

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

Doutorado em Saúde Pública

Antônio Levino da Silva Neto

**CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA,
EPIDEMIOLÓGICA E DA ORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA TRÍPLICE
FRONTEIRA BRASIL/COLÔMBIA/PERU**

RECIFE

2010

Antônio Levino da Silva Neto

Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice
fronteira Brasil/Colômbia/Peru

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
obtenção do grau de doutor em Ciências.

Orientador: Dr Eduardo Maia Freese de Carvalho

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586p Silva Neto, Antonio Levino da.

Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru / Antonio Levino da Silva Neto. - Recife: A. L. da Silva Neto, 2010. 213 f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Perfil de Saúde. 4. Saúde na Fronteira. 5. Brasil. 6. Peru. 7. Colombia. I. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Título.

CDU 614.2

ANTÔNIO LEVINO DA SILVA NETO

CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E DA ORGANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL/COLÔMBIA/PERU.

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
obtenção do grau de doutor em Ciências.

Aprovado em 22/11/2010

BANCA EXAMINADORA

Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPaAM/FIOCRUZ)

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPaAM/FIOCRUZ)

Annick Fontbonne
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPaAM/FIOCRUZ)

Dr. Paulo Cezar Peiter
Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPJV/FIOCRUZ)

Dr. Leandro Luiz Giatti
Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental (FSP-DAS/USP).

*À meus pais Namis Levino e Luiza Maria da
Silva, que tudo sabiam sobre a importância do conhecimento;*

*À minhas meninas Ana Luiza e Ana Letícia, a
quem espero passar, com este trabalho, um pouco do que a vida ensina;*

*À Vanja Andréa, com quem tenho tido o prazer
de partilhar boa parte da aventura de viver.*

À eles continuo a dedicar tudo que faço.

Agradecimentos

Ao Dr. Eduardo Freese de Carvalho, a quem coube orientar esta tese de doutorado e o fez de modo correto, oportuno e zeloso.

À Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e à Universidade Federal do Amazonas (UFAM), instituições que tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos nossos vizinhos colombianos e peruanos especialmente aos profissionais de saúde: Dr. Fidel Floret (Peru), Dr. Oswaldo Videira Paredes (Peru), e Dra. Ivone Delgado Velasques (Colômbia).

Às autoridades políticas, sanitárias e diplomáticas do Brasil, da Colômbia e do Peru, especialmente ao Dr. Gerardo Olaya (Cônsul de Colômbia em Tabatinga-BR).

Aos meus irmãos e irmãs, que são pedaços de mim e isso diz tudo: Iolando Levino da Silva, Rubson Benedito da Silva, Rosimar Maria da Silva, Márcia Luzia da Silva, Namis Levino da Silva, Mack Levino da Silva, Benedito Acácio da Silva, e Simone Luzia da Silva.

À minha esposa: Vanja Andréa Reis dos Santos e minhas filhas: Ana Luiza dos Santos Silva e Ana Letícia dos Santos Silva, por tudo que eu poderia dizer para ser franco e justo com a importância que têm na minha vida.

Aos colegas que colaboraram com pesquisa de campo: Ana Felisa Hurtado Guerreiro, Elsia Nascimento Belo Imbiriba, Isabela Cristina de Miranda Gonçalves, Luciano Felix dos Santos, Nicolas Esteban de Castro Heufemann, Roselene Martins de Oliveira, Luis Carlos Brandão e Isaque Sousa.

Aos mestres Menabarreto Segadilha França, Heliana Nunes Feijó Leite, e especialmente à Dra. Luiza Garnelo, colega exemplar e dedicada com quem tenho a honra de partilhar os caminhos da saúde pública.

Aos colegas do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFAM: Regismeire Viana Lima, Moacir Tadeu Biondo, Rosineide Cerdeira Carvalho.

Aos que apoiaram com traduções e editoração de documentos: Jorge Manuel Antunes, Hector Robles e Marcelo Maurício, Mayra Alejandra Salazar Hurtado, Alduvar Hurtado Guerrero.

Zona de Fronteira

(João Bosco)

Rei
Eu sei que sou
Sempre fui
Sempre serei
Oba
De um continente por se descobrir
Já
Alguns sinais
Estão aí
Sempre a brotar
Do ar
De um território que está por explodir
Sim
Mas é preciso ser sutil
Pois justo na terra de ninguém
Sucumbe um velho paraíso
Sim, bem em cima do barril,
Exato na zona de fronteira
Eu improviso o Brasil.

