

**Anexo VIII – Entrevistas com os secretários estaduais de saúde
do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul**

Percepções sobre saúde na fronteira do Mercosul

Entrevista com o Secretário de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul Osmar Gasparini Terra

Secretário de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul desde 2003, Osmar Gasparini Terra, 57 anos, é médico formado pela UFRJ em 1974 com especialização em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê pela UnB. É deputado federal (licenciado) eleito pela terceira vez, e foi prefeito da cidade gaúcha de Santa Rosa. Antes do cargo atual, ocupou vários postos de relevância na área de gestão em saúde, entre eles a superintendência do INAMPS em Porto Alegre e a presidência do Grupo Hospitalar Conceição. Foi ainda Secretário Executivo do Programa Comunidade Solidária da Presidência da República.

Em entrevista concedida a Ligia Giovanella, em 16 de novembro de 2005, Osmar Terra definiu o que deve ser, no seu entender, o papel dos Estados no SIS-Fronteira: coordenar, articular os serviços existentes e direcionar as políticas ao nível estadual para as metas, sempre acompanhadas de indicadores. Sua previsão é que, no futuro, os demais países do Mercosul terão um sistema similar ao SUS. A unificação dos serviços na faixa de fronteira utilizará o modelo brasileiro porque ele constitui, acrescenta, “a proposta mais avançada em termos de garantias de direitos, universalidade e integralidade do atendimento”.

Como questão que preocupa especialmente seu Estado, e cuja abordagem ele considera necessária o quanto antes, o Secretário aponta o fato de estrangeiros (e não só de países fronteiriços) chegarem ao Rio Grande do Sul em busca de transplantes de órgãos, um setor que é ali de excelência.

Pergunta: O fato de o Rio Grande do Sul ser um Estado de fronteira tem implicações nas políticas do sistema de saúde?

Osmar Terra: A questão das fronteiras não é o nosso foco principal, até porque é um fato recente que está começando a se discutir agora. Estão se criando as primeiras condições para discutir o SIS-Fronteira, que ainda é embrionário. Então eu ainda não tenho uma opinião formada sobre esse assunto. Mas já estamos discutindo a melhoria da vigilância na fronteira em relação a doenças e tentando organizar um fluxo de atendimento, independente de qualquer tipo de convênio ou programa federal, porque já existe um fluxo grande de população que atravessa o Rio Uruguai, no caso da Argentina, ou a fronteira uruguaia, no caso do Uruguai, para ser atendida do lado de cá. O nosso sistema é mais abrangente, garante medicamentos, garante um atendimento mais universal. As pessoas dão só o nome, ou o endereço, ou às vezes, como em boa parte da fronteira com o Uruguai, têm dupla identidade. Certamente nós estamos atendendo a uma população grande que teoricamente deveria ser atendida pelo seu país de origem e que não está prevista nos nossos cálculos populacionais nem na nossa contabilidade. Calculamos o atendimento de Livramento pela população de Livramento, e na verdade nós atendemos Livramento e Rivera. Calculamos o atendimento de Uruguaiana pela população de Uruguaiana, mas atendemos muito mais. Então, há uma sobrecarga dos municípios de fronteira, o que acaba pressionando o sistema todo, porque nós temos que garantir a internação hospitalar e repassar recursos. Não é à toa que todos os hospitais de fronteira estão em crise. Crise de gestão, mas também financeira, pois eles atendem muito mais do que o previsto. Com o SIS-Fronteira, deve-se estabelecer um projeto para normalizar esse atendimento.

P: Existe alguma recomendação quanto ao atendimento de estrangeiros nos serviços estaduais de saúde?

Osmar Terra: Não! Não! Qualquer pessoa que procura o serviço estadual de saúde é atendida. A recomendação é essa: que todos sejam atendidos.

P: Em relação aos serviços de referência estadual, existem demandas? Quais são elas?

Osmar Terra: Um problema que tem surgido com frequência, nos últimos tempos, é o dos transplantes. O Rio Grande do Sul é excelência em transplantes, o centro de transplante de pulmão do Brasil e um dos melhores do mundo. Então, existe uma fila, em que os pacientes uruguaios e argentinos também querem entrar. Já tivemos pedidos expressos até do governo argentino para furar a fila e fazer o transplante. E não deu para atender. Precisamos de alguma regra para isso. Nós tivemos um caso recente em que o paciente veio do Japão para fazer o transplante de pulmão em Porto Alegre.

P: Existe alguma iniciativa de produzir um acordo relacionado ao atendimento de estrangeiros vizinhos de fronteira?

Osmar Terra: Existem tentativas, inclusive do Itamaraty, que tem um representante no Rio Grande do Sul. Cada vez que surgem os problemas nós levamos para resolver através dele. A idéia é fazer uma reunião com os países da fronteira, com os representantes dos Ministérios para podermos trabalhar essa questão da referência. Conheço o Sistema de Saúde do Uruguai e Argentina, mas o nosso é muito mais abrangente que o deles. Como nossa proposta é mais avançada que a deles, a tendência é haver uma pressão de lá para cá.

P: Que outras características do sistema de saúde desses países podem estar influenciando, além da questão da universalidade?

Osmar Terra: Na questão da qualidade dos serviços, existe uma rede muito bem montada de serviços médico-hospitalares no Rio Grande do Sul, Estado que proporcionalmente à população tem a maior oferta de serviços médico-hospitalares do Brasil. É maior que a de São Paulo, guardadas as proporções. São serviços de boa qualidade. Temos dificuldade até de negociar “teto” com o Ministério da Saúde, pois proporcionalmente temos um custo elevado por causa do centro de referência das especialidades, numa quantidade maior que a média brasileira.

P: Você tem conhecimento se brasileiros procuram o serviço de saúde dos outros países, nas cidades fronteiriças?

Osmar Terra: Não tenho. A tendência é o contrário, mas números eu não tenho.

P: Números de fato, quase ninguém tem, porque não há registro adequado ainda. Na sua opinião, quais seriam os acordos necessários entre os países para tratar de questões de saúde na fronteira?

Osmar Terra: Acho que tem que haver um acordo sobre o centro de referência, inclusive com financiamento proporcional ao atendimento – se há uma idéia do atendimento do centro de referência. Eu não digo centro de referência só do Rio Grande do Sul, mas se houver na Argentina e no Uruguai, estabelecer e mapear isso. Em toda a faixa de fronteira, isso devia funcionar uns cinquenta quilômetros para dentro dos países, como se fosse um só país, um só sistema. Na

prática já está acontecendo isso, mas não há financiamento, organização nem planejamento.

P: E em relação à situação de profissionais de saúde entre fronteiras, como você avalia a situação?

Osmar Terra: É necessário um padrão de qualificação dos profissionais nos dois lados da fronteira. Um padrão único, acertado, acordado, como uma prova, alguma coisa pela qual o profissional tenha que expressar esses critérios. E que com isso ele também possa circular, trabalhar nos dois lados da fronteira, nos dois países. Aí, não é só na fronteira, pois se o sujeito está qualificado para trabalhar do outro lado, ele atende aos critérios do país, não é?

P: Ai é aquela questão da harmonização...

Osmar Terra: É preciso um tratamento especial. Mas acho que o profissional tem que passar por testes de avaliação, feitos pelos Conselhos de profissionais das diversas áreas, pois não seria bom se o sujeito fizesse um curso qualquer, desqualificado, do outro lado, e viesse trabalhar no lado brasileiro, ou vice-versa.

II. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO ENTRE PAÍSES SOBRE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE

P: A outra parte das perguntas é sobre a integração entre os países. A União Européia realiza um processo de integração muito antigo e chegou a estabelecer de fato um mercado comum, inclusive a uma moeda comum. Em relação ao Mercosul você sente nenhuma repercussão para a saúde?

Osmar Terra: O Mercosul é tímido, ainda sofre com as políticas locais. Quer dizer, a Argentina entra em crise aí fecha o Mercosul, ela pára de comprar,

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

boicota produto brasileiro. Ainda não está funcionando como a União Européia. Acho que a União Européia é um exemplo para o mundo. O fato mais notável ocorrido na política mundial nos últimos séculos talvez tenha sido a criação da União Européia, que derrubou as fronteiras criadas por interesses menores, ou interesses locais que foram responsáveis pelas guerras na Europa. Hoje você transita na Europa com passaporte único, moeda única. É o começo, o embrião do que humanidade deve ser no futuro. Agora, por exemplo, é impossível acontecer uma guerra entre a Alemanha e a França! No entanto, no século XX por duas vezes elas se envolveram em conflito. Hoje, por que vai haver um conflito? Você tem uma mesma economia, o mesmo comércio, não tem como ter um conflito! Os conflitos estão se transferindo agora para os imigrantes, não é? A União Européia é o exemplo e o Mercosul está longe de ser isso. Não avançou na sua estrutura legal nem na sua estrutura comercial.

E a questão da Alca tem que ser pensada. Só fazer o Mercosul aqui e os outros países ficarem fora... Ou faz o Mercosul com toda a América do Sul, e aí deixa de ser Mercosul. Num primeiro passo se trabalha com quatro, cinco países, o que é um avanço em relação a não trabalhar com ninguém, mas na medida em que esse processo avança e o comércio está globalizado, temos que trabalhar com o maior número possível de países. Inclusive, se pudesse, entrar os Estados Unidos da América do Norte, reduzindo as barreiras dos produtos agrícolas, seria muito importante para o Brasil. O fato de o México participar do Nafta salvou o país! O México hoje tem uma economia muito mais pujante que o Brasil, porque que eles produzem vendem nos Estados Unidos, vendem em qualquer lugar, sem barreiras. Eu acho que é isso que vai ter que se trabalhar. Trabalhar para uma Alca que não seja a Alca que o Bush quer, mas um tratado para a América toda. E no futuro ter um mercado só, acabar com Alca, União Européia, ser uma coisa só no mundo inteiro. É uma coisa distante ainda, mas a humanidade tende para isso.

O problema maior que vai ter que ser resolvido a médio e longo prazo é o das populações dos países mais pobres, dos imigrantes, esse problema vai ter que receber um tratamento, um ordenamento.

P: Aqui também no Mercosul há países - como você comentou – com sistemas de saúde muito distintos. E a circulação de pessoas prevista pela integração econômica implica também, numa certa integração dos sistemas de saúde. Como você vê as perspectivas em relação a isso? Quais seriam as mais importantes repercussões, ou quais as políticas que antecipassem possíveis problemas para manter uma boa integração dos sistemas de saúde nas fronteiras ?

Osmar Terra: Isso depende da proposta de cada país, de quem está na presidência. Mas eu vejo que, teoricamente, estaria facilitado pelo Tabaré no Uruguai, pelo Kirchner na Argentina. Em tese, eles pensam mais na questão social. E acho que não há nenhum modelo superior ao SUS. Então a tendência seria discutir o grande SUS Sul-Americano, ou Latino-Americano, um sistema único, se pudesse cada país teria o seu para depois irem se integrando. A Argentina no período Menem foi um desastre, destruiu o serviço público de saúde, acabou com as campanhas de vaci nação. Os argentinos voltaram a ter sarampo e outras doenças. Depois aconteceram alguns avanços, algumas melhorias em termos de saúde pública, mas ainda existe uma situação complicada, não há uma definição nem uma política clara. O atual Ministro da Saúde da Argentina parece ser muito bom. Por enquanto ainda vai depender de quem está lá.

P: A idéia é um pouco de saber como essa questão está sendo colocada na pauta...

Osmar Terra: Vou dizer o seguinte: é uma questão que ainda não está na pauta de prioridades dos estados brasileiros, da Secretarias Estaduais de Saúde,

embora ela tenha uma importância grande, tenha reflexos no atendimento das pessoas, mas o impacto ainda não é muito grande e existe uma diversidade... Veja, por exemplo, a situação do Paraná é diferente da do Rio Grande do Sul, que é diferente da de Santa Catarina. Então não tem sido um assunto que unifique as preocupações num debate no CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Isso no que se refere à questão do atendimento de fronteira.

P: Quais temas você indicaria para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde?

Osmar Terra: Acho que começaria com a definição das referências e contra-referências; a unificação dos serviços na faixa de fronteira -- usar o SUS como modelo, porque o SUS é um modelo mais avançado do que os sistemas de saúde dos países vizinhos. É a proposta mais avançada em termos de garantias de direitos, de universalidade, integralidade do atendimento; ele é talvez das propostas mais avançadas do mundo!

Então, como fazer para unificar os serviços, numa faixa de fronteira de uns cinquenta quilômetros, como trabalhar isso para beneficiar os dois lados, e como trabalhar os centros de referência? Como vamos atender? Como vamos fazer a referência? Por exemplo, que serviços de excelência Montevideu oferece para nos atender? Que serviços têm excelência em Porto Alegre que podem atender aos uruguaios e os argentinos? Isso pode gerar um acordo que transcenda a questão da faixa de fronteira em si, por causa dos serviços de referência e excelência.

O controle das epidemias também é muito importante. Não adianta uma ação preventiva de um lado da fronteira e do outro lado nenhuma precaução estar sendo tomada. A epidemia avança de qualquer jeito. Essa epidemia da gripe aviária está sendo didática, nos obrigando a pensar como integrar serviços, fazer uma vigilância de fato eficiente, e a conversar com os outros países. Isso também deve estar acontecendo com os países asiáticos. É preciso ter um sistema rápido

de localização e informação dos focos, um estar sempre ajudando o outro. A gripe aviária vai servir muito para reforçar as propostas de integração, começando pela vigilância e terminando depois no serviço de referência. Se aparecer alguém com a gripe na fronteira, se virar uma epidemia realmente transmitida de pessoa para pessoa, quais são os centros de atendimento de referência, de exames? Temos que ter um entendimento com o Uruguai e a Argentina sobre isso. A integração da vigilância sanitária na fronteira é muito importante. E se os outros países têm isso em menor escala, vamos ter que ajudá-los a ter na mesma escala que o Brasil.

P: Qual o significado do SIS-Fronteira para a integração entre os sistemas de saúde dos países e para melhoria do acesso nas regiões de fronteira? Como você entende o papel dos Estados no SIS-Fronteira?"

O papel dos Estados é o que eles desempenham no SUS: coordenar, articular os serviços que têm e direcionar as políticas ao nível do Estado para as metas, sempre acompanhadas de seus indicadores, como estamos fazendo no Rio Grande do Sul. Pela primeira vez no Estado, temos bem definidas as metas, os índices de saúde que temos que perseguir. E estamos conseguindo avançar. Agora, para isso, temos que ter vigilância e as coisas funcionando de maneira adequada, integrada, inclusive na fronteira. Também é preciso criar uma área específica para tratar desse assunto. Um setor do governo do Estado tem que trabalhar nisso. Aqui no Rio Grande do Sul, não havia até agora, mas criamos um Grupo de Trabalho que pode virar um Setor que cuide só da questão da fronteira.

O SIS-Fronteira começa a colocar na mesa todas as possibilidades de integração, sendo decisivo o papel do Governo Federal, principalmente porque são de sua responsabilidade as questões diplomáticas. Assim como o Governo absorve os problemas da área do comércio, passa agora a absorver as questões de saúde e com o Ministério da Saúde jogando numa posição importante. Na reunião de Uruguiana estava conosco um representante, acho que da

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Presidência da República, falando sobre isso. Eles estão discutindo muito no Ministério da Integração Nacional, até em nível de Presidência da República, sobre essa “integração dos países”. Mas, o que está avançando mais rápido, agora, segundo ele, são as questões de saúde. A Saúde está exigindo que sejam tomadas iniciativas que os outros Ministérios têm dificuldade de abordar. É mais fácil agir em relação à saúde do que quanto às dificuldades do comércio por conta das barreiras e protecionismos. As questões de saúde exigem soluções urgentes e ações integradas.

Percepções sobre saúde na fronteira do Mercosul

Entrevista com a Secretária de Estado de Saúde de Santa Catarina Carmen Emilia Bonfá Zanotto

A Secretária de Estado de Saúde de Santa Catarina, Carmen Emilia Bonfá Zanotto, 44 anos, formada em Enfermagem, trabalhou no Hospital Geral e Maternidade Teresa Ramos, em Lages, foi vereadora e secretária municipal de saúde. Ao conceder a entrevista, em 20 de novembro de 2006, à pesquisadora Vera Maria Ribeiro Nogueira, a secretária ocupava o cargo há sete meses. Ela considera que a questão da saúde nas fronteiras é abrangente e obriga ao envolvimento de vários atores na discussão e na prática. “Eu continuo insistindo nisso: precisamos consolidar a política de saúde das fronteiras como uma política de saúde enfrentada pelas três esferas de governo”, afirma. A Secretária entende também que a questão deve estar dentro do Plano Estadual de Saúde, mesmo que as ações não venham a ser executadas pela Secretaria de Estado ou pelos municípios.

Segundo a Secretária, a facilidade do acesso é o fator de maior influência para que os argentinos residentes na província de Misiones busquem atendimento médico no oeste de Santa Catarina, especialmente na área do município de Dionísio Cerqueira, limítrofe com Bernardo Irigoyen (Argentina). Além da proximidade, diz, outro fator promove a procura – ainda que informal – de serviços do lado brasileiro: a universalidade do nosso sistema de saúde, bastante diferente do sistema argentino. Para ela, um ponto importante que o SIS Fronteiras deveria contemplar seria o aproveitamento dos recursos humanos de ambos os lados no atendimento à população.

(www.saude.sc.gov.br)

I. SAÚDE NA FRONTEIRA

Pergunta: O fato de Santa Catarina ser um Estado de fronteira tem implicações para as políticas e sistemas de saúde? Quais são elas?

Carmen Zanotto: Sim, tem implicações. Há dificuldades nos municípios de fronteira, em especial no oeste do Estado, como o município de Dionísio Cerqueira, que faz fronteira com a Argentina e também com o Paraná. O gestor municipal aponta a necessidade de co-financiamento, porque o município é tratado como o conjunto de 293 municípios, mas atende a uma população que não é a sua. As regiões menos favorecidas do Estado são exatamente o extremo oeste e o planalto central. E em geral a diferença mais gritante é no extremo oeste.

P: Quais as relações e os fluxos, formais e informais, existentes entre o sistema de saúde do seu Estado e a Argentina?

Carmen Zanotto: Tivemos vários encontros informais, coordenados pela auditoria de política de saúde, da Secretaria de Estado, e organizados pela Secretaria de Desenvolvimento Regional, com a província e o município de Misiones, na Argentina. Foi a única demanda durante esses três anos em que estivemos aqui. A demanda é mais acentuada no oeste,

em especial porque são as regiões que estão na fronteira. A organização é feita pela Secretaria de Desenvolvimento Regional porque ela está mais próxima do problema. Sempre há a participação efetiva do grupo da província argentina, inclusive do Secretário, que lá tem a denominação de Ministro. Temos a preocupação constante do intercâmbio, mas nunca ficou claro como seria essa relação, como seriam os co-financiamentos, como poderíamos aproveitar recursos humanos dos dois lados.

P: E não há nenhum acordo formal? Houve propostas feitas há uns dois anos, em eventos realizados em Florianópolis, por exemplo.

Carmen Zanotto: Nestes eventos, todos os participantes, de ambos os lados, tiveram uma grande boa vontade. Contudo, nada foi consolidado em termos de investimento formal. Vou dar um exemplo, que é a chegada da vacina do outro lado da fronteira. A vacina entra por meio das caixas de vacina. Os profissionais entram a pé para vacinar quem está na divisa. Ou seja, não houve algo formalizado, no sentido de alguém dizer assim: 'Agora, vamos pegar só a imunização como um item e vamos resolver este item'. O acordo ficou muito no protocolo de intenções. Nossa esperança seria que o SIS Fronteiras aprontasse o diagnóstico para que pudéssemos definir inclusive como se estabelecerão essas relações.

P: Quais ações/ estratégias/ iniciativas o Estado de Santa Catarina tem realizado relativamente ao atendimento de estrangeiros? Há alguma iniciativa de ação conjunta com os vizinhos?

Carmen Zanotto: O que existe de mais forte é o SIS Fronteiras. Não imaginávamos que isso demorasse tanto enquanto proposta com

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

encaminhamento entre as esferas de governo, porque o SIS Fronteira abrange Governo Federal, Governo estadual e Governos municipais. A nossa esperança era fr que a política do SIS Fronteira pudesse dar uma diretriz de como se trabalharia a saúde das populações dessas regiões. Como o SIS Fronteira demorou muito a sair, pois foi há menos de um ano que ele efetivamente conseguiu sair, já estamos na fase diagnóstica. A partir do diagnóstico, temos que incluir como conseguimos avançar esse ano no plano estadual de saúde, trazendo para dentro do plano inclusive a política da população indígena.

Entendemos que a questão das fronteiras tem que estar dentro do Plano Estadual de Saúde, mesmo que a ação não seja executada pela Secretaria de Estado ou pelo município. E estamos discutindo fronteiras com outro país, mas temos fronteiras estaduais que também precisamos enfrentar.

P: Em relação aos serviços de referência, quais as ações de saúde demandadas pela população dos países vizinhos nos serviços de saúde do SUS estadual?

Carmen Zanotto: Segundo o nosso pessoal, o grupo que trabalha em especial em Dionísio Cerqueira, é a população da província argentina que vem para o Brasil. Quando nos sentamos com os técnicos da Argentina, eles dizem o contrário, que é a nossa população que vai para o país deles.

P: E o que a população argentina da fronteira busca do lado brasileiro?

Carmen Zanotto: Essa população busca desde consulta médica até medicamentos e exames. Porque eles não têm a mesma lógica que a nossa lógica de sistema universal.

P: Existe alguma recomendação quanto ao atendimento de estrangeiros nos serviços estaduais de referência?

Carmen Zanotto: Existe um acordo com relação aos turistas. Isso vem sendo muito discutido. Inclusive, agora que começa a temporada de verão, começa, de novo, a situação de estrangeiros que chegam à capital, ou às nossas praias, e buscam assistência. O acordo que existe é pelo Sistema Único de Saúde, mas nem sempre se consegue garantir essa entrada nas nossas emergências pelo sistema universal.

P: Esta previsão de atendimento de estrangeiros está no estatuto do estrangeiro. E também há um acordo laboral.

Carmen Zanotto: Existe um acordo entre os países do Mercosul, mas é preciso que seus termos fiquem mais claros. Até porque alguns defendem o seguinte: quando os brasileiros atravessam a fronteira, ou têm seguro de viagem ou não têm acesso aos serviços de lá, como os estrangeiros têm aos serviços daqui. Então, na avaliação de alguns, os brasileiros ainda prestam mais assistência ao estrangeiro do que a recebem quando estão lá fora.

P: E no serviço de referência na fronteira, existe alguma orientação da Secretaria no sentido do atendimento de estrangeiros?

Carmen Zanotto: Não. Existe o atendimento normal do estrangeiro, em especial nesta região, que é livre fronteira. Mas formalmente não existe uma orientação. Existem cartas de intenções.

P: Que ações/ estratégias a Argentina tem realizado para responder às pressões por atendimento da parte de brasileiros?

Carmen Zanotto: Tivemos reuniões em São Miguel do Oeste, e discutimos até a questão de recursos. Porque nós tínhamos equipamentos do lado brasileiro, sem recursos humanos. Mas aí esbarrávamos onde? Esbarrávamos nas violações internacionais e na questão da permissão de estrangeiros entrarem no Brasil. Existia essa vontade deles, mas, com franqueza, não se conseguiu passar das reuniões de intenções, das cartas de intenções. Ainda estamos longe da ação efetiva. Esta ação efetiva significaria dizer que o Estado de Santa Catarina, junto com a província argentina de Misiones, através do seu Ministério da Saúde, pudessem pactuar.

Chegamos a discutir, nas reuniões, como poderia se dar o co-financiamento. Mas isso não saiu do protocolo de intenções. O que acontece hoje, então? Toda a assistência prestada àqueles que vêm para o Brasil continua a ser prestada, mas sem co-financiamento. E aí a parte que arca com o maior prejuízo é o município, porque esse recurso é distribuído para o município. Assim, eu continuo insistindo nisso: precisamos consolidar essa política de saúde das fronteiras como uma política de saúde enfrentada pelas três esferas de governo. Se essa política tiver que ser co-financiada pelas três esferas, que seja. Mas isso tem que ficar claro. O que não é possível é que tenhamos regiões mais deprimidas que ainda têm uma população que não se define se é nossa ou se é deles.

P: É muito complicado. Eu já fiz uma pesquisa na fronteira. Muitos gestores atendem estrangeiros, mas não registram esse atendimento. O acordo é necessário.

Carmen Zanotto: O que existe é a assistência prestada na informalidade. O que precisamos é do reconhecimento desses serviços prestados, tanto de um lado quanto do outro. Aproveitar o que eles têm de bom e ofertar para nós e nós ofertarmos o que é da demanda deles. Mas tudo isso precisa ser acordado. É necessário que haja cadastro e co-financiamento.

P: Independente do financiamento, vocês vêm alguma possibilidade? Como você disse, “há recursos de um lado e não há do outro lado, e vice-versa”. Existem pactos que não sejam de co-financiamento, mas de ações integradas?

Carmen Zanotto: Se esses pactos existem, são ações de iniciativa municipal. O Estado nunca assumiu nada. O que foi assumido de fato foi o laboratório de fronteira. Era um laboratório mais de apoio para a saúde pública, vigilância sanitária e epidemiológica, e a sua programação foi aberta. Foram adquiridos os equipamentos necessários para que o laboratório se transformasse, nos períodos ociosos, que não são poucos, em um laboratório de análise clínicas que iria beneficiar as populações das três fronteiras, tanto as do município de Dionísio Cerqueira quanto de Barracão (Paraná) e de Bernardo Irigoyen (Argentina).

P: Quanto à circulação entre fronteiras de profissionais de saúde, existem profissionais estrangeiros atuando em seu Estado ou vice versa? A situação deles está regularizada?

Carmen Zanotto: Não temos conhecimento disso do ponto de vista formal. Existe, no protocolo de intenções, uma iniciativa para que possamos aproveitar os recursos humanos dos dois lados. Mas, como a questão depende de outros órgãos, que seriam responsáveis pelo exercício da profissão de pessoas formadas em outros países, isso também contribui para uma não resolução.

Oficialmente nós já tivemos profissionais oriundos de outros países, como os médicos de Cuba, cuja situação sabemos que está regularizada, mas agora não há nenhum convênio. Então, pode ser que estejam ocorrendo alguns delitos em termos de recursos humanos, no que se refere ao exercício ilegal da medicina no Brasil, por parte de algum profissional médico, ou de outro profissional de saúde. Isso pode ocorrer com profissionais daqui ou de lá. Porque, por exemplo, se um médico de lá vier trabalhar do lado brasileiro e não tiver a devida autorização, ele, ou ela, vai estar no exercício ilegal da profissão. Acho que está muito claro que seria preciso abrir a possibilidade de aproveitar os recursos humanos. Vale a pena aproveitar os recursos humanos.

P: Quais características do sistema de saúde da Argentina podem estar influenciando para que estrangeiros busquem serviços de saúde no SUS?

Carmen Zanotto: Na situação do Estado de Santa Catarina, em função da proximidade, o acesso é a primeira influência. As pessoas

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

buscam os serviços porque eles estão no local mais próximo. Depois, o que nós percebemos é que o Brasil é mais aberto por ter um sistema universal. Na Argentina não acontece isso, o sistema do país é mais limitado. Então, as pessoas acabam procurando o Brasil por conta de mais serviços, mesmo que isso ocorra de uma maneira informal.

Dionísio Cerqueira é um município que não é pleno pelas NOBs (Normas Operacionais Básicas) e pela LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social). Então, se eles colocarem no boletim que determinado atendimento foi prestado, o Estado é que faz o pagamento daquele atendimento, mesmo quando estoura o teto. O Estado participa através dos prestadores de serviço credenciados. Se eles lançam ou não a população estrangeira quando esta recebe o atendimento, não podemos dizer.

P: Em sua opinião, quais seriam os acordos necessários entre os países para tratar de questões de saúde na fronteira?

Carmen Zanotto: Primeiro seria preciso uma definição do protocolo pelo Ministério com os Estados e municípios, e depois, no nosso caso, com a Secretaria de Articulação Internacional. Precisamos envolver todos os órgãos, inclusive o Itamaraty, pois a saúde na fronteira abrange vários fatores.

II. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO ENTRE PAÍSES SOBRE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE

P: Quais as repercussões da integração entre países do Mercosul sobre as políticas e sistemas de saúde? Quais as repercussões, positivas e negativas, mais importantes do avanço da integração com o Mercosul no acesso às ações e aos serviços de saúde?

Carmen Zanotto: Com certeza, acho que as repercussões da integração são muito mais positivas do que negativas. Agora é preciso que se formalizem as relações entre os dois lados. Acho que nós já conseguimos ganhar em termos de otimizar recursos humanos, otimizar equipamentos e materiais, como é o caso do laboratório da fronteira, e ampliar a oferta de serviços. Mas, para conseguirmos criar esse protocolo entre os Estados e municípios de fronteira, que em nosso caso é uma fronteira triplíce, entre dois Estados brasileiros e a Argentina, precisamos efetivamente do comprometimento dos dois Estados, Paraná e Santa Catarina, nessa comunhão de esforços.

P: Mas, com respeito à integração entre os países, a integração proposta pelo Mercosul trouxe repercussão?

Carmen Zanotto: Na saúde, não. Começamos a discutir isso entre o Paraná, Santa Catarina e a província argentina de Misiones. Nós já estávamos em processo de discussão, com as cartas e protocolos se iniciando, quando veio o SIS Fronteira. Então deixamos um pouco de lado o que vínhamos discutindo, em função do SIS Fronteira, e talvez esse tenha sido um grande erro. Ficamos esperando e acreditando que o SIS Fronteira iria trazer um diagnóstico rápido para que pudéssemos partir para as ações. E percebemos que não existe essa agilidade de que precisaríamos.

P: Uma questão que apa recebeu numa pesquisa que eu fiz, em um levantamento, foi a seguinte: alguns municípios relataram que uma das conseqüências, muito negativa, foi que aumentou muito o trânsito de caminhoneiros na fronteira e isso trouxe uma situação de gravidez na adolescência. Não sei se chega para vocês alguma coisa...

Carmen Zanotto: Na discussão que tivemos em São Miguel do Oeste apareceu a questão da prostituição infantil e também foi colocada a questão das DSTs. Nesse caso, temos uma política que não é a mesma que os argentinos seguem.

P: E vocês chegaram a discutir alguma ação conjunta nessa questão?

Carmen Zanotto: Não. Eu não sei o que aconteceu nesta última reunião. Nossas maiores demandas foram no início de 2003, quando começaram nossas reuniões. Nós acreditamos então, e vamos continuar acreditando, no SIS Fronteiras como um diagnóstico. Mas nós já tínhamos começado a fazer algumas ações e recuamos com o SIS Fronteira, esperando o diagnóstico a fim de efetivamente ir para a prática, para pactuar.

P: Os países do Mercosul têm sistemas de saúde muito distintos. Como avalia a possibilidade de integração de tais sistemas frente aos avanços da integração econômica no Mercosul? Que futuro vislumbra no processo de integração dos sistemas de saúde no Mercosul?

Carmen Zanotto: Independentemente de haver diferenças, acredito que conseguiremos avançar em tudo aquilo que for comum aos diferentes lados. Só que é preciso definição. Porque é claro que nós, brasileiros, não vamos querer que pessoas de outro país assumam a nossa política de saúde, assim como nós não vamos assumir a política de saúde deles. Então, temos questões de políticas específicas de cada país, além das questões comuns de atendimento à população. Independentemente de serem brasileiros casados, como agora também existem argentinos, que têm filhos das duas terras, residindo lá. É preciso pegar alguns eixos no que se refere às políticas de saúde. É necessário fortalecer as questões epidemiológica, sanitária e da assistência. E não adianta dizer que vamos modificar os sistemas dos dois países, pois isso não vai acontecer. Temos que pegar as diferenças e, dentro das diferenças, trabalhar com o que é comum.

P: Que temas indicaria para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde?

Carmen Zanotto: Toda a política de imunização, vigilância epidemiológica; controle de vetores. Na área sanitária, precisamos reforçar, do lado de lá, um pouco daquilo que vemos de vigilância sanitária, por exemplo, no tocante a entrada de animais e aspectos sanitários dentro dos estabelecimentos. E a demanda dos secretários municipais é poder avançar na assistência e no co-financiamento. O Governo Federal e o Governo estadual têm que participar. Porque se existe uma determinada população, os municípios recebem recursos financeiros para aquela população. Mas se o município recebe rotineiramente um grupo de pessoas de número

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

superior à sua população, estará dividindo o recurso que usaria com um grupo de pessoas que, teoricamente, não teria obrigação de atender.

P: E chegam demandas dos secretários municipais de saúde a este respeito?

Carmen Zanotto: Até a implantação do SIS Fronteira chegavam demandas com uma intensidade bem relativa. Mas agora, como se está na fase diagnóstica, todo mundo está muito calmo com relação a isto.

P: Qual o significado do SIS Fronteira para a integração entre os sistemas de saúde dos países e a melhoria do acesso nas regiões de fronteira? Como você entende o papel dos estados no SIS Fronteira?

Carmen Zanotto: O SIS Fronteira terá que apresentar o diagnóstico que está sendo realizado, e a partir do diagnóstico nós teremos que definir qual é a metodologia a ser usada para garantirmos essa assistência.

P: Qual é o papel do Estado neste processo?

Carmen Zanotto: O Estado é responsável por planejar todas as evidências no território e essa população tem que fazer parte da política estadual de saúde. Esses diagnósticos vêm indicando algumas questões que têm se mostrado como objeto de preocupação, ligadas a quem está na ponta do sistema. Porque uma coisa é o secretário falar, outra coisa é o gestor falar, outra coisa é o funcionamento daquela unidade sanitária. Temos também essa pesquisa livre que já está quase pronta. São diagnósticos que poderiam contribuir com as ações de saúde. E agora

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

estamos com um grupo ligado à universidade, da área de enfermagem e medicina, que está discutindo conosco estas indicações, a preocupação com a dimensão mais social.

Percepções sobre saúde na fronteira do Mercosul

Entrevista com o Secretário de Estado de Saúde do Paraná

Cláudio Murilo Xavier

O Secretário de Estado de Saúde do Paraná, Cláudio Murilo Xavier, médico pediatra e neonatologista, concedeu em 14 de dezembro de 2006 entrevista à pesquisadora Luisa Guimaraes e, em Brasília por ocasião de participação em reunião da Comissão Intergestores Tripartite.

Na opinião do Secretário, a repercussão positiva mais importante do avanço da integração do Mercosul, no tocante ao acesso às ações e serviços de saúde, em sua região é o enfrentamento de doenças endêmicas em cooperação entre os países, inclusive com o apoio de outras instituições como a Itaipu Binacional. A questão negativa, afirma ele, é ausência de definição do financiamento para o atendimento ao público, que precisa ser esclarecido não só entre os Estados Partes, mas até mesmo entre Estados brasileiros limítrofes, como Paraná e Santa Catarina, que enfrentam problemas de demandas e fluxos de pacientes entre diferentes municípios e estados. As disparidades econômicas entre os países dificultarão a solução, daí a necessidade de criação de uma câmara de financiamento que ajude a avançá-la, sugere o Secretário.

I. SAÚDE NA FRONTEIRA

Pergunta: O fato de o Paraná ser um Estado de fronteira tem implicações para as políticas e os sistemas de saúde? Quais?

Cláudio Xavier: Sem dúvida. O Paraná está muito interessado no avanço dos municípios de fronteira. Temos uma grande fronteira com Argentina e com Paraguai e os problemas e dificuldades relacionados à saúde da fronteira fazem parte do sistema de saúde do Paraná. A grande dificuldade é basicamente a falta de integração entre as políticas, por exemplo, nós temos uma política para dengue, uma política para febre amarela. Não víamos, até então, uma integração com os países fronteiriços, tanto nos municípios de fronteira, quanto na política macro do Estado. A grande dificuldade é a falta de integração entre os países.

P: Quais as relações e os fluxos, formais e informais, existentes entre o sistema de saúde do seu Estado e os países vizinhos?

Cláudio Xavier: Informal é aquilo que parte de uma iniciativa ou de uma situação pontual nos municípios. Vários municípios criam, na informalidade, uma relação de fluxo de sistemas de saúde com o município que está no outro país. Formalmente isso se dá, no caso do Paraná, por meio de núcleos da Itaipu bi-nacional, que desenvolve um trabalho de relação entre Brasil e Paraguai, inicialmente, e um dos grupos de trabalho é o de trabalho na saúde. Formalmente o que se vê funcionar melhor é esse grupo de trabalho.

P: Há alguma diferença nesses fluxos com a Argentina e com o Paraguai?

Cláudio Xavier: Há uma dificuldade maior, talvez, na organização do sistema de saúde do Paraguai, em comparação com o sistema de saúde da Argentina. No município de Puerto Iguazu há uma procura, por exemplo, pela média e alta complexidade do Brasil, justamente em Foz de Iguazu. No

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Paraguai, inexistente um sistema de saúde definido nos moldes do nosso Sistema Único de Saúde. Assim, muitas vezes o Brasil é procurado até como porta de entrada e atenção básica, e não só na média e na alta complexidade.

P: Em relação aos serviços de referência, quais as ações de saúde demandadas pela população dos países vizinhos nos serviços de saúde do SUS estadual?

Cláudio Xavier: A grande demanda é na área de obstetrícia, acompanhamento do pré-natal e na hora do parto. Mas também existe muita demanda na área de trauma, tanto pela população da Argentina quanto do Paraguai, porém talvez mais do Paraguai. Além disso, alguns exames complementares, alguns serviços de alta complexidade, como oncologia e cirurgia cardíaca, também são procurados.

P: Existe alguma recomendação quanto ao atendimento de estrangeiros nos serviços estaduais de referência?

Cláudio Xavier: Existe. E aí é que se cria uma situação intermediária. A orientação é que os estrangeiros sejam atendidos pelo nosso Sistema Único de Saúde em duas situações. Primeiro, a emergência -urgência e emergência. Segundo, os que têm residência comprovada no Brasil devem ser atendidos. Aí se cria um fator indeterminado, que são os paraguaios ou argentinos que, fora da emergência e sem residir no Brasil, mesmo assim procuram nosso serviço.

P: Sendo residente no Brasil, mesmo sem ter a nacionalidade a pessoa é atendida?

Cláudio Xavier: A pessoa é atendida. Essa é a orientação inicial, esse é o ponto do qual nós partimos

P: Quais ações/ estratégias/ iniciativas o Paraná tem realizado relacionadas ao atendimento de estrangeiros? Há acordos ou alguma iniciativa de ação conjunta com os países vizinhos?

Cláudio Xavier: Não há nenhuma situação definida relacionada ao atendimento de estrangeiros. O que nós criamos foi um comitê tanto com o Paraguai quanto com a Argentina, com a finalidade de estudarmos como trabalhar esta situação. Mas não há nada definido. A iniciativa é o grupo de trabalho.

P: E esse grupo de trabalho vai começar a funcionar?

Cláudio Xavier: Estivemos na Argentina, tanto no município de Foz de Iguaçu quanto em Buenos Aires, com o Ministério da Saúde, no início de 2006, determinando a criação desse grupo de trabalho. E agora, no final do mês de novembro (2006), estivemos com o cônsul geral do Brasil no Paraguai e com meia dúzia de prefeitos. Marcamos o primeiro fórum, o primeiro encontro de discussões das questões de saúde Brasil-Paraguai, que será realizado no final de janeiro de 2007, no município de Erandalias. O prefeito nos convidou para essa reunião, com a presença do cônsul do Brasil no Paraguai, os prefeitos da região, Secretaria de Estado de Saúde, ou a secretaria equivalente da província desta região no Paraguai, e representantes da Itaipu bi-nacional.

P: O Ministério da Saúde vai participar?

Cláudio Xavier: Remetemos ao Ministério o convite ou a ciência, solicitando que haja um representante do SIS fronteira no local. Tudo isso serve como exemplo para todo o problema de fronteira e das questões que precisam ser avançadas.

P: Existe alguma ação, alguma iniciativa, do Paraguai e da Argentina, em relação ao Paraná? Vocês foram convidados para discutir fronteira?

Cláudio Xavier: Sabemos que existem mais de 300 mil brasileiros vivendo no Paraguai, ou residindo aqui e trabalhando lá. Mas isso passa como uma questão quase intocada. Pouca gente se atreve a levantar essa questão, porque a partir do momento em que ela for levantada, isso demandará ações e encaminhamentos. Percebe-se que se tenta manter a questão em pouca evidência, tanto no Paraguai quanto na Argentina.

P: Quanto à circulação entre fronteiras de profissionais de saúde, como avalia a situação? Existem profissionais de saúde estrangeiros atuando no Paraná ou vice versa? A situação destes profissionais está regularizada?

Cláudio Xavier: São 260 médicos estrangeiros exercendo oficialmente a profissão no Paraná. Quando eu soube que íamos ter essa conversa, entrei em contato com o Conselho Regional de Medicina do Paraná e levantamos esse número, porém ainda não consegui levantar quantos desses médicos são argentinos e quantos são paraguaios. Confesso que me surpreendi, porque

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

achei que seria fácil levantar isso O que está faltando? Está faltando regulamentação. É perfeitamente cabível que o médico exerça em outro país, desde que haja um mecanismo de preparação para isso. Por exemplo, não é suficiente que um médico argentino ou paraguaio conheça as doenças para atuar no Brasil. Ele tem que conhecer o funcionamento do nosso Sistema Único de Saúde. Então, falando como médico, acho que nós só podemos aceitar o exercício da profissão aqui caso haja regulamentação, uma autorização específica por parte do nosso Conselho, par a par com o Ministério da Saúde.

P: Quais características do sistema de saúde da Argentina podem estar influenciando na busca deles por serviços de saúde no SUS?

Cláudio Xavier: O que se percebe é que ainda há na Argentina uma falta de homogeneidade no sistema de saúde. Existem bons serviços na Argentina, porém não existe um sistema único regulamentado e organizado nos moldes do Brasil. É a falta de conexão entre a média, a alta e a atenção básica que leva os argentinos a procurarem o Brasil. Nós estamos mais avançados no sentido de organização do sistema. Então, não é por falta de profissionais, ou falta de qualidade especificamente na atenção de saúde. O que falta lá é um sistema definido e organizado e o nosso está bem na frente neste sentido. Na fronteira, tem-se uma idéia de onde é a porta de entrada do sistema, qual é o fluxo, qual é a referência, contra-referência e financiamento. E é isso que falta. É isso que não se vê. Acredito que é isso que faz com que os argentinos busquem nossos serviços.

P: Quais características do sistema de saúde do Paraguai podem estar influenciando na busca deles por serviços de saúde no SUS?

Cláudio Xavier: No Paraguai, além de tudo isso, soma-se uma deficiência maior na área de atenção básica. Uma deficiência no sentido de políticas de saúde pública. Por exemplo, nas doenças endêmicas e doenças de acompanhamento. Nós não vemos os protocolos como os que temos, por exemplo, para diabetes, hipertensão arterial, doenças que necessitam de uma diretriz terapêutica definida.

P: Em sua opinião, quais seriam os acordos necessários entre os países para tratar de questões de saúde na fronteira?

Cláudio Xavier: A primeira forma de nós resolvermos ou encaminharmos um problema é aceitar que há uma indefinição, que há uma questão mal resolvida e que ainda não se tocou na ferida. Temos que assumir o problema. É preciso que seja criado de imediato um grupo de trabalho entre o Estado do Paraná com as províncias, do Paraguai e da Argentina, que fazem fronteira conosco. Deve haver a participação, no caso do Paraguai, da nossa Itaipu, mais a participação dos consulados e de representantes do Ministério da Saúde. Esse é o primeiro ponto.

P: E quais deveriam ser os temas da agenda?

Cláudio Xavier: Atenção básica; porta de entrada; fluxo de pacientes; financiamento desse fluxo e, junto com isso, uma constituição de um grupo de trabalho para o tratamento de doenças endêmicas que atingem essas regiões, especialmente a dengue e a febre amarela. Isso tem que ser tratado por esse grupo de trabalho.

II. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO ENTRE PAÍSES SOBRE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE

P: Quais as repercussões da integração entre países do Mercosul sobre as políticas e sistemas de saúde? Ou quais as possíveis repercussões?

Cláudio Xavier: O Mercosul não é só um mercado econômico, ele lida com pessoas e nações. A partir do momento em que se avança no lado econômico, é preciso avançar na questão social, nos problemas em comum. E a partir do momento em que tenhamos um avanço na questão entre os países na área social, especificamente na saúde pública, podemos citar também outras áreas: precisamos ter políticas próximas também nas questões de educação e combate à miséria. Em certos locais, nós teríamos, com isso, um reforço na questão econômica. Ou seja, não podemos dissociar a questão social do Mercosul da questão econômica, porque os problemas são comuns e interligados. Há uma franja entre os problemas sociais do Brasil, da Argentina e do Paraguai na fronteira e teremos que enfrentar esses problemas em parceria.

P: Quais as repercussões positivas e negativas mais importantes do avanço da integração como Mercosul no acesso às ações e serviços de saúde?

Cláudio Xavier: A repercussão positiva é o enfrentamento de doenças endêmicas em cooperação entre os países. Outra questão positiva é a presença da Itaipu bi-nacional, que muito vem ajudando nesta integração. E, sem dúvida,

a questão negativa atualmente é o financiamento, que precisa ser esclarecido. Nós temos essa questão entre os Estados brasileiros, por exemplo, entre Paraná e Santa Catarina. Nós recebemos na área da cardiologia, da cirurgia cardíaca, mas há uma câmara compensatória, assim como há em Porto União, e União da Vitória, Santa Catarina, que nos atende na área do câncer. Só vamos avançar nessa questão se tivermos um mecanismo de financiamento para esse atendimento ao público. E aí a questão negativa é que há uma discrepância, uma diferença econômica entre os países. Não podemos esperar, por exemplo, que a questão de financiamento seja absolutamente igual. O ponto não é esse. Temos que imaginar que seja levantada a questão entre os países e se crie esta câmara de financiamento.

P: Os países do Mercosul têm sistemas de saúde muito distintos. Como avalia a possibilidade de integração dos sistemas de saúde frente aos avanços da integração econômica no Mercosul? Qual futuro vislumbra no processo de integração dos sistemas de saúde no Mercosul?

Cláudio Xavier: A integração é possível, sem dúvida. À medida que imaginarmos o avanço, o fortalecimento do Mercosul, temos que lembrar que as culturas e as economias são diferentes, o que não o inviabiliza. Nós temos o exemplo da União Européia, onde também há uma diferença cultural e econômica. A integração não significa que para ter um mercado em comum o Brasil também tenha que exportar cobre, como o Chile, ou produtos de pecuária, como a Argentina. O Brasil tem uma industrialização muito superior à do Paraguai.

O ponto é outro. O ponto é que a cooperação e o fortalecimento conjunto devem respeitar a individualidade de cada país. Na saúde pública isso não

PEQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

seria diferente. Não podemos imaginar um SUS no Paraguai ou na Argentina, porém podemos imaginar que na região da fronteira tenhamos um SUS Brasil e Paraguai ou um SUS Argentina e Brasil limitado àquela realidade. Porque a realidade da fronteira é muito distinta da realidade de outras regiões do país. Acredito que pode se avançar a partir do momento em que se levanta essa questão. Um exemplo claro disso é a Itaipu bi-nacional, em que o Paraguai tem uma realidade e o Brasil tem outra, mas na região da fronteira há interesses em comum e acordos binacionais para o funcionamento de Itaipu. Nós podemos, sim, ter acordos binacionais para a área da saúde na região da fronteira.

P: Que temas o senhor indicaria para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde?

Cláudio Xavier: Temos que começar com os desafios para, a partir deles, definir as possibilidades de avanço. Os desafios são, em primeiro lugar, as doenças endêmicas mais problemáticas, mais evidentes na região da fronteira. Em segundo lugar, é preciso fazer um levantamento das populações que perpassam as fronteiras: quantos brasileiros estão sendo atendidos no Paraguai, quantos paraguaios estão sendo atendidos no Brasil; quantos brasileiros estão sendo atendidos na Argentina, quantos argentinos estão sendo atendidos no Brasil. E a partir disso, é preciso levantar a questão do financiamento desses atendimentos. Acho que isso entra nos desafios. Depois seguimos com os avanços: a criação de um comitê daquela província, daquele Estado, daquela fronteira, e que tudo isso se some através de um acompanhamento do Ministério da Saúde a partir do SIS Fronteira. Existe uma linha geral para a saúde na fronteira, mas com peculiaridades e particularidades para todos os Estados. Temos que ter um fórum daquele

PESQUISA SAÚDE NAS FRENTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Estado brasileiro com aquela província estrangeira. A partir da bipartite fronteiriça daquela região, daquele Estado, teríamos, de tempos em tempos, uma tripartite fronteiriça.

P: Qual o significado do SIS Fronteira para a integração entre os sistemas de saúde dos países e a melhoria do acesso nas regiões de fronteira? Como entende o papel dos estados no SIS Fronteira?

Cláudio Xavier: O SIS Fronteira vem resgatar uma dívida do sistema de saúde do Brasil com a sua população que produz, habita e reside na fronteira. Essa população estava esquecida e o SIS Fronteira, por si só, já é uma vitória na medida em que a aceita. Temos sim, brasileiros que vivem na fronteira e precisam ser tratados e valorizados. Temos brasileiros que vivem fora do Brasil, mas usam os nossos serviços. Temos argentinos e paraguaios que também usam nossos serviços. O SIS Fronteira precisa avançar, ter reuniões periódicas, ouvir os grupos de trabalho que vêm dos Estados ou uma bipartite de fronteira, para que depois todos se reúnam numa tripartite de fronteira.

O papel de cada Estado de fronteira é fundamental, porque é o Estado que vê a realidade e deve reportar, não só à Câmara, local e federal, e ao Ministério de Saúde, mas também porque cabe ao Estado tomar iniciativas de acordo com o seu parque instalado e a sua possibilidade de trazer iniciativas de saúde ao Ministério. Por exemplo, o Paraná tem uma referência em América Latina no transplante de medula. Então precisamos ter um mecanismo definido para atender aos paraguaios e argentinos das províncias, por exemplo, não só no transplante de medula, mas nos transplantes ósseo, hepático e cardíaco. Temos que aceitar isso. A questão de saúde entre os países é algo inovador e deve ser trabalhado.

Percepções sobre saúde na fronteira do Mercosul

Entrevista com o Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

Matias Gonsales Soares.

Pósgraduado em Direito Administrativo pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, o Secretário de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, Matias Gonsales Soares, 42 anos, estava há dois anos no cargo, que ocupava pela primeira vez, ao conceder a entrevista à pesquisadora Luisa Guimarães em Campo Grande em 7 de dezembro de 2006 com o apoio e participação de Ubirajara Sampaio, do Ministério da Saúde. O Secretário de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul tem formação em Matemática, Ciências Físicas, Ciências Biológicas e Direito e anteriormente foi fiscal estadual de renda..

Na opinião do Secretário, a integração promovida pelo Mercosul é positiva, mas para que venha a funcionar na área de saúde é necessário um sistema de informação e cadastramento eficaz. Outra questão importante é o custeio das ações de saúde nas regiões de fronteira, que pode vir de fontes diferentes, afirma. Os municípios limítrofes, segundo o Secretário, não podem negar atendimento médico aos estrangeiros, mas tampouco podem abrir as fronteiras e depois deixar de ser ressarcidos pela prestação dos serviços. No mínimo eu daria um cartão SUS para os paraguaios em um acordo. Os registraria como paraguaios, mudaria a lei brasileira, e eles seriam atendidos da mesma maneira que os brasileiro", exemplifica.

I. SAÚDE NA FRONTEIRA

Pergunta: O fato de Mato Grosso do Sul ser um Estado de fronteira tem implicações para as políticas e sistemas de saúde? Quais?

Matias Gonsales Soares: Com certeza. Principalmente no atendimento aos bolivianos que moram na região de Corumbá e aos paraguaios da região de Ponta Porã e Porto Murtinho. Essas cidades têm condições de dar mais atenção, mas há implicações em toda a fronteira, no tocante ao dimensionamento não adequado. Ou seja, quando se faz um dimensionamento para estruturação do SUS se faz de conta que não temos ninguém de fora para ser atendido. O Brasil é um país amável que recebe a todos os imigrantes. No Mato Grosso do Sul temos uma colônia grande de filhos de japoneses, paranaenses, paulistas, etc. Então, o Brasil é assim. Na fronteira, continuamos sendo brasileiros e continuamos recebendo as pessoas de lá.

Eu me coloco na posição de um secretário municipal de Saúde ou de um médico. É impossível deixar de atender porque a lei brasileira diz que não pode atender. Primeiro porque é obrigatório atender na urgência-emergência, por questões que todos conhecemos, e acaba havendo também o atendimento às outras áreas. A mulher do outro lado tem um filho no Brasil. Ele acaba sendo brasileiro, e tendo dupla cidadania, ao se tornar adulto tem os direitos de brasileiro. Em Ponta Porã a rua é uma fronteira seca e não há como dividir as pessoas. Então, muitos paraguaios que nasceram no Brasil, porque as mães já eram atendidas aqui, também

PEQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

votam aqui. Há uma mescla muito grande. O levantamento demográfico não é tão perfeito como nos países europeus.

Quando se faz um sistema não se computa esse tipo de diferença. Numa cidade como Ponta Porá, são 60.000 habitantes, e existem mais 80.000 do outro lado da fronteira. Quem administra está preparado para receber 60 mil pessoas e acaba recebendo, teoricamente, 140 mil. Ai começa o problema. O sistema não está preparado para isso, nem há financiamento do SUS, o que gera um desequilíbrio financeiro. Mas o Estado tem que ir lá e acolher. Não pode fechar os olhos para isso. Pelo menos na nossa gestão, procuramos acolher. Mas também há, além da questão financeira e de custeio, a questão de estruturação. Uma coisa é estruturar Corumbá para atender a 104 mil pessoas, outra é atender a todos os bolivianos que atravessam para lá. As pessoas caem na Santa Casa de Corumbá e nós atendemos, temos inclusive gestão compartilhada. É como se fosse um hospital regional do Estado. Compartilhamos o gerenciamento por três -- Estado, município e Santa Casa -- para tentar conseguir um equilíbrio financeiro e até para dar respaldo político a fim de poder sustentar isso.

Pode-se perguntar se o desequilíbrio é só nesse setor. Não é. Do outro lado da fronteira, o sistema paga algumas coisas, não paga outras, de maneira que a pessoa teria que pagar o serviço por conta própria. Com isso, eles migram para cá, buscando, por exemplo, TRS (terapia renal substitutiva). Antes da minha gestão, no governo Zeca, havia no Hospital Regional sete paraguaios fazendo hemodiálise. E o Ministério Público dizia que não era para tratar. Foi um *embroglio* grande porque os médicos falavam: "Não que eu queira ou não queira tratar. Eu preciso continuar o tratamento". Uma criança internada no Hospital Universitário precisava de

um transplante e isso demorou muito até que autorizaram. Portanto, a questão de saúde devia ser mais discutida no Mercosul.

P: Quais as relações e os fluxos, formais e informais, existentes entre o sistema de saúde do seu Estado e os países vizinhos ?

Matias: Por exemplo, com relação à Bolívia não temos relações formais, porque elas são feitas via Itamaraty. O que temos são alguns tratados na área de vigilância, de comum acordo entre os dois países; e encaminhamento informal de pacientes para extensão ambulatorial hospitalar. Nós deveríamos começar a tratar mais formalmente. Eu fui a Ponta Porã e a Corumbá diversas vezes, e é um relacionamento muito difícil porque sou muito prático. Eu falo assim: “tudo bem, quanto eu devo? Com quanto eu entro? Eu preciso entrar com R\$ 50.000”. Se isso é justo, atende a minha população e o Estado pode bancar, não há problema. Entro com os R\$ 50.000, desde que você entre com R\$ 3, o senhor com R\$ 45, outro com R\$ 10.000.

Eu fui a esses lugares e muitas vezes tivemos conversas longas. Uma vez em Ponta Porã, com o governador de lá, com o embaixador, a conversa não fluía para uma operacionalização efetiva. Muitas vezes, era mais fácil para nós comprarmos os aparelhos e colocarmos lá do que trazer as pessoas para cá. Fizemos alguns estudos e preferimos, em alguns exames, comprar por lá, dentro de seu contexto, do que eles virem para cá. É muito mais prático. Daí eles administram, pagam a manutenção, etc. Só que aí não se chegava a uma definição.

Numa reunião em Itaipu, tentei articular alguma coisa. Fui como Secretário de Saúde do Estado. Não tenho procuração do Itamaraty, nem

do Presidente da República, do Ministro, de ninguém, fui para tentar resolver o problema do meu Estado. Fiquei surpreso porque a Itaipu tem um convênio devido a questões ecológicas com o Brasil e o Paraguai, em que ela atende alguns hospitais de ambos os países. Tentei ver quanto o Brasil paga de *royalties*, a diferença de *royalties* com o Paraguai, e dar o valor. Até porque não se usam todas as turbinas, são nove turbinas para cada um. O Brasil usa as nove e o Paraguai vende energia de sete para o Brasil. Daí eu tentei acertar assim: dessas sete turbinas que o Brasil paga todo mês em dinheiro, poderia ser levantado o que eles usavam de saúde e isso seria trocado. "A gente faz cartão, faz o sistema de saúde para vocês e atende via SUS". Entraríamos em contato com o Ministério, autorizaríamos mediante o cartão SUS e os paraguaios seriam tratados no SUS como convênio. Só que isso não avançou, até porque o Paraguai não teve muito interesse. Uma pena.

P: Em relação aos serviços de referência, quais as ações de saúde são demandadas pela população dos países vizinhos nos serviços de saúde do SUS estadual?

Matias: Exames laboratoriais, consultas, procedimentos; alta complexidade: oncologia, ortopedia. Há outras ações também, mas as principais são estas.

P: Existe alguma recomendação quanto ao atendimento de estrangeiros nos serviços estaduais de referência?

Matias: Nós fortalecemos a auditoria na Secretaria de Estado de Saúde e fizemos normas de monitoria. Por exemplo, a solução

recomendada número dois. Nós a colocamos para que fosse vista na hora do pagamento. Mas foi uma coisa muito sutil. Queremos seguir exatamente o que está na lei para não poder cair fora, ou seja, cada vez que o auditor vai dar um parecer dos boletos, se algum estrangeiro for atendido via boleto, então que a conta não seja mandada para o SUS. Então, isso é feito com acompanhamento rigoroso. Mas, se a conta não vai para o SUS, acaba ficando para alguém. O cust o fica dentro daquele hospital ou centro, e isso acaba virando um depósito e temos que dividir a conta com o município, ou através de convênios, para sustentar o sistema como um todo. Se você atende 10 brasileiros e um paraguaio, a despesa do paraguaio vai ficar ali no canto. No final do mês, ou trimestre, isso pesa. Temos achar uma maneira de acabar com isso, porque o SUS acaba não pagando.

P: Quando o atendimento é prestado pelo município, o Estado tem ajudado a pagar pelos estrangeiros?

Matias: O Estado ajuda, mas não vai identificar o estrangeiro. Fazemos uma análise geral do hospital independente de qualquer coisa, independente da tabela SUS. Não vemos a questão do estrangeiro, o que vemos é a questão do sistema, do hospital. Entramos como participantes e logicamente acabamos ajudando no pagamento. Só que a auditoria não aceita o boleto dos procedimentos, do ambulatório. Temos crise internas porque os prefeitos se queixam dos valores recebidos pelas planilhas, com a auditoria não permitindo pagamentos em muitos casos. Por conta de todos esses atendimentos, houve até um acordo entre o Ministério Público e nós, onde prometemos atender apenas urgência e emergência dos estrangeiros. Foi uma espécie de regulamentação, em que entraram a

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Polícia Federal, o Ministério Público e a Secretaria de Estado de Saúde. Mas isso é duro, quando você está investido do cargo você sente a situação na pele. Eu me coloco no lugar deles: eles são quase brasileiros e são seres humanos. Então vamos seguir o acordo, mas vamos tentar fazer convênios, como convênios de medicamentos com Corumbá, ou chegar a outras maneiras de ajudar. Em Corumbá nós tentamos fazer o hospital da criança e não conseguimos, porque o número de cesáreas é muito alto. As mulheres chegam lá no oitavo mês, passam a fronteira tranquilas. O médico vai falar o que? Ele vai fazer parto normal? Ele faz logo uma cesariana.

P: Ao lado dessa pressão que os estrangeiros exercem no SUS em Mato Grosso do Sul, também há uma pressão de brasileiros no serviço de saúde da Bolívia, do Paraguai?

Matias: Não, eu não tenho conhecimento dessa pressão de brasileiros lá. Até porque parece que o brasileiro tem muito receio de usar os serviços de lá. Os daqui são melhores. A visão do brasileiro é essa. O que pode acontecer é, talvez, um turista ter que usar o serviço.

P: Como avalia a situação da circulação entre fronteiras de profissionais de saúde? Profissionais de saúde estrangeiros atuam em seu Estado ou vice versa? A situação destes profissionais está regularizada?

Matias: Está faltando um pouco mais de flexibilidade do governo brasileiro para receber profissionais de outros países, principalmente de Cuba. Faltam rapidez, flexibilidade e receptividade. Por exemplo, se a pessoa fez uma Faculdade de Medicina na Argentina, poderia, pedindo uma

PEQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

autorização aqui e no CRM, prestar o serviço no país. Ou então o Brasil teria que dizer que não aceita médicos argentinos nem paraguaios. Mas dizer “aceito, desde que...”, coloca um monte de problemas para o profissional não poder trabalhar aqui, o que é uma hipocrisia. Aconteceu isso em Tocantins. O Secretário, que fez pós-graduação em Cuba, queria levar os profissionais cubanos para Tocantins, mas não conseguiu ninguém porque ia demorar uns 45 anos para trazê-los... Deveria haver um acordo entre países.

Aqui no Estado, temos uruguaios e profissionais de outros países que exercem a medicina, desde que atendido todo um protocolo, desde que as universidades os tenham aceitado. Geralmente são pessoas mais antigas. Estão nos serviços públicos e privados. O CRM faz um controle muito rígido e atento do Estado, o que é muito bom, porque se evitam muitos picaretas na profissão, porém tem o outro lado: você não pode deixar a saúde de qualquer jeito.

P: Há brasileiros atuando na Bolívia?

Matias: Há.

P: Quais características do sistema de saúde do país podem estar influenciando para que estrangeiros busquem serviços de saúde no SUS?

Matias: A não-integralidade e a não-gratuidade de todos os serviços do outro lado da fronteira. E também os bons serviços daqui. A demanda de saúde estava tão reprimida no país que no momento em que os brasileiros perceberam que têm direitos, começaram a exigir. E começaram a exigir

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

tanto que tivermos que atender a essa demanda em pouco tempo. Cidades pequenas pediam tomógrafo. A demanda reprimida fez com que as exigências crescessem e as pessoas vissem que tinham condições de ter saúde melhor. Como alguém que está dentro do sistema, fico satisfeito em ver isso. Com a maior falta de modéstia possível, sou um pedacinho do sistema, que não é perfeito, não é ótimo, mas está em processo de aperfeiçoamento e é bom. As pessoas são atendidas muito melhor do que há trinta anos, quando havia um paredão na frente delas e elas não tinham nada: não tinham médico, medicamentos ou serviço. Não tenho uma pesquisa em mãos, mas hoje certamente existe muito mais do que existia há alguns anos principalmente na área preventiva. Então, isso é que é importante nesse sistema todo. São condições que os outros países não têm.

II. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO ENTRE PAÍSES SOBRE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE

P: Quais as repercussões da integração entre países no Mercosul sobre as políticas e sistemas de saúde? Ou quais as possíveis repercussões?

Matias: Acho que isso é um processo. Temos muita carência na parte mais importante do sistema, que é a informação. Desde a questão de prevenção das doenças, das epidemias, não temos isso apurado para fazer análises. Podemos fazer análises gerais, mas não conseguimos fazer análises pontuais. Também não temos cadastramento das pessoas

PEQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

atendidas, o que considero um absurdo. A integração é muito boa, mas são necessários informação, cadastramento e inter-relacionamento dos países. Ou seja, qual vai ser a regra do jogo? O sistema deve ser equilibrado. O município de Porto Murtinho deve ser ressarcido, porque ele não pode abrir as fronteiras, receber todo mundo com cartão e não ser ressarcido. No mínimo eu daria um cartão SUS para os paraguaios em um acordo, os registraria como paraguaios, mudaria a lei brasileira, e eles entrariam aqui para serem atendidos pelo SUS com o cartãozinho do SUS, da mesma maneira que o brasileiro, com os mesmos direitos. Atendi, digamos, o Sr. Juan Pablo Montoya e vou debitar da conta de Itaipu, da Petrobrás, ou de não sei quem. Aí se faz um acordo e se credita para o município de Porto Murtinho. Se for organizado assim, perfeitamente! E não é difícil fazer, não tem nada de utopia. É algo razoável.

P: Quais as repercussões positivas mais importantes do avanço da integração com o Mercosul no acesso às ações e serviços de saúde?

Matias: Uma repercussão grande é na maneira como o Paraguai e a Bolívia nos enxergam. Eles nos enxergam pelo acesso que têm hoje dentro do Brasil e na fronteira, acesso que, como eu já disse, não reprime ninguém. Talvez fosse diferente numa fronteira Síria-Israel, Palestina-Israel. Então, a visão que o Paraguai tem do Brasil é daquele irmão. E, eu diria até mais, os paraguaios compram no Brasil e pagam imposto no Brasil. Não se pode separar saúde da integração. Há uma integração muito grande e não podemos perder isso. Isso é nossa cultura.

P: Quais as repercussões negativas mais importantes do avanço da integração com o Mercosul no acesso às ações e serviços de saúde?

Matias: Talvez seja aquilo que nós estamos fazendo de conta, ou seja, estamos fazendo de conta que seguimos a lei, que não atendemos as pessoas, que existe um muro ali, mas a cultura e a sociabilidade não estão deixando isso acontecer. E ainda bem que funciona. Esta convivência acarreta diversos problemas, principalmente problemas de financiamento.

Existe também o problema dos assentamentos. Quem vai atender as questões de saúde de todos eles? Aí surgem as crises, mesmo depois de assentados. Em Ponta Porá, os assentados se organizaram em módulos de 10 em 10 hectares. Para a reforma agrária deve ser bom, mas para a saúde é péssimo. O PSF vai ficar aonde? Aqui ou lá? Dessa divisão dá 60 quilômetros de distância até o último módulo. Então você acaba distanciando as pessoas e não produzindo nada de saúde, complicando o sistema.

P: Os países do Mercosul têm sistemas de saúde muito distintos. Como avalia a possibilidade de integração frente aos avanços da integração econômica no Mercosul? Que futuro vislumbra no processo de integração dos sistemas de saúde no Mercosul?

Matias: A integração pode se dar de diversas maneiras. Duas delas podem ser as seguintes: ou o Brasil pode ser um modelo, ou o SUS pode abarcar outros países, pode ser o sistema dos outros países. Não digo que o SUS seja o melhor modelo do mundo, até porque não conheço todos os

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

modelos do mundo. Mas o SUS é um modelo razoável e pode ser um modelo para os outros países. Pode-se melhorar sempre e com o tempo vai ficando melhor.

P: Sabemos que o Mercosul caminha para uma integração econômica. O que a saúde poderia aproveitar disso?

Matias: Poderia repercutir dentro dos colegiados de saúde. Isso poderia avançar mais. Só que não sei com quem conversar! Uma coisa é conversar com o pessoal da saúde do Paraguai, outra coisa é conversar com o embaixador. São conversas totalmente diferentes, parece que estou conversando com um marciano! Ai se conversa com um economista e também é outra história. É preciso compatibilizar, este é meu objetivo! É preciso chegar aos presidentes e dizer o que queremos fazer, discutir com pessoas de outras áreas. Discutir qual seria um modelo dá trabalho. Mas seria muito interessante se o Brasil pudesse compatibilizar esse modelo, sua base. Eu acho que é possível fazer, mas é muito difícil, o tempo de maturação é muito longo. Acho que é muito mais prático pegar um sistema, colocar no Brasil e o resto ajudar nesse sistema todo. Seria fantástico ter um só sistema, integrado.

P: Que temas indicaria para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde?

Matias: O primeiro tema é dinheiro, financiamento. Depois, como fazer para atender a esse pessoal da fronteira. Então, até chegarmos a um sistema único e integrado vai demorar anos. O segundo tema: as políticas de saúde, as políticas de prevenção, o que deve ser feito de prevenção aqui

e lá. Cada um cuida do seu, mas vamos cuidar juntos porque existem prazos, datas, dias, épocas. Então, é preciso pegar aquilo em que é fácil trabalhar e fazer trocas, como as políticas de prevenção. Se for o caso o Brasil passa camisinha, passa anticoncepcional, faz algumas coisas para mostrar boa vontade. Passa know-how, como estamos fazendo hoje. Vamos trabalhar, dizer “nós não estamos querendo só pegar dinheiro de vocês para tratar vocês”. Como é o PSF? Isso vai acontecer antes destas discussões de políticas de saúde e de uma integração de saúde. Se começar com isso, surte mais efeito do que pegar dinheiro para pagar no resultado final da doença. É um trabalho de formiguinha. Não tem jeito, é preciso fazer pacto, ajudar no início e não no final. Temos know-how para passar para eles de graça em muitas coisas, de modo a evitar várias coisas que sobram para tratarmos.

P: Qual o significado do SIS Fronteira para a integração entre os sistemas de saúde dos países e a melhoria do acesso nas regiões de fronteira? Como você entende o papel dos Estados no SIS Fronteira?

M: O SIS Fronteira é o primeiro passo, a primeira tentativa de fazer alguma coisa. É importante levantar os dados, saber o que estamos fazendo, onde estamos pisando, para onde vamos. Mas o papel do Estado é de coordenador, regulador, controlador das ações feitas nas fronteiras. É um papel muito importante para permitir que as políticas sejam mais regionais e menos paroquiais. Muitas coisas podem ser feitas para trazer mais o estrangeiro para cá e melhorar. Mas o primeiro passo é muito importante. O pessoal sempre vê a questão do dinheiro, mas eu não concordo. Acho que o primeiro passo é ver onde quero chegar, qual o meu objetivo, com quais pessoas vou trabalhar. Claro que vou precisar de

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

dinheiro, mas é importante ver o time com o qual se vai trabalhar. No município não há gente para fazer, procuro pessoas para trabalhar e não há nada. É difícil. O Brasil também tem dificuldades. É preciso trazer mais as pessoas, juntar mais as pessoas que participam do SIS Fronteira, equalizar mais as informações. Acho que falta mais equalização de conhecimento das pessoas que estão envolvidas. O SIS Fronteira deve vir aqui, chamar as pessoas, fazer uns workshops para poder trabalhar mais os passos a serem dados e a direção que se vai tomar.

P: Em sua opinião qual seria a participação da população?

Matias: Coloco os conselhos, a Câmara de Vereadores. Gosto da Câmara de Vereadores porque ela ressoa. E gosto muito de conselhos, só que eles às vezes são dominados por prefeitos. É preciso liderança de alguém que trabalhe na área. Nós estamos falando de fronteira, onde é difícil chamar a população para resolver um problema.

P: Você acha que a população adere a um projeto como esse?

Matias: Se eu perguntar à população da fronteira, ela reage bem. Se eu perguntar à população de São Paulo, ela também reage bem, porém um pouco menos. "Como você acha que deve ser o atendimento do chinês que está trabalhando naquela fábrica como imigrante ilegal?". Claro que haverá um pouco de resistência, mas eu acredito no brasileiro, que é muito amável. É a minha sensação. Ele vai dizer: "Coitado do cara, ele já está aqui, ele não tem dinheiro. Vai custar alguma coisa? Vai custar. Mas eu prefiro dividir". O brasileiro é mais assim. Eu também sou assim. E na fronteira, mais ainda.

P: Às vezes as pessoas acham que isso vai tirar recursos. Não a população, outros atores.

Matias: Acho que é o pessoal da área técnica do SUS. Eu até concordo com a visão do técnico, que pensa: “Estamos colaborando para este sistema, colocando dinheiro. Pago os impostos. Os recursos são poucos, e agora vou dar para esse pessoal que não faz nada só porque vem para cá?” Tecnicamente é assim. Mas o pessoal de fronteira diz que o outro está ali, como eles estão ali, indo de um lado para o outro. O brasileiro faz compras no Paraguai, o paraguaio vem para cá buscar atendimento para o filho. É difícil, eu vou ter cara de levantar a voz para essa pessoa que vem para cá com o filho?

(www.saude.ms.gov.br)