como a Guiana e Venezuela, com forte atividade garimpeira envolvendo brasileiros. A capital Boa Vista lidera como município com maior notificação de casos importados, destacando-se no interior os municípios de Pacaraima, Mucajaí, Alto Alegre, São Luiz do Anauá e Bonfim. O técnico da SESAU/RR explica a sistemática de atendimento dos pacientes que procuram a rede de saúde:

“O paciente chega ao posto de saúde e caso exista suspeita da doença é coletada amostra de sangue. Vindo a confirmar o tipo de malária, o tratamento é logo iniciado”. Dos 8.267 casos positivos, 6.120 foram de malária tipo vivax, a mais comum entre a população. Enquanto do tipo falciparum, houve um registro de 1.921. Além de 225 pacientes com os dois

tipos da doença em todo o estado”, informou o gerente do Núcleo Estadual de Controle da Malária, Jonas Monteiro (FOLHA DE BOA VISTA, 2014, p.2)

Essa demanda adicional se transforma em problema, pois o principal critério de repasse financeiro do Sistema Único de Saúde – SUS para os municípios é o do contingente populacional a ser beneficiado pelas ações disponibilizadas. Ocorre então um contínuo agravamento dessa situação provocado pela crescente demanda da população estrangeira pelos serviços de saúde em território brasileiro.

A solução para essa sobrecarga proposta pelo Ministério da Saúde foi o Projeto SIS-Fronteiras, responsável por facilitar o diagnóstico da situação enfrentada e desencadear a elaboração de um plano de ação de enfrentamento das dificuldades. Toda a sua sistemática é desencadeada a partir da adesão dos municípios interessados ao Projeto e execução dos passos previstos em sua concepção. O objetivo final é a superação das dificuldades apresentadas pelo reordenamento dos sistemas municipais de saúde e sua integração com o sistema dos municípios vizinhos. Para averiguar os efeitos do Projeto em nosso Estado, fez-se o levantamento do histórico de sua implementação (6.1) e colheu-se as impressões de algumas autoridades municipais de saúde sobre o impacto do Projeto em seus municípios (6.2).

6.1 Histórico do SIS – Fronteiras em Roraima

Segundo o previsto na portaria GM/MS nº 1.189, de 05 de junho de 2006, os estados da Região Norte e Mato Grosso (etapa II do Projeto) tinham como prazos para execução das fases do projeto um lapso temporal distinto dos estados da fase I, devendo obedecer aos seguintes limites:

Desenvolvimento da Fase I:

- a. Diagnóstico local: até maio/2007.
- b. Avaliação pelo Comitê: 15 de junho/2007.
- c. Elaboração do Plano Operacional: até 15 de julho/2007.
- d. Avaliação do Comitê: 30 de julho/2007.
- e. Homologação pela Coordenação do SIS-Fronteiras

Os municípios roraimenses conseguiram cumprir todas as ações da primeira fase do Projeto embora muito além da data prevista para início da fase II. O próprio diagnóstico local, como será visto posteriormente, sofreu atraso em sua elaboração por problemas no repasse dos recursos para a Universidade Federal de Roraima, instituição responsável tecnicamente pela sua execução.

Para a fase II, estava previsto o seu início para agosto de 2007 e término onze meses após a validação pela CIB e homologação pela Coordenação do SIS-Fronteiras. A CIB - Comissão Intergestores Bipartite, é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Como colegiado bipartite, a CIB é composta paritariamente por nove representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por nove do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Nessa fase aconteceriam as seguintes ações:

- a) Execução das metas e ações previstas no Plano Operacional;
- b) Qualificação das capacidades básicas em gestão de saúde;
- c) Elaboração e apresentação de plano de contingência para eventos inusitados.

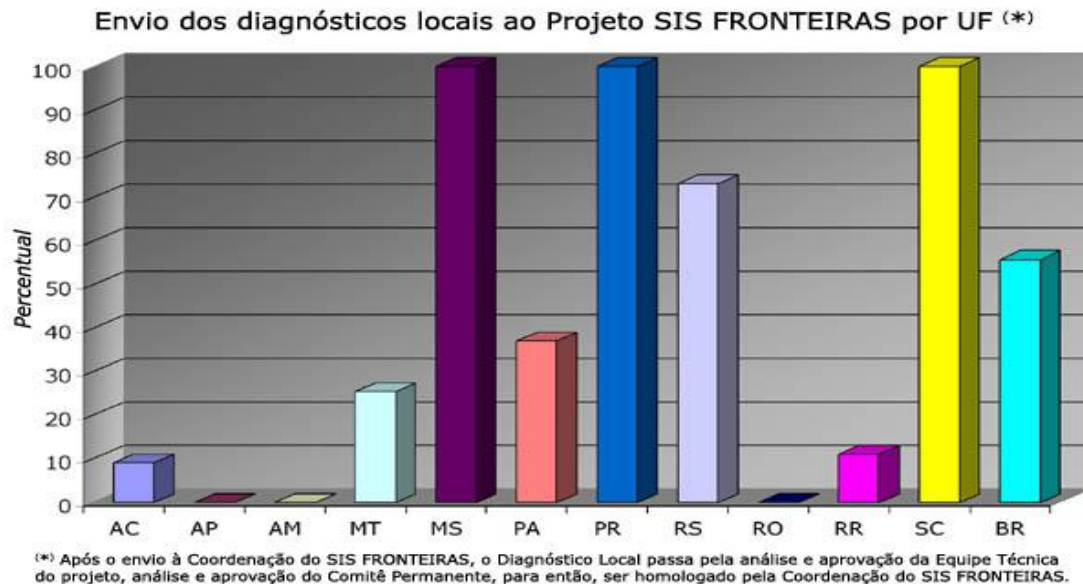
Por último temos a fase III do Projeto, iniciada só com a conclusão da fase II, cuja previsão de término é ocorrer em até doze meses após o seu início. Nessa fase, o gestor municipal poderá receber valor adicional e variável, de acordo com o Plano Operacional aprovado, segundo critérios do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e homologados pela coordenação do SIS-Fronteiras/MS. Para municípios com até 30.000 habitantes fica aprovado o repasse de R\$ 30.000,00, segundo a Portaria do MS nº 3.137 de 24 de dezembro de 2008.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2006), todos os nove municípios do Estado de Roraima assinaram o Termo de Adesão nos prazos previstos, fazendo jus a um montante de R\$ 130.295,88 por município (no caso de Roraima) para a execução da fase I. Nesse mesmo relatório consta a informação da ausência do repasse de R\$ 182.376,00 para a Universidade Federal de Roraima, instituição que ficou responsável pela elaboração do Diagnóstico Local e Plano Operacional, embora já houvesse a nota de crédito e estar apenas aguardando publicação da portaria e o repasse do recurso.

Como pode ser visto na figura 13 a seguir, apesar do prazo de elaboração do diagnóstico local ser inicialmente o mês de maio de 2007, ao final daquele ano poucos estados havia conseguido cumprir o estabelecido. O atraso era maior principalmente em relação aos

Estados do Arco Norte, que praticamente não haviam cumprido com o pactuado, com maior índice de atraso nos estados do Amapá, Amazonas e Rondônia. O estado de Roraima consegue elaborar os primeiros diagnósticos, mas não de maneira uniforme.

Figura 13 – Municípios que concluíram a elaboração do diagnóstico local/2007



Fonte: Portal da Saúde/MS/2007

Com a adesão de todos os municípios fronteiriços da Etapa I e II, realizou-se o I Encontro do SIS - Fronteiras em cada estado, com o intuito de orientar os municípios e universidades na Elaboração do Diagnóstico Local e do Plano Operacional. Em Roraima esse encontro aconteceu em 07 de julho de 2006, mas o segundo encontro previsto para acontecer ainda naquele ano, foi adiado nos estados do Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima sem registro dos motivos de tal adiamento. Ao final daquele ano, apenas o município de Foz do Iguaçu – PR se encontrava apto para a fase seguinte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No segundo Relatório de Desempenho do Projeto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), encontramos a prorrogação do prazo de execução da fase I por 90 dias para a grande maioria dos estados que aderiram ao Projeto (entre os quais o estado de Roraima), devido ao atraso no repasse das verbas para as universidades. Em julho de 2007 não há registro de diagnósticos entregues pelos municípios de Roraima e nem da realização do segundo encontro do SIS-Fronteiras que, por conta de incompatibilidade de agendas, só ocorreria em conjunto com a Oficina de Treinamento do Sistema de Informação no Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima.

O terceiro relatório de acompanhamento produzido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), traz informações sobre as ações do Projeto realizadas até janeiro de 2008. Nele consta a informação de que os prazos para a execução do Projeto precisam ser novamente revistos, para sua execução no ano de 2008. No caso de Roraima, entre os municípios que não tiveram seus Termos Aditivos assinados pelos respectivos Secretários Estaduais de Saúde, Prefeitos e pelo Senhor Ministro da Saúde estavam os municípios de Amajari, Bonfim, Iracema e Uiramutã. Não há registro de nenhum diagnóstico realizado nem da realização do encontro do SIS-Fronteiras com as Universidades e gestores locais.

No relatório de desempenho seguinte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 - 2), que engloba as atividades realizadas em 2008, já há a informação que o estado de Roraima iniciou o envio dos Diagnósticos Locais à Coordenação do SIS-Fronteira, ocorreu a aprovação do diagnóstico da cidade de Caracará e que ocorreu a inauguração de um Laboratório de Saúde Pública na cidade de Pacaraima-RR. O Projeto já registra municípios dos estados de Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina na fase II, com 31,10 % dos recursos previstos repassados e só 57,97 % dos municípios com a fase I concluída.

No mesmo relatório registramos que a Coordenação Nacional de Saúde Bucal iniciou, em 2008, parceria com o Projeto SIS-Fronteiras a fim de implantar o Programa BRASIL SORRIDENTE nos municípios fronteiriços, com entrega de consultórios odontológicos a todos os municípios de Roraima integrantes do Projeto.

O último relatório de desempenho divulgado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) em abril de 2009, informa que o monitoramento da execução do recurso e das Fases II e III do Projeto passará a ser feito por meio do Módulo de Orçamento e Execução do Sistema de Gestão do Ministério da Saúde, homologado em setembro de 2008. Ali o gestor municipal deverá registrar o que está sendo realizado no município e a evolução da execução das metas via web e será monitorado pela equipe do Projeto. A Universidade Federal de Roraima ainda está na fase de envio dos diagnósticos locais, ao lado dos estados do Acre, Mato Grosso e Pará. Dos 97 diagnósticos já recebidos pelo SIS-Fronteiras, 79 foram aprovados pela equipe técnica, pelo Comitê Permanente e homologados pela Coordenação do SIS-Fronteira.

Municípios de MS, SC e PR, com o apoio das respectivas universidades federais, tiveram os Planos Operacionais aprovados pelos respectivos CMS e pela CIB de seu estado e

estão aptos a iniciar a Fase II. Pelo relatório elaborado, nenhum município se encontra na execução da Fase III, mesmo após três anos de execução do Projeto.

Desde abril de 2009 o Ministério da Saúde não disponibiliza Relatórios de Avaliação de Desempenho do Projeto SIS-Fronteira em seu site. Segundo dados colhidos junto a membros da Comissão de Elaboração dos Diagnósticos Locais da Universidade Federal de Roraima, todos os relatórios foram finalizados e enviados ao Ministério da Saúde, estando encerrada sua participação no Projeto. Após esse período, tivemos eleições nas diversas instâncias do poder público e pode ter ocorrido solução de continuidade na implementação do Projeto. Notícias veiculadas pela imprensa local dão conta da realização de reuniões envolvendo questões de fronteira, com maior frequência sobre as relações Brasil-Venezuela, principalmente sobre questões de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. Em reunião realizada em março de 2013, foi aprovada pela CIB da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima o Plano Operacional do Município de Pacaraima nos moldes previstos no SIS-Fronteiras (Resolução nº08/2013).

Em outubro de 2013, este pesquisador enviou e-mail ao Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) do Ministério da Saúde (pedido 25820006117201305), solicitando informações sobre o andamento do SIS-Fronteiras nos municípios de Bonfim e Pacaraima. Segundo o e-mail resposta recebido (anexo 5) do Ministério da Saúde em novembro último, houve uma reunião no Estado entre o representante do MS e dos municípios no mês de outubro de 2013 quando da realização de uma visita, com a finalidade de conclusão do Projeto SIS-Fronteiras. Segundo o e-mail, o Projeto está contemplado no Programa Mais Saúde – Direito de Todos, no triênio 2008 – 2011, contribuindo para a meta 7.3.2 (melhorar os serviços de saúde dos 121 municípios de fronteira) do Eixo de Cooperação Internacional.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.658/2009, alterando o artigo 5º da 1.120, o Projeto SIS-Fronteiras passou para a responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Apesar da mudança, o repasse financeiro aos municípios continua obedecendo a Portaria GM/MS nº. 1.189/2006, com previsão de conclusão até o 1º semestre de 2012, conforme redefinição de prazos previsto no Programa Mais Saúde para o quadriênio 2008-2011. De antemão, foi dada a informação que o prazo não foi cumprido para nenhum dos municípios do Estado, só o município de Amajari se encontrando na fase III.

Bonfim recebeu os recursos da fase I e já prestou contas com a apresentação do Diagnóstico Local e do Plano Operacional ainda em 2006, tendo inclusive recebido o recurso adicional para ações de custeio no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). No ano de 2010, recebeu o valor de R\$ 19.927,18, referente a fase II, como recurso de capital (resolução CIB/RR nº 67/2009) que foi utilizado para ampliação de uma UBS local. Na presente data, encontra-se no aguardo da resolução de aprovação da CIB/RR, para recebimento do recurso financeiro da fase III, no valor de R\$ 19.927,18.

Pacaraima também recebeu os recursos da fase I e já prestou contas com a apresentação do Diagnóstico Local e do Plano Operacional ainda em 2006, tendo inclusive recebido o recurso adicional para ações de custeio no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). Diferentemente de Bonfim, não executou atividades no período de 2010 a 2012, e só agora fez a solicitação do recurso financeiro referente a fase II (recursos de capital) a serem utilizados na compra de equipamento de informática. Conforme Resolução CIB/RR, de agosto de 2013, está pleiteando o valor de R\$ 13.817,44 com tal finalidade. Após o recebimento, a fase III o Projeto é considerado finito e a prestação de contas é realizada na CIB local através do relatório de Gestão anual.

As informações dão conta de um atraso generalizado nas etapas do Projeto e não foi possível localizar ações construídas a partir do diagnóstico local. Como pode ser visto na descrição das entrevistas feitas com autoridades de saúde municipais no capítulo a seguir, os únicos benefícios listados são os consultórios odontológicos e o laboratório de fronteira instalado. O impacto financeiro e organizacional decorrente do Projeto simplesmente não é sentido como uma melhoria para o sistema de saúde municipal.

6.2 Síntese das Entrevistas realizadas

Foram realizadas apenas cinco entrevistas com informantes chaves das secretarias municipais de saúde dos municípios estudados, com o objetivo de colher impressões e informações sobre o atendimento a estrangeiros e a efetividade do Projeto SIS-Fronteiras. As entrevistas foram iniciadas pelo município de Pacaraima nos dias 04 e 13 de dezembro de 2013, após duas visitas e obtenção de autorização do Secretário Municipal de Saúde para sua realização. Foram entrevistados o diretor geral do Hospital de Pacaraima e o coordenador da Atenção Básica no município, que assumiram suas funções na estrutura de saúde municipal em 2011. Ambos, ao lado das funções de gerência, também realizam atendimento ao público

em suas áreas de atuação, o que lhes habilita a prestar informações sobre a realidade dos atendimentos a estrangeiros.

Segundo o diretor geral do HDOT, Helder Seixas Fernandes de Amorim, os principais atendimentos demandados no município dizem respeito à clínica médica (atenção básica), obstetrícia, odontologia, psicologia, fisioterapia e exames laboratoriais. Já a população estrangeira busca, principalmente, atendimento na emergência, tratamento de malária e leishmaniose e assistência a acidentes com animais peçonhentos, etc. Segundo ele, 90% dos casos de leishmaniose e tratamento antiofídico envolvem estrangeiros ou brasileiros residentes na Venezuela, provenientes de regiões de garimpo.

Ainda segundo o entrevistado, dos atendimentos realizados no Hospital, cerca de 30% é dispensado a estrangeiros, que não encontram nenhum impedimento para ter acesso aos serviços. Afirma não conhecer acordos formais com o país vizinho e a orientação é prestar toda a assistência possível mesmo em relação aos estrangeiros. Informalmente, diz haver encaminhamentos de pacientes de um lado a outro da fronteira, apenas com o laudo do profissional médico, sendo comum brasileiros se dirigirem à Venezuela em busca de atendimento na área da cardiologia e ultrassom. Não tem conhecimento de acordos formais de entendimento entre os dois países na área de assistência médica. Os problemas apontados giram em torno da falta de algumas especialidades médicas no Brasil (ortopedia e cardiologia), a baixa oferta de leitos no HDOT e a evasão de receitas pelo atendimento a estrangeiros ou pacientes sem o cartão SUS. Questionado sobre os benefícios trazidos com a adesão do município ao SIS-Fronteiras, cita apenas o Laboratório de Fronteira (Labfron) que funciona dentro do Hospital.

Outro entrevistado em Pacaraima foi o coordenador da Atenção Básica no município, o enfermeiro Danillo Jeovane Maciel, também com vários anos de experiência no atendimento à população. O mesmo relata que praticamente todos os programas do Ministério da Saúde estão em funcionamento no município, citando como com maior demanda por parte da população os programas voltados para o atendimento à gestante, criança e imunizações.

A população estrangeira é usuária em 25 a 30% das ações de obstetrícia e em torno de 50% das ações de vacinação. Afirma não haver qualquer tipo de impedimento ou dificuldade para uso dos serviços de saúde pela população oriunda de Santa Elena, seja de brasileiros ou estrangeiros, possuindo ou não o cartão SUS. O único benefício para o município com a adesão ao SIS-Fronteiras que relata também é o Laboratório, dizendo não saber detalhes sobre

o plano operacional elaborado a partir do diagnóstico local. Os parceiros nas ações de saúde desenvolvidas localmente são o exército, organizações do 3º setor e também a Secretaria de Saúde de Santa Elena em algumas campanhas.

No município do Bonfim foram entrevistados o Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador da Atenção Básica e uma funcionária administrativa do Hospital local. O primeiro entrevistado, o Sr. Givanildo Mendes Veras, é secretário municipal de saúde desde o início de 2013 e já fazia parte do sistema anteriormente. Cita como principais dificuldades à saúde municipal, a insuficiência de recursos financeiros, a estrutura deficiente e a pouca oferta de recursos humanos. Afirma que a principal demanda no município é por atendimento ambulatorial, citando os serviços de ginecologia, psiquiatria, clínica médica e vacinação como os mais procurados pelos estrangeiros.

Todos os programas do Ministério da Saúde já estão implantados no município, incluindo um CAPS I e a rede cegonha. Todos os serviços são também disponibilizados aos estrangeiros sem qualquer exigência adicional, sendo que o município tem facilitado a obtenção do cartão do SUS para todos. Segundo ele, em torno de 20% dos atendimentos realizados, beneficia aos moradores da Guiana, apesar de não existir ainda nenhum acordo formal ou informal de prestação ou troca de serviços. Afirma já haver tentado acordos de cooperação com o país vizinho via consulado e prefeitura de Lethem, mas não logrou sucesso, o que tem provocado uma queda na quantidade e qualidade dos serviços ofertados. Tem procurado financiar o sistema com remanejamento de recursos próprios, busca de recursos de fontes alternativas e melhor planejamento das atividades.

Reconhece poucos benefícios com a adesão ao SIS-Fronteiras, pois só agora foi feito o plano operacional e com ele a obtenção de recursos para aquisição de transporte e material de informática. Como prioridade do momento, cita a alocação de mais recursos para a saúde, aumento do quadro de pessoal (principalmente da atenção básica) e também melhorias no funcionamento da saúde. Os principais parceiros do município em ações de saúde são a própria SESAU/RR e também a Secretaria de Saúde do Índio.

Outro entrevistado na cidade do Bonfim foi o coordenador da Atenção Básica no município, o Sr. Pedro Moreira Gomes Filho, no cargo há apenas um mês, mas com experiência na rede de saúde municipal. Segundo ele, as principais carências do momento se referem a recursos humanos (como exemplo a oftalmologia) e falta de logística para atendimentos fora da sede do município. As principais demandas ocorrem nas consultas da

atenção básica, obstetrícia e imunização, sempre via posto de saúde, e os estrangeiros demandam ações na área do pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão e leishmaniose (com 100% dos casos sendo importados).

Afirma não haver nenhuma discriminação para o atendimento, pois alguns estrangeiros conseguem tirar o cartão do SUS, havendo entraves apenas em casos de procedimentos especializados. Desconhece acordos formais entre os dois países em termos de assistência à saúde (sabe apenas da existência de negociações), mas confirma a existência de acordos informais, pois de 10 a 15% dos atendimentos envolvem estrangeiros, principalmente em exames laboratoriais e ultrassom. Vê poucos avanços com a adesão do município ao SIS-Fronteiras e cita apenas a sala de vacinação como contribuição. Como forma de melhorar a situação de saúde no município, sugere uma melhoria geral na estrutura de saúde, a interiorização dos atendimentos e a execução de campanhas conjuntas com Lethem.

A última entrevistada no município foi a Sra. Lisa DAguiarZani, funcionária administrativa do Hospital Pedro Álvaro Rodrigues. Segundo a mesma, o Hospital é procurado principalmente nas emergências, exames especializados e nos casos de internação, quase sempre por encaminhamento dos postos de saúde. O Hospital é procurado pelos estrangeiros nessas mesmas necessidades ou quando é necessária remoção para Boa Vista, apesar de não existir acordos formais com o país vizinho para qualquer tipo de procedimento. A entrevistada afirma que a demanda dos estrangeiros hoje é pouca devido a um trabalho de “desencorajamento” feito pela equipe do hospital para uso dos seus serviços.

Esse uso era bem maior em anos anteriores devido à carência de profissionais do outro lado da fronteira, situação que vem sendo sanada e não é mais motivo da busca de assistência. Parte dos estrangeiros ainda busca os serviços devido possuírem dupla cidadania e acreditarem na qualidade do atendimento do lado brasileiro, aliado a acordos informais de escambo de serviços. Quando questionada sobre os benefícios do Projeto não citou nenhum benefício atual, apenas o funcionamento do Laboratório de Fronteira previsto para o ano de 2014.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como um dos seus objetivos promover a análise de alguns indicadores de saúde das cidades de Bonfim e Pacaraima – RR, identificando as condições de vida e saúde da população destas cidades e as modificações decorrentes da implantação do Projeto SIS-Fronteiras na região. Seu foco foi a preocupação com a igualdade entre nacionais e não nacionais na garantia de atenção às ações e serviços de saúde. O interesse primordial desse trabalho consistiu na avaliação das contribuições de estratégias escolhidas pelo SIS-Fronteiras para a solução dos problemas específicos de saúde nas regiões estudadas e em que medida o Projeto SIS-Fronteiras conseguiu estimular o planejamento local e a implantação de ações voltadas ao bem estar da população. Independente da existência de acordos bilaterais ou multilaterais entre os países fronteiriços, procurou compreender como vem se dando a integração (ou não) dos sistemas de saúde nos dois lados da fronteira.

Estrangeiros em busca de atendimento no SUS é uma realidade inquestionável e pode ser caracterizada como constante ou muito constante nas regiões de fronteira do Estado de Roraima conforme os depoimentos colhidos. Autoridades de saúde dos municípios estudados foram unânimes em afirmar que estrangeiros (e também brasileiros) moradores dos países vizinhos procuram com frequência pelos serviços de saúde dos seus municípios, ocorrendo também o inverso em menor intensidade. Todos os serviços disponibilizados à população brasileira dos nossos municípios também estão ao alcance de estrangeiros residentes em cidades fronteiriças que não encontram maiores barreiras burocráticas para ter acesso, utilizando-se ou não de subterfúgios, ao serviço necessitado.

A totalidade dos entrevistados relata a ocorrência de atendimentos e afirmam não possuir ainda mecanismos formais de registro a estrangeiros, dificultando sua contabilização nas estatísticas repassadas ao SUS. Os formulários utilizados nos diversos atendimentos não possuem campo de identificação sobre a nacionalidade (estrangeiro) ou condição de moradia permanente no município (brasileiro residente em outro país).

Tanto em Bonfim quanto em Pacaraima, todos os serviços de saúde estão disponibilizados a estrangeiros ou brasileiros residentes nos países vizinhos, inclusive o deslocamento para Boa Vista nos casos mais graves ou especializados. As primeiras estatísticas sobre o atendimento a estrangeiros já existem em Pacaraima, ainda por força de acordos locais celebrados por ex-governadores no final da década passada. Os atendimentos

continuaram a existir mesmo com a exigência de apresentação do cartão SUS, sistemática instituída pelo Ministério da Saúde para ter maior controle sobre os serviços prestados. Atualmente, por iniciativa do gestor do hospital local, foi criado espaço na ficha de identificação dos usuários, sobre a sua nacionalidade, abrindo a possibilidade de dimensionar o uso dos serviços por clientela de fora da área geográfica do município. É um primeiro passo para que os municípios registrem a demanda procedente da fronteira (mesmo uma iniciativa isolada e individual) e a repassem para melhorar o financiamento do sistema. Nesse momento ainda existe imprecisão sobre os dados dos atendimentos ou mesmo forte receio dos entrevistados em precisar uma estimativa do número de atendimentos a estrangeiros em seus municípios.

Apesar de não existir um protocolo específico regulamentando o atendimento a estrangeiros nas cidades de fronteira, há o entendimento que essa assistência deve ser prestada e o que se discute é muito mais a forma como esses procedimentos podem ser financiados. A própria cidade de Boa Vista, em suas várias unidades hospitalares, atende a clientela vinda de outros países, sem receber nenhum tipo de compensação financeira ou técnica. Existem protocolos internacionais tanto com a Venezuela quanto com a Guiana, abrindo a possibilidade de atuações conjuntas para melhorar a situação de saúde nos municípios de fronteira do Estado. Boa Vista, Bonfim e Pacaraima possuem uma localização geográfica que as transforma em polo de atração para a busca de serviços de saúde e, devido a demanda que a eles acorrem, tem sido onerados na quantidade e qualidade dos serviços oferecidos.

Essa demanda declarada e não contabilizada é pouco esclarecida e quando indagamos às autoridades de saúde dos municípios estudados sobre os motivos que levam os estrangeiros a procurarem atendimento no SUS dos seus municípios, houve uma unanimidade de razões. Foram citados como principais motivos: a facilidade de acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros; a qualidade da atenção à saúde no SUS; a organização do serviço de saúde no Brasil em termos de mecanismos de referência e contra-referência; a urgência ou gravidade do caso e a facilidade de deslocamento para Boa Vista; a ausência ou precariedade de serviços públicos de saúde no país estrangeiro, entre outros motivos.

O único impedimento ao pleno acesso é a exigência do cartão SUS. No entanto há facilidade para os estrangeiros terem o cartão seja por facilitação dos municípios ou uso de subterfúgios, como o uso de informações de parentes ou conhecidos residentes no país. Mesmo quando ocorre a busca da assistência sem cartão, as autoridades municipais não criam

dificuldades para atendimento nos diversos serviços oferecidos a nível primário ou especializado. Como inexistem protocolos ou orientações sobre o acesso da população estrangeira à atenção básica (ou mesmo especializada), a situação de fato é de tratamento igualitário e sem qualquer impedimento ao pleno atendimento na estrutura de saúde dos municípios. As autoridades municipais admitem uma demanda adicional da ordem de 10 a 30% dos atendimentos realizados como sendo gerado por estrangeiros e mesmo 100% para alguns procedimentos. São citados como frequentes ou muito frequentes a busca por medicamentos, consulta médica de atenção básica, obstetrícia, pré-natal, imunização, parto, exames clínicos, atendimento odontológico, emergências, etc.

A principal queixa dos entrevistados diz respeito ao financiamento do sistema municipal que fica prejudicado com essa demanda adicional, gerando remanejamento de verbas para que o funcionamento continue satisfatório. A estrutura de saúde municipal padece de mais recursos físicos e humanos, tem um nível organizacional insatisfatório e o volume de arrecadação próprio é incapaz de promover mudanças relevantes a nível local, ficando refém das iniciativas do governo federal. Do ponto de vista técnico, a principal queixa diz respeito a descontinuidade do tratamento ocasionado pela volta dos usuários estrangeiros ao país de origem sem a terapêutica necessária. Posteriormente retornam ao município com o mesmo problema de saúde ou mesmo com agravamento do quadro mórbido, devido a interrupção ocorrida no tratamento.

Os esforços oficiais de uma efetiva integração dos serviços de saúde nas nossas fronteiras ainda está longe de oferecer soluções definitivas (e mesmo momentâneas) e tem pecado pela descontinuidade, extrema morosidade e mudança contínua dos atores envolvidos. Desde a adesão dos dirigentes municipais ao Projeto, já ocorreram duas mudanças no executivo municipal, estadual e federal, o que, quase sempre, implica em mudanças na gestão da saúde municipal e em seus quadros técnicos. Notadamente, o próprio Projeto está sendo concluído após perda de prioridade dentro do Ministério da Saúde.

Outro problema enfrentado diz respeito ao planejamento da estrutura, dos recursos necessários e das ações a serem desenvolvidas para a garantia de uma melhor saúde nas regiões de fronteira de Roraima, que passa necessariamente pela questão das relações com os países vizinhos. A área da saúde é uma das que apresenta mais demandas e requer soluções mais ágeis, o que não vem acontecendo. Observamos em Roraima o mesmo quadro de desinformação e desarticulação registrado por Agustini e Nogueira (2010) em estudo sobre a

fronteira do Arco Sul que registraram desconhecimento em maior ou menor nível sobre o andamento do Projeto por parte dos dirigentes locais.

As fronteiras internacionais nas quais estão localizadas as cidades de Bonfim e Pacaraima são áreas muito dinâmicas em função da pequena distância geográfica que separa essas cidades e da efetiva mobilidade populacional em ambos os lados do limite internacional. Há grande fluxo humano, de bens, mercadorias e serviços que diminui ou aumenta a mercê de fatores políticos e econômicos. As relações entre as cidades de Bonfim e Lethem e Pacaraima e Santa Elena de Uairén é marcado por grande mobilidade transfronteiriça, atraindo brasileiros que atuam em regiões de garimpo na busca por assistência.

O planejamento das ações de saúde na fronteira necessariamente coloca a questão das relações com os países vizinhos, pois fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países. É importante o profundo conhecimento das características das quais se revestem as políticas públicas dos países vizinhos, sua cultura e dinâmicas sociais e econômicas. Na realidade o que se observa são graves lacunas políticas e de informações sobre em que grau e medida as necessidades existem.

Nas regiões de fronteira em Roraima, encontramos populações que historicamente foram excluídas do desenvolvimento (ali em busca dessa oportunidade) e a mercê, no que concerne à saúde, de uma infraestrutura insuficiente e pouco aparelhada de acesso a serviços, bens e tecnologias de saúde. Não foram detectados acréscimos significativos na estrutura de saúde local com a adesão dos municípios ao SIS-Fronteiras, seja em termos de instalações físicas, insumos ou equipamentos e mesmo recursos humanos especializados. O planejamento das ações de saúde também não avançou o suficiente, pois a sistemática do Projeto previu um diagnóstico local que levou em consideração apenas os dados referentes à população e estrutura existente nos municípios do lado brasileiro.

A necessidade de um diagnóstico da situação de saúde de qualquer população que ampare as ações de planejamento e oferta de serviços é condição essencial para a alteração eficiente da realidade. Quando essa situação, então, é extremamente complexa, por envolver uma realidade além dos limites da fronteira geopolítica, esse diagnóstico é ainda mais essencial. Segundo as informações levantadas, o diagnóstico local de saúde dos municípios foi feito, mas os atuais dirigentes municipais de saúde não localizaram o documento formal produzido e desconhecem maiores detalhes dos planos operacionais.

Enquanto na literatura encontramos descrições das dificuldades observadas nas regiões fronteiriças com o deslocamento da população ali residente para um ou outro país em busca de melhor oferta de serviços de saúde, no caso de Roraima as informações iniciais indicam um fluxo constante das populações vizinhas para o nosso país. As ações conjuntas quase nunca acontecem e, segundo os relatos colhidos, não existem acordos formais na atualidade que direcionem ações de combate a problemas comuns e que envolvam de maneira sistemática as estruturas locais. Não existe a mínima complementaridade entre as estruturas de saúde das cidades vizinhas e ambas seguem procurando sanar as dificuldades existentes de forma individualizada e autônoma.

O Projeto SIS-Fronteiras, lançado como instrumento capaz de mudar a realidade das cidades fronteiriças no tocante a situação de saúde, se perdeu em seu cronograma, perdeu espaço político, pouco alcançou seus objetivos e quase nada conseguiu mudar. Surgiu e organizou-se sem praticamente nenhuma participação de quem está na ponta do sistema (nos municípios de fronteira) e sem dialogar com representantes dos países vizinhos. Fora do seu âmbito, constata-se que o planejamento e a coordenação de ações e acordos bilaterais ou multilaterais 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. Parece que, mais uma vez, estamos próximos de finalizar mais um grande projeto que buscou trazer desenvolvimento para áreas desassistidas sem maiores indicadores de sucesso. Como em tantas outras iniciativas oficiais, a adesão dos municípios é uma simples forma de tentar garantir mais recursos financeiros ou materiais.

O SIS-Fronteiras como ferramenta de gestão que possibilita a integração da oferta de serviços prestados está longe de render os frutos necessários e desejáveis. As autoridades municipais entrevistadas sabem da realização de um diagnóstico local, mas não referem o uso do mesmo para o desenvolvimento de ações no âmbito do município ou elaboração dos Planos Municipais de Saúde. O quadro de carência de recursos humanos, físicos e materiais disponíveis nos municípios de fronteira ainda persiste e a população continua desassistida em suas necessidades de saúde (principalmente de assistência especializada). Os sistemas de saúde dos municípios brasileiros de fronteira ainda estão longe de realizar um planejamento

em harmonia e integração com as secretarias de saúde dos países vizinhos, existindo quase que somente ações pontuais incapazes de mudar as condições sanitárias.

As ações idealizadas a partir do SIS-Fronteiras ainda não são efetivamente instrumento gerador de cooperação entre os sistemas municipais de saúde brasileiros e estrangeiros. Além disso, desde a implantação do Projeto, já ocorreram três eleições para o executivo municipal e duas no nível estadual e federal, ocasionando uma troca constante de pessoal responsável pelo programa. Isso acarreta que os atuais gestores declarem desconhecer os acordos e pactos firmados entre os governos da região, causando uma situação de pouca ou mesmo nenhuma interlocução entre os integrantes do nível local.

Com a criação do Grupo de Trabalho de Saúde na Fronteira entre Brasil e Venezuela já há registro da interlocução entre as autoridades sanitárias brasileiras e venezuelanas. Gestores de todos os níveis de governo brasileiro e venezuelano já promoveram reuniões em ambos os países para delimitação de ações conjuntas e estabelecimento de objetivos comuns. O problema é a burocracia governamental que se arrasta ao longo dos anos e as mudanças dos atores envolvidos que ocasiona a pouca objetividade e falta de celeridade das ações, levando a tímidos avanços na efetiva integração entre os países. Foi possível verificar que as iniciativas na área da saúde não apresentam a mesma rapidez de implantação que as políticas comerciais e nem a mesma celeridade que as ações de segurança.

Os diagnósticos levantaram os pontos críticos do sistema, principalmente em relação à assistência médica e a estrutura necessária para sua efetivação: carência de profissionais de algumas especialidades, pobreza de equipamentos, treinamento insuficiente, etc. No caso de Roraima, há o registro da realização de diagnósticos da situação de saúde de todos os municípios localizados em regiões de fronteira, elaborados por comissão criada no âmbito da Universidade Federal de Roraima. Esses diagnósticos já foram referendados pelas Comissões de saúde locais e também pelo Ministério da Saúde. A partir do diagnóstico também foram produzidos os planos operacionais necessários para uma mudança de realidade. O primeiro grande problema é que esses planos apenas procuram ajustar a estrutura de saúde de cada município, sem nenhuma relação com a estrutura dos países vizinhos e sem procurar alterar a dinâmica produtiva, social, educacional, etc, do município.

Todos os dados estatísticos levantados apontam que houve progresso nos indicadores municipais estudados no decorrer dos últimos anos. A situação encontrada hoje nos

municípios é melhor que a encontrada, por exemplo, uma década atrás. Essa situação de progresso também é encontrada quando se analisa a situação do estado e também do país. Difícil é determinar em que medida essas melhorias se devem às ações oriundas do SIS-Fronteiras. O certo é que a posição das cidades estudadas pouco mudou quando comparadas com os outros municípios do Estado, cuja situação também pouco mudou em relação às outras unidades da Federação. O Arco Norte, provavelmente também não mudou seu status de apresentar os piores indicadores quando comparado com as outras regiões de fronteira.

Cabe aqui, talvez, a crítica de que o poder público tem verdadeira fixação em gastar vastos recursos na elaboração de diagnósticos, que exigem grandes esforços, mobilizam equipes técnicas especializadas e geram grandes dividendos políticos. Esperamos que esse não seja o caso, pois envolveu além dos burocratas governamentais, parcela significativa da academia brasileira mais afeita a critérios meticulosos. De qualquer forma, ainda não se tem clareza (até devido ao lapso temporal) das relações entre esse diagnóstico e a situação atualmente encontrada em termos da infra-estrutura instalada e dos quantitativos atendidos dessa população flutuante. É preciso avançar bastante pois, se assim não ocorrer, mais uma vez teremos confirmada a máxima que as políticas públicas apesar de dificuldades na sua elaboração, padecem principalmente de extensas falhas na sua implementação.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, Josiane; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul.** *Serv. Soc. Soc.* [online].2010, n.102, pp. 222-243. ISSN 0101-6628. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200003>. Acesso em 25/03/2013.

ALVARADO, Marino. **Em crisis el programa Barrio Adentro, modelo de gestión de salud integral en Venezuela.** Disponível em <http://medicinacubana.blogspot.com.br/2013/07/en-crisis-el-programa-barrio-adentro.html>. Acesso em 23/09/2013

ATA DA II REUNIAO DO SUBGRUPO DE TRABALHO SOBRE SAUDE NA FRONTEIRA (STSF) BRASIL-VENEZUELA. Boa Vista/Roraima, 09 a 11 de setembro de 2009.

BATISTA, Francisco Lima. **Políticas e ações nos espaços fronteiriços Brasil (Terra Indígena Raposa-Serra do Sol) e Venezuela (Parque Nacional de Canaima)** / Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2009, 57 f.

BECKER, B. K. **Revisão das políticas de ocupação da Amazônia: é possível identificar modelos para projetar cenários.** In Revista Parcerias Estratégicas - número 12 - setembro 2001: 135-159

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004.** – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MIN. Ministério da Integração Nacional. **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: Ministério da Integração Nacional - Secretaria de Programas Regionais, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Acompanhamento do Projeto SIS-Fronteiras.** Brasília – dezembro, 2006

_____. **Relatório de Acompanhamento do Projeto SIS-Fronteiras.** Brasília – julho, 2007

_____. **Relatório de Acompanhamento do Projeto SIS-Fronteiras.** Brasília – fevereiro, 2008.

_____. **Relatório de Acompanhamento do Projeto SIS-Fronteiras.** Brasília – dezembro, 2008.2.

_____. **Relatório de Acompanhamento do Projeto SIS-Fronteiras.** Brasília – abril, 2009.

_____. Grupo de Trabalho Interfederativo de Integração Fronteiriça. **Bases para uma proposta de desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira.** Brasília – DF, 2010, 141 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde : relatório de situação : Roraima** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.– 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.35 p.

CARDOSO, R. B. **Cooperação internacional e segurança na fronteira norte:** Brasil, Venezuela e Guiana (2003-2008). Dissertação de Mestrado. UFRS. Porto Alegre, 2010

CARNEIRO, Rosalvo Nobre. **O papel das políticas públicas e o desenvolvimento regional no Brasil:** do paradigma mentalista ao lingüístico. In Boletim Goiano de Geografia. Goiania, v. 30 n. 2, p. 113 – 123, jul/dez 2010.

CASOS de malária de origem dos países vizinhos representaram 49% em 2013. **Folha de Boa Vista,** Boa Vista, RR, 25 e 26 de janeiro de 2014. Caderno 1, p.5

CIB/RR. **RESOLUÇÃO N° 8 DE 27 DE MARÇO DE 2012,** publicada no Diário Oficial do Estado de Roraima – DOE/RR N° 1.769 DE 13/4/2012

COELHO, Pedro M. P. **Fronteiras na Amazônia:** um espaço integrado. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 1992, 159p.

CONASS. **Projeto SIS Fronteiras - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras.** Nota Técnica | 03 | 2006. Brasília, 20 de março de 2006

DA ROS, M. A., HENRIQUE, F., GAMA, L. A., GORONZI, T. A., SOARES, G. B. **Atenção Primária em Saúde na Venezuela – misión barrio adentro I.** Editora Letras Contemporâneas, 2008.

DATASUS/MS. **Cadernos de Informação de Saúde – Bonfim/RR.** 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em 04/10/13

DATASUS/MS. **Cadernos de Informação de Saúde – Pacaraima/RR.** 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em 04/10/13

FELIPE, José S. Saúde: a concepção política e a perspectiva brasileira In Souza, Maria de Lourdes....[et al] (org) **A saúde e a inclusão social nas fronteiras** - Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.400 p.

FERNANDES NETO, Pedro. **A faixa de fronteira internacional norte do Brasil: uma análise comparativa entre os dois pares de cidades-gêmeas de Roraima: Pacaraima (Brasil)/ Santa Elena (Venezuela) e Bonfim (Brasil)/ Lethem (Guiana)** In Anais do X

Encontro de Geógrafos da América Latina – 20 a 26 de março de 2005 – Universidade de São Paulo

FUNDAÇÃO WIKIPEDIA INC. **Santa Elena de Uairén.** Disponível em http://es.wikipedia.org/wiki/Santa_Elena_de_Uair%C3%A9n. Acesso em 20/10/2013.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís. **Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento.** Cad. Saúde Pública vol.23 supl.2 Rio de Janeiro 2007

GALLO, Edmundo A. Integração regional da saúde na América do Sul: desafios e prioridades. In **A saúde e a organização social nas fronteiras/** Maria de Lourdes de Souza....[et al] (org) Florianópolis. Fundação Boiteux, 2008. 400 p.

GALVÃO, Márcio A. Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil colônia a 1930** In *Textos do Departamento de Ciências Médicas | Escola de Farmácia.* Universidade Federal de Ouro Preto: MG, 2008

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5ª Ed. São Paulo, Atlas, 1999.

GIOVANELLA L., GUIMARÃES L, NOGUEIRA, V., LOBATO L. et al. **Saúde nas fronteiras:** acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup2:S251-S266, 2007.

GIOVANELLA, Ligia.; FEO, Oscar; FARIA, Mariana.; TOBAR, Sebastián. (org.).**Sistemas de salud em Suramérica: desafios para la universalidad, la integralidad y la equidad .** Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012

GUIMARÃES NETO, L. **Desigualdades e políticas regionais no Brasil:** caminhos e descaminhos. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, nº 15 - junho de 1997

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2010.** Rio de Janeiro, 2012.

INDEX MUNDI. **Guiana.** Disponível em <http://www.indexmundi.com/pt/guiana>. Acesso em 14/11/2013.

INFOBAE. **Venezuela: Ministra admite crisis en El sistema de salud.** Disponível em <http://www.infobae.com/2013/08/31/1505524-venezuela-ministra-admite-tesis-el-sistema-salud>. Acesso em 31/08/2013.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA AGRICULTURA. **Plano de Trabalho Interfederativo para a Integração Fronteiriça. 2010.** Brasília-DF, 2010

KLEIN, H.S. & LUNA, F.V. Desigualdade e indicadores sociais no Brasil In SCHWARTZMAN, Luisa Farah et al. (Org). **O Sociólogo e as Políticas públicas:** Ensaio em Homenagem a Simon Schwartzman. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. P. 97-116

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **Ata da I Reunião do Comitê de Fronteira.** Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br>. Acesso em 01/12/2013.

NOGUEIRA, Vera M. R. **Saúde nas fronteiras – perspectivas e desafios**. XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Maceió – AL, 2012. Apresentação em Power Point.

NOGUEIRA, V.M. R & DAL PRA, K.R. **Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde**. Revista do Serviço Social. Brasília, n. 18, p.159 – 188, jan/jun. 2006

NUNES, Tiago. **Um panorama histórico das relações Brasil – Venezuela**. Revista do Núcleo Brasileiro de Estratégia e Relações Internacionais da UFRS. V. 2 n°6/jun.jul. 2011, p. 49-68

OCAMPO, Antonio H.T. A saúde nas fronteiras: “uma proposta de bem-estar e desenvolvimento In SOUZA, Maria de Lourdes....[et al] (org) **A saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.400 p.

PAULUS JÚNIOR, Aylton & CORDONI JÚNIOR, Luiz. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006

PEITER, Paulo Cesar. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/ PPGG, 2005.

PEITER, Paulo; MACHADO, Osório; ROJAS, Luisa. Doenças transmissíveis na faixa de fronteira Amazônica: o caso da malária In MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.257-272.

PNUD Brasil. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/consulta/>. Acesso em 29/09/2013.

POLIGNANO, Marcus V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 20.07.2012.

PORTAL AMAZÔNIA. **Roraima restringe circulação de estrangeiros após morte por H1N1**. Disponível em <http://www.portalamazonia.com.br/editoria/cidades/roraima-restringe-circulacao-de-estrangeiros-apos-morte-por-h1n1/>. Acesso em 25/09/2013.

PORTAL ODM. **Relatório dinâmico indicadores municipais Pacaraima-RR**. Disponível em <http://www.portalodm.com.br/relatorios/rr/pacaraima>. Acesso em 20.10.2013.

PORTAL ODM. **Relatório dinâmico indicadores municipais Bonfim-RR**. Disponível em <http://www.portalodm.com.br/relatorios/rr/bonfim>. Acesso em 20.10.2013.

PORTAL TERRA. **Venezuela admite "dificuldades" nos hospitais públicos**. Disponível em <http://saude.terra.com.br/venezuela-admite-dificuldades-nos-hospitais-publicos,1b8e1237e0fc0410VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>. Acesso em 05.09.2013.

REZENDE, V.M., BRANCO, M.L., ARAUJO, A.S. Do ideário a vivência de práticas no contexto das fronteiras In SOUZA, Maria de Lourdes [et al.] (org.). **A saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. 400 p.

ROCHA; ZANCAN, TAVARES; CARVALHO. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local In **Qualificação de Gestores do SUS**. Brasília, 2008.

RODRIGUES, Francilene. **Migração transfronteiriça na Venezuela**. Estudos Avançados . vol.20 n°.57. São Paulo May/Aug. 2006

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTIAGO, Beatriz N. Identidade Sul-Americana In SOUZA, Maria de Lourdes....[et al] (org) **A saúde e a inclusão social nas fronteiras** - Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.400 p.

SANTOS, Nelvio Paulo Dutra. **Políticas Públicas, economia e poder: o Estado de Roraima entre 1970 e 2000**. Tese (Doutorado). Belém: 2004. 270 p.

SARRETA, Fernanda de O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**[online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p

SCHÄFFER, N. O. Projetos de integração regional e o conceito de fronteira In **Boletim Gaúcho de Geografia**, 18: 05-10. Porto Alegre: maio, 1991

SEPLAN/RR/CGEES. **Informações Socioeconômicas do Município de Bonfim – RR 2010** - 1ª edição. Boa Vista: 2010.61p.

_____/CGEES. **Informações Socioeconômicas do Município de Bonfim – RR 2012** - 1ª edição. Boa Vista: 2012.

_____. **Informações Socioeconômicas do Município de Pacaraima – RR 2010** - 1ª edição. Boa Vista: 2010

_____. **Informações Socioeconômicas do Município de Pacaraima – RR 2012** - 1ª edição. Boa Vista: 2012.60p.

SILVA, Altiva B. **Geopolítica na fronteira norte do Brasil: o papel das forças armadas nas transformações sócio-espaciais no Estado de Roraima**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2007

SILVA, Angela M. Moreira (coord); SOUTO , Clívea de F et al. **Manual de normas técnicas para apresentação dos trabalhos técnico-científicos da UFRR**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2012

SILVA, Carlos A. Borges. **A Revolta do Rupununi: uma etnografia possível**. Tese de doutorado- Universidade Estadual de Campinas, 2005

SILVA, Maria G. e NOGUEIRA, Vera M. R. **O direito a saúde em região de fronteira: revisitando o debate**. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas – RS, 2011. Disponível em www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/20.pdf. Acesso em 25/03/2013.

SILVA NETO, Antonio Levino. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Revista Sociologias, ano 08, n°16, jul/dez 2006. Porto Alegre – RS, p. 20 - 45

SUPERTI, Eliane. Políticas públicas e integração sul-americana das fronteiras internacionais da Amazônia brasileira *In* **Novos Cadernos NAEA** da Universidade Federal do Pará. v.. 14, n. 2, p. 303-320, dez. 2011, ISSN 1516-6481

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. ***O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade*** - AATR-BA, 2002

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de levantamento**. Subsídios para a elaboração do relatório sistêmico da saúde. Coleta de dados sobre entidades que atuam na área de saúde vinculadas ao governo do Estado de Roraima. Brasília – DF, out/2013. Disponível em www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 50617940. Acesso em 19/11/2013

VENEZUELA. Constitución (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Proclamada em 20 de dezembro de 1999. Caracas: Imprenta Nacional, 2001.

VIANA, Ana [et al]. Proteção Social em Saúde no Brasil: desafios de uma política para a Amazônia Legal. In: VIANA, Ana; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. **Saúde, desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009 (193-267)

VIANA, Ana C. & QUEIROZ, Olendina B. **Relações bilaterais entre Brasil e Venezuela através dos estados de Roraima e Bolívar**. TEXTOS&DEBATES, *Boa Vista*, n.21 p. 7-22 , jan./jun. 2012

VILASBÔAS, A.L.Q; PAIM, J. S. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, jun, 2008.

ANEXOS

Anexo I – Portaria de Criação do SIS-Fronteiras

PORTARIA Nº 1.120/GM DE 6 DE JULHO DE 2005.

Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a necessidade de consolidar e expandir a atuação do Ministério da Saúde no âmbito da área de fronteiras;

Considerando a necessidade de avaliar as ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras;

Considerando a necessidade de desenvolver um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação; e

Considerando a necessidade de mobilizar os gestores da área de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede,

R E S O L V E:

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.

Art. 2º Estabelecer o montante de R\$ 6.500.000,00 no ano de 2005 para a execução do disposto nesta Portaria, proveniente do Programa de Trabalho 10.122.1300.7666.0001 –

Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde - QUALISUS – Nacional, com fontes consignadas no orçamento vigente.

Art. 3º Estabelecer, para a execução, as seguintes fases:

I - Fase I - Diagnóstico e Plano Operacional;

II - Fase II - Implantação de Serviços para Áreas de Fronteiras; e

III - Fase III - Qualificação de Gestão em Áreas Estratégicas.

Art. 4º Aprovar a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações, para a integração dos Sistemas de Saúde nas regiões de fronteiras;

Art. 5º Determinar que seja da competência da Secretaria-Executiva – SE e da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde, adotar as providências necessárias à plena estruturação do SIS - Fronteiras, ora instituído.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Anexo 2 – Termo de Adesão dos Municípios ao Projeto SIS – Fronteiras

TERMO DE ADESÃO AO SIS FRONTEIRAS	
1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
1.1 Nome	1.2 UF
2 PRAZOS A PARTIR DA ASSINATURA DO PRESENTE TERMO DE ADESÃO / APÓS A ADESÃO AO INCENTIVO PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES ENUMERADAS A SEGUIR:	
Até 30 dias	Adscrição da clientela e formação de comissão local de saúde
Até 60 dias	Apresentação e pactuação do Plano Operacional
Até seis meses	Diagnóstico Local da população
3 ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PARA A ADESÃO	
()	
()	
()	
()	
() Outras estratégias Especificar:	
4 RESPONSÁVEL PELA ADESÃO AO SIS FRONTEIRAS DO MUNICÍPIO	
4.1 Nome:	4.2 Telefone
4.3 Cargo/função	4.4 E-mail
5 LOCAL E DATA:	
6 ASSINATURA DO GESTOR MUNICIPAL	
7 ASSINATURA DO GESTOR ESTADUAL	

Anexo 3 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para autoridades municipais de saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES FRONTEIRIÇAS DE PACARAIMA E
BONFIM: A IMPLEMENTAÇÃO DO SIS-FRONTEIRAS EM RORAIMA**

**Roteiro de Perguntas a informantes chaves nas Secretarias Municipais de Saúde dos
Municípios de Fronteira**

Nome: _____

Função: _____

Tempo no cargo: _____

1. Em sua opinião quais os maiores problemas da saúde no município?
2. Quais os serviços mais demandados pela população do município?
3. Como se dá o acesso da população aos serviços prestados na área da saúde?
4. Qual a infra-estrutura de saúde a cargo da Prefeitura?
5. De que recursos humanos, materiais e técnicos a Secretaria Municipal de Saúde dispõe para atendimento da população?
6. Que Programas de Saúde estão em funcionamento no momento?
7. Quais estão em processo de implantação ou em planejamento?
8. Quais as principais ações demandadas pela população fronteiriça nos serviços de saúde locais?
9. Se sim, como é tratada essa demanda de estrangeiros?
10. Existem acordos de cooperação internacional (formais e informais) na área da saúde em vigência com o país vizinho?
11. Qual a capacidade da secretaria de saúde do município de formular programas de cooperação com as cidades da fronteira?
12. Quais as estratégias mais comuns de resposta dos gestores locais às pressões por atendimento e financiamento dos serviços demandados por estrangeiros?

12. Há necessidade de se melhorar os serviços/atendimento de saúde em função da procura dos serviços por estrangeiros e brasileiros residentes no outro país?
13. Que avanços ocorreram na saúde municipal desde a adesão ao SIS-Fronteiras?
14. Quais os principais pontos presentes no Plano Operacional construído a partir do diagnóstico local do SIS-Fronteiras?
15. Como se insere o setor de saúde privado no município?
16. Existem outros parceiros potenciais no município no que se refere às ações de saúde ?
17. Quais as prioridades da secretaria de saúde no município na atual gestão?

Anexo 4 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Título da pesquisa:****ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES FRONTEIRIÇAS DE PACARAIMA E BONFIM: A IMPLEMENTAÇÃO DO SIS-FRONTIERS EM RORAIMA**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES FRONTEIRIÇAS DE PACARAIMA E BONFIM: A IMPLEMENTAÇÃO DO SIS-FRONTIERS EM RORAIMA**”, realizada em Boa Vista-RR. O objetivo dessa pesquisa é analisar o processo de integração local referente aos serviços de saúde nas cidades fronteiriças de Pacaraima e Bonfim no sentido de contribuir com a formulação de políticas regionais. A sua participação é muito importante e ela se dará através da aplicação de um questionário abordando perguntas sobre a situação da saúde no seu município. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade se assim o desejar.

- Os benefícios esperados são a análise das atuais políticas de saúde em execução que poderão resultar em um melhor funcionamento do sistema de atenção integrado de saúde entre o Brasil e os países vizinhos.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: FRANCISCO DE ASSIS LIMA CARVALHO, Rua Souza Junior, 479 – Mecejana, Boa Vista – RR, fones 3224-5401 / 9962-6929 / 8122-0139, e-mail assislc@zipmail.com.br, procurar a Coordenação do PROCISA na UFRR ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo

Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Boa Vista, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável : Francisco de Assis Lima Carvalho

RG: 1.223.174 SSP/PE

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Anexo 5 – E-mail resposta do Ministério da Saúde

Prezado Sr. Francisco de Assis Lima Carvalho,

O Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) do Ministério da Saúde já dispõe das informações solicitadas por Vossa Senhoria, pedido 25820006117201305, que segue abaixo os esclarecimentos da área, na íntegra:

“Sobre a Demanda:informo que estive em Boa Vista no final do mês passado e realizei reuniões com os municípios fronteiriços, dentre eles estiveram presente Pacaraima e Bomfim, com a finalidade de conclusão do Projeto SIS- Fronteira, no Estado de Roraima.

Historico:

Instituído pela Portaria GM/MS nº. 1.120, de 06 de julho de 2005 e lançado em Uruguaiana/RS em 10 de novembro de 2005, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteira tem o objetivo de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros.

Contemplado no PROGRAMA MAIS SAÚDE – Direito de Todos – 2008-2011, no eixo da Cooperação Internacional, o SIS-Fronteira contribui para a meta 7.3.2 - “melhorar os serviços de saúde dos 121 municípios de fronteira”.

? Atualmente o Projeto SIS-Fronteira, é de responsabilidade da SAS, conforme Portaria GM/MS nº. 1.658, de 22 de julho de 2009, anexa;

? O repasse financeiro aos municípios precisam ser cumprido conforme Portaria GM/MS nº. 1.189, de 06 de junho de 2006.

? O projeto foi previsto no Mais Saúde para ser conclusivo até o 1º semestre de 2012, mais não foi possível!

_____Desde 2012, estou sozinha respondendo a todas as demandas do Projeto, por isto, nem sempre é possível responder a todas as demandas em tempo hábil, pois é necessário realizar consultas e pesquisa em documentos que as vezes não sei onde e com quem estão!

2 PRAZOS

Os prazos para a execução do Projeto foram redefinidos no Programa Mais Saúde - Direito de Todos, para o quadriênio 2008-2011.

Em tempo, informo que o Projeto SIS-Fronteira, tem III Fases: Fase I- realização de dois Produtos (Diagnostico Local e Plano Operacional) que contou com a coordenação e execução dos Produtos citados, e teve a participação e colaboração dos Municípios contemplados no Projeto são eles: Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Caracarai, Caroebe, Iracema, Normandia, Pacaraima e Uiramutã.

As Fase II e III. Todos os municípios já concluíram a fase I e Amajari, já recebeu os recursos da III Fases do projeto.

? Continuando a resposta sobre a Demanda solicitada:

1. BONFIM : recebeu recurso da fase I (já prestou conta quando apresentou o Diagnostico e o Plano Operacional), em 2006; Recebeu Recurso Adicional para ações de Custeio no Valor de R\$ 30.000,00; Em 2010, recebeu recurso financeiro para ação CAPITAL, referente a Fase II (OB:803021, Data:05/02/2010, Banco 001, Ag:04263-3, C/C:958054-9, valor R\$ 19.927,18. - Resolução CIB/RR n° 67/2009), solicitado para ampliação de uma UBS local; Estamos providenciando a solicitação para o recurso financeiro da Fase III no Valor de R\$ 19.927,18 (estamos aguardando a resolução de aprovação da CIB estadual de Roraima.

2. PACARAIMA : recebeu recurso da fase I (já prestou conta quando apresentou o Diagnostico e o Plano Operacional), em 2006; Recebeu Recurso Adicional para ações de Custeio no Valor de R\$ 30.000,00; Não houve atividades em 2010, 2011 e 2012,. Foi providenciado a solicitação do recurso Financeiro referente a Fase II, para ações Capital (Compra de equipamento de informática), no valor de R\$ 13.817,44, conforme a Resolução CIB/RR n° 08/2013.

3. Após o recebimento da Fase III o projeto é finito.

4. As prestação de contas é realizada na CIB e no relatório de Gestão anual.

É o que temos a informar. No mais estamos a disposição para eventuais esclarecimentos e dúvidas.”

Na oportunidade, o Ministério da Saúde coloca-se à disposição de Vossa Senhoria sempre que necessário.

Atenciosamente,

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Assessoria Técnica -SIS-Fronteira/CGUE/DAHU

<http://www.acessoinformacao.gov.br/sistema/Pedido/DetalhePedido.aspx?id=cmUTR9VwQ>

Eo=