Rei
Eu sei que sou
Sempre fui
Sempre serei
Oba
De um continente por se descobrir
Já
Alguns sinais
Estão aí
Sempre a brotar
Do ar
De um território que está por explodir
E

Minha cabeça voa assim
Acima de todas as montanhas e abismos
Que há no país
Mas algo chama a atenção
Ninguém jamais canta duas vezes uma mesma canção.

Fronteira: Zona de território imediata à raia que separa duas nações. Linha divisória; raia; confins.

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. Até agora é uma história contada de forma fragmentária, por gente da metrópole, por cientistas da América do Norte e da Europa, por professores oriundos das universidades nacionais, marcando para sempre a forma de ler os fenômenos sociais da região. Mas a história da Amazônia é algo que interessa a todos que decidiram se envolver na sua construção, sejam estes intérpretes, coadjuvantes ou protagonistas. A região não é apenas uma geografia, e sua história é muito mais que um viveiro de criaturas exóticas de futuro incerto. É a história de uma parte do planeta habitada por seres humanos, que sendo geografia, também é um espaço em que a humanidade pode aprender um pouco mais sobre si mesma. E este mundo tem suas fronteiras assim definidas: a oeste do oceano atlântico, a leste dos Andes, ao sul do escudo guianense e ao norte do planalto central brasileiro, esta é a maior floresta tropical do mundo, conhecida pelo nome de Hiléia Amazônica. Como um útero prolífico, esta região guarda mais biomassa do que qualquer outro habitat da terra. É de longe o mais rico meio ambiente terrestre, e ficou praticamente intocado desde os tempos pré-históricos. Andar em certas partes da área equivale a saber como era o nosso planeta há 70 milhões de anos, e foi na Amazônia que, há 120 milhões de anos, durante a era Cretácea, as primeiras flores se abriram.

Márcio Souza

(A hiléia amazônica. in: História da Amazônia. Manaus: Editora Valer, 2009).

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

RESUMO

Esta tese trata da análise do sistema de saúde e da organização da assistência no contexto da fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru. Partindo da delimitação geográfica e da caracterização sócio-demográfica e epidemiológica da região, procedeu-se a uma análise dos sistemas locais de saúde e da oferta de serviços à população que habita ou circula pela área de fronteira. Bases de dados oficiais foram utilizadas na coleta de dados secundários e questionários aplicados junto a gestores de unidades de saúde de dezesseis localidades fronteiriças serviram para avaliar os fatores limitantes da oferta e as estratégias de superação adotadas. Constatou-se que as reformas sanitárias implementadas nos três países, com propósito de reduzir iniquidades, melhorar o uso eficiente dos recursos e aumentar a qualidade dos serviços, provocaram impactos de tal ordem na configuração dos sistemas locais de saúde que atualmente dificultam a integração da rede de serviços fronteiriços. Apesar das intensas relações trans-fronteiriças e do contexto internacional que demarca a formação de novos blocos econômicos e a cooperação entre nações soberanas, as diferenças dos modelos de gestão e as desigualdades regionais no interior de cada espaço nacional representam obstáculos à implementação de uma assistência integrada à saúde, estruturada a partir das necessidades regionais. Foi observado uma insuficiência e inadequação da infraestrutura de assistência, combinando um quadro de escassez e concentração de diversos serviços, notadamente os de maior complexidade. As características da oferta são analisadas considerando a perspectiva de articulação das autoridades sanitárias e a promoção de ações conjuntas visando a descentralização da rede e a criação de um sistema único de saúde da fronteira. Conclui-se que, para esta finalidade, um ponto de partida seria a unificação das ações de primeiro e segundo níveis de atenção, que nos três países já são de responsabilidade do setor público. Quanto à cobertura da assistência individual, sugere-se a criação de um fundo único de saúde com gestão tri-nacional para remunerar os serviços prestados dos três lados da fronteira. Desta forma o usuário teria assegurado o acesso universal com integralidade na assistência e equidade no atendimento.

PALAVRAS CHAVES: 1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Perfil de Saúde. 4. Saúde na Fronteira. 5. Brasil. 6. Peru. 7. Colômbia.

SILVA NETO, Antônio Levino da. **Geographic characterization, epidemiological and of the organization of the services of health in the tríplice border Brazil/Colombia/Peru.** Thesis (Doutorado in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This thesis deals with the analysis of the health system and the organization of the assistance in the context of the border among Brazil, Colombia and Peru. Considering the geographic delimitation, the socio-demographic and epidemiological characterization of the region, it was made an analysis of the local systems of health and the services supply to the population that inhabits or circulates around the border area. Official databases were used in secondary data collection and questionnaires together the managers of health units of sixteen border localities served to assess the limiting factors of supply and overrun strategies adopted. It was verified that the sanitary reforms implemented by the three countries with the intention to reduce inequities, improve the efficient use of the resources and increase the quality of the services, provoked such impacts in the configuration of the local systems of health that actually difficult the net integration of border services. Despite of the intense relations across the border and the international context that demarcates a new formation of economic blocks and the cooperation among sovereign nations, the regional differences of management models and the inequalities within each national space represent obstacles for the implementation of an integrated assistance of health, wich was structured based on regional needs. It was observed as well an insufficiency and inadequacy of the assistance infrastructure, combining a scarcity and concentration of diverse services, particularly those of higer complexity. The supply features were analyzed according to the perspective of an articulation of the sanitary authorities and the promotion of joint actions seeking the decentralization of the net and the creation of a single border health system. For this purpose, it is concluded that a starting point would be the unification of the actions of the first and second levels of attention, that already are responsibility of the public sector in the three countries. In relation to the coverage of the individual assistance, it is suggested the creation of a unique health fund with tri-national management to remunerate the services delivered on the three sides of the border. Thus, the user would have assured universal access with absolute assistance and equity of the attendance.

KEYWORDS: 1. Evaluation of Services of Health. 2. Systems of Health. 3. Profile of Health. 4. Health in the Border. 5. Brazil. 6. Peru. 7. Colombia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Arcos e Sub-Regiões da Faixa de Fronteira do Brasil.....	26
Figura 2 – Diagrama síntese dos resultados do estudo.....	41
Figura 3 - Mapa da América do Sul e os países fronteiriços com o Brasil.	44
Figura 4 - Mapa da Tríplice Fronteira Brasil/Colômbia/Peru, com destaque para o Estado do Amazonas (BR) e os Departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE).....	45
Figura 5 - Mapas da Tríplice Fronteira Brasil/Colômbia/Peru destacando as localidades fronteiriças do Alto Solimões (BR) e dos Departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE). 50	
Figura 6 - Foto aérea das cidades gêmeas de Letícia (CO) e Tabatinga (BR), unidas pela Avenida da Amizade e separadas por uma fronteira seca entre Brasil e Colômbia.	52
Figura 7 - Avenida da Amizade, que divide Tabatinga e Letícia, na fronteira entre Brasil e Colômbia.	53
Figura 8 - Vista de Iquitos (PE), principal capital da Província de Maynas e do Departamento de Loreto.....	54
Figura 9 - Vista de Manaus, capital do Estado do Amazonas e maior metrópole da região norte do Brasil.....	55
Figura 10 - Gráficos da População Residente por Faixa Etária e Sexo: Estado do Amazonas (BR), Departamento do Amazonas (CO) e Departamento de Loreto (PE).	60
Figura 11 - Gráfico da População Residente por Faixa Etária e Sexo: Cidade de Manaus, Capital do Estado do Amazonas (BR).....	62
Figura 12 - Gráfico da População Residente por Faixa Etária e Sexo: Região do Alto Solimões, Estado do Amazonas (BR).	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de parâmetros e critérios para caracterização do perfil epidemiológico da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.	38
Quadro 2 – Caracterização dos perfis epidemiológicos dos países e unidades federadas que compõem a tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.....	72
Quadro 3 - Comparação entre os sistemas nacionais de saúde dos países que formam a tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.....	74
Quadro 4 - População e estabelecimentos de saúde, segundo o tipo e os distritos fronteiriços de localização da região de Loreto - Peru, 2008.....	83
Quadro 5 - Rede de serviços de saúde na faixa de fronteira Brasil/Colômbia/Peru.....	86
Quadro 6 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo as especialidades disponíveis e a localidade dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	95
Quadro 7 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo de serviço prestado e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	99
Quadro 8 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens por localidade e tipo de serviço oferecido pelos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	112
Quadro 9 - Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por estabelecimento, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	122
Quadro 10 - Características da demanda atendida pelos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	132
Quadro 11 - Mecanismos de referência para exames laboratoriais utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	133
Quadro 12 - Destino principal dos encaminhamentos das unidades hospitalares da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	134

Quadro 13 - Mecanismos de referência para exames de imagem utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	134
Quadro 14 - Exames que os hospitais localizados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru necessitam referenciar, 2009.	135
Quadro 15 - Mecanismos de referência para internação utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	136
Quadro 16 - Mecanismos de referência para consulta especializada utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	137
Quadro 17 - Mecanismos de referência para cirurgia especializada utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	138
Quadro 18 - Especialidades que os hospitais localizados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru necessitam referenciar para realização de consultas médicas e cirurgia especializada, 2009.	139
Quadro 19 - Mecanismo de contra-referência para a rede básica dos hospitais localizados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	140
Quadro 20 - Situação da disponibilidade e planejamento de ampliação de serviços especializados e leitos hospitalares nos hospitais localizados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	142
Quadro 21 - Síntese da situação de oferta de serviços nos estabelecimentos de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009. (Continua).	145
Quadro 22 - Síntese da situação de oferta de serviços nos estabelecimentos de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009. (Conclusão).	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a tríplice fronteira amazônica, segundo a extensão territorial e distribuição da população.....	49
Tabela 2- Províncias e distritos do departamento de Loreto (PE) que contam com fronteira internacional.	51
Tabela 3 - Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a tríplice fronteira amazônica, segundo a extensão territorial e distribuição populacional, 2009.....	59
Tabela 4 - Distribuição da população residente segundo a faixa etária por unidades territoriais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.	61
Tabela 5 - Indicadores demográficos e econômicos nacionais e por unidades federadas da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.	65
Tabela 6 - Distribuição da população residente por faixas etárias e razão de dependência das áreas territoriais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	69
Tabela 7 - Segmentação da população segundo afiliação ao SGSSS, no Departamento do Amazonas – Colômbia, 2006.	79
Tabela 8 - Variação da população afiliada ao regime subsidiado no Departamento do Amazonas - Colômbia, período de 2004 a 2006.	80
Tabela 9- Unidades de saúde participantes do estudo segundo o tipo e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	88
Tabela 10 - Unidades de saúde participantes do estudo segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	89
Tabela 11 - Unidades de saúde participantes do estudo segundo o tipo e o a modalidade de gestão dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	90
Tabela 12 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	92

Tabela 13 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências, segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	93
Tabela 14 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo as especialidades disponíveis e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	94
Tabela 15 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo as especialidades disponíveis e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	96
Tabela 16 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	97
Tabela 17 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	97
Tabela 18 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo de serviço prestado e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	98
Tabela 19 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo de serviço prestado e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	100
Tabela 20 - Unidades de saúde que dispõem de assistência ambulatorial especializada segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	101
Tabela 21 - Unidades de saúde que dispõem de assistência ambulatorial especializada segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	101
Tabela 22 - Unidades de saúde que dispõem de assistência ambulatorial especializada por localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	102

Tabela 23 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica segundo o país de localização do estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	103
Tabela 24 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica segundo o tipo de estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	103
Tabela 25 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica segundo a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	104
Tabela 26 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica por tipo de serviço segundo a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	105
Tabela 27 - Unidades de saúde que dispõem de assistência fisioterápica segundo o país de localização do estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	106
Tabela 28 - Unidades de saúde que dispõem de assistência fisioterápica segundo o tipo de estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	106
Tabela 29 - Unidades de saúde que dispõem de assistência fisioterápica segundo a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	107
Tabela 30 - Unidades de saúde que dispõem de exames laboratoriais segundo o país de localização do estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	108
Tabela 31 - Unidades de saúde que dispõem de exames laboratoriais segundo o tipo de estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	108
Tabela 32 - Unidades de saúde que dispõem de exames laboratoriais, por localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	109
Tabela 33 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens segundo o país de localização do estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	110
Tabela 34 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens segundo o tipo e a localização do estabelecimento de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009..	110
Tabela 35 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens por tipo de serviço oferecido nos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	111

Tabela 36 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens por tipo de serviço oferecido e a localidade sede dos estabelecimentos de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	113
Tabela 37 - Unidades de saúde que dispõem de serviços de cirurgias eletivas segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	114
Tabela 38 - Unidades de saúde que dispõem de serviços de cirurgias eletivas por localidade sede dos estabelecimentos de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	115
Tabela 39 - Unidades de saúde que realizam cirurgias eletivas por especialidade segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	116
Tabela 40 - Unidades de saúde com cirurgias eletivas por especialidades segundo a localidade sede dos estabelecimentos na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	116
Tabela 41 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle de endemias, por enfermidade, segundo o país de localização do estabelecimento na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	117
Tabela 42 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle da tuberculose, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	118
Tabela 43 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle da hipertensão arterial, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	119
Tabela 44 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle das diabetes, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	120
Tabela 45 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle da hanseníase, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	120

Tabela 46 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle de enfermidades endêmicas, por localidade sede dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	121
Tabela 47 - Unidades de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis segundo o país de localização do estabelecimento na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	122
Tabela 48 - Leitos hospitalares, segundo o país de localização das unidades de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	123
Tabela 49 - Leitos hospitalares, por localidade sede das unidades de saúde, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009	123
Tabela 50 - Unidades de saúde que dispõe de profissionais especialistas, por especialidade, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	124
Tabela 51 - Unidades de saúde com profissionais especialistas, por área de especialização e segundo a localidade sede dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	126
Tabela 52 - Referência e contra-referência de pacientes e situação da oferta de serviços especializados e leitos nas unidades de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	127
Tabela 53 - Mecanismos de referência e contra-referência, por localidade sede das unidades de saúde, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	128
Tabela 54 - Mecanismos de referência e contra-referência segundo os tipos de unidade de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	129
Tabela 55 - Unidades de saúde pesquisadas com Leitos hospitalares, por tipo, segundo o país de localização do estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.....	147
Tabela 56 - Leitos hospitalares, por tipo, segundo o país de localização do estabelecimento na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	148
Tabela 57 - Leitos hospitalares, por tipo e localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.	149

Tabela 58 - Proposta de enfrentamento às carências de serviços e de leitos hospitalares, por localidade sede das unidades de saúde, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009. ... 150

Tabela 59 - Propostas de enfrentamento das carências de serviços e leitos hospitalares, segundo o tipo de unidade de saúde e o país de localização dos estabelecimentos na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009. 151

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Integração econômica, cooperação regional e a saúde nas fronteiras.	23
1.2 A fronteira brasileira no contexto do Mercosul.....	25
1.3 Perfil epidemiológico e avaliação em saúde.....	27
1.4 Sistemas de saúde e oferta de serviços na tríplice fronteira amazônica	31
2 JUSTIFICATIVA	33
3 QUESTÕES DA PESQUISA.....	34
4 OBJETIVOS	35
4.1 Objetivo Geral	35
4.2 Objetivos Específicos	35
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
5.1 Tipo de estudo e fontes de dados.....	36
5.2 Delimitação territorial da tríplice fronteira.....	37
5.3 Caracterização do perfil sócio-demográfico e epidemiológico	38
5.4 Descrição e análise da estrutura e organização dos sistemas de saúde	39
5.5 Avaliação da oferta de serviços de saúde	39
5.5 Verificação dos mecanismos de referência e contra-referência	40
5.5 Verificação dos fatores limitantes da oferta de serviços e estratégias de superação.....	40
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
7. RESULTADOS E ANÁLISE.....	43

7.1 Delimitação da tríplice fronteira entre Brasil/Colômbia/Peru.....	43
7.2 O perfil sócio-demográfico e epidemiológico da fronteira amazônica	57
7.2.1 Estrutura e distribuição espacial da população residente	57
7.2.2 Dinâmica populacional	64
7.2.3 Indicadores socioeconômicos	70
7.2.3 Identificação do perfil epidemiológico das unidades territoriais da fronteira	71
7.3 Estrutura e organização dos sistemas locais de saúde fronteiriços.....	73
7.3.1 Configuração dos sistemas nacionais de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru	73
7.3.2 Organização da assistência à saúde na zona de fronteira	76
7.3.3 A rede de serviços locais de saúde	84
7.4 A oferta de serviços de saúde	87
7.4.1 Identificação das unidades de saúde incluídas no estudo	87
7.4.2 Componentes da avaliação dos serviços de saúde.....	90
7.4.3 Assistência às urgências e emergências	92
7.4.4 Assistência às mulheres gestantes	97
7.4.5 Assistência ambulatorial especializada	101
7.4.6 Assistência odontológica especializada.....	102
7.4.7 Assistência fisioterápica	105
7.4.8 Exames complementares laboratoriais	107
7.4.9 Exames complementares de Imagens	109
7.4.10 Cirurgias eletivas	113

7.4.11 Controle de enfermidades endêmicas	117
7.4.12 Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	121
7.4.13 Leitos hospitalares	122
7.4.14 Profissionais especialistas.....	124
7.4.15 Referência e contra-referência.....	127
7.5 A oferta dos serviços na rede hospitalar de referência	130
7.5.1 Identificação da rede hospitalar de referência	130
7.5.2 A demanda atendida na rede hospitalar de referência	131
7.5.3 Encaminhamento das demandas de exames complementares.....	132
7.5.4 Encaminhamentos das demandas de consulta, internação e cirurgia	136
7.5.5 Mecanismos de contra-referência da rede hospitalar	140
7.5.6 Fatores limitantes da oferta e planejamento da ampliação de serviços e leitos.....	141
7.5.7 Síntese das características da oferta de serviços de saúde na tríplice fronteira.....	143
7.5.8 Síntese das propostas de enfrentamento das limitações de oferta de serviços	149
8 DISCUSSÃO	153
8.1 Territorialidade e perfil sócio-demográfico e epidemiológico da tríplice fronteira	153
8.2 Estrutura e organização dos sistemas locais de saúde fronteiriços.....	171
8.6 Avaliação da oferta de serviços de saúde	175
8.6.1 Especificidades da assistência à saúde no contexto da fronteira	175
8.6.2 As redes locais e os serviços de saúde prestados	182
8.7 Referência e contra-referência nos serviços de saúde da tríplice fronteira	190

8.8 Estratégias adotadas no enfrentamento das limitações de oferta de serviços.....	191
9 CONCLUSÃO.....	192
10 RECOMENDAÇÃO.....	198
REFERÊNCIAS	199
Apêndice A - Termo de consentimento esclarecido para gestores.....	207
Apêndice B - Termo de consentimento esclarecido para investigador de campo.....	209
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	211
Anexo B - Termo de anuência/autorização para realização da pesquisa.....	212

1 INTRODUÇÃO

1.1 Integração econômica, cooperação regional e a saúde nas fronteiras.

A relevância dos estudos sobre as fronteiras cresceu nos últimos anos em decorrência do processo de formação dos blocos econômicos regionais, que demarcam o novo arranjo político internacional entre vários países, desde o final do século XX. Este fato substituiu a bipolaridade, que era a característica principal do período denominado da guerra fria, quando então as alianças econômico-militares formadas por países socialistas de um lado e capitalistas do outro, promoveram a divisão do mundo em duas grandes áreas de influência, que eram hegemônicas pela antiga União Soviética (URSS) e pelos Estados Unidos da América (EEUU) respectivamente.

Nas duas últimas décadas, na América Latina, assim como na Europa, a integração sub-regional produziu vários acordos multilaterais que visam ampliar o intercâmbio diplomático e a formação de mercados comuns. O Mercosul (Mercado Comum do Sul) criado em março de 1991 e inicialmente composto por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, atualmente contempla quase a totalidade dos países do continente, além de incluir o México, tendo assim se consolidado como um bloco alternativo que se contrapõe à Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), anteriormente proposta e fomentada pelos EEUU (FERREIRA, 2008).

Entre os diversos protocolos firmados no âmbito do Mercosul, está incluído o tratamento de questões derivadas como: a saúde das pessoas e o ambiente, além de aspectos sanitários do fluxo de bens e serviços que são bastante relacionados à dinâmica das zonas de fronteira. Segundo Peiter (2007), antes do advento do Mercosul, o Brasil não dispunha de uma política pública específica para a fronteira, que considerasse as particularidades e a diversidade das populações fronteiriças. De forma coordenada, para esse autor, isso ocorre somente depois do processo de integração econômica, quando se impôs a necessidade de encarar o problema da utilização de serviços locais de saúde pelos cidadãos da fronteira.

A criação do Programa Integrado de Saúde das Fronteiras – Sis-fronteiras (Ministério da Saúde, *Decreto GM nº 1.120*, de junho de 2005) é um dos marcos políticos da nova fase em que o governo brasileiro passou a buscar uma compreensão maior das necessidades e

problemas de saúde nessas áreas, concentrando esforços no sentido de uma ação articulada. Até então, os postos de vigilância sanitária localizados em pontos estratégicos limitavam suas ações ao controle do trânsito de mercadorias e pessoas (PEITER, 2007). Simultaneamente à estruturação do Mercosul, igualmente seguindo uma tendência mundial, tem sido implementado na América Latina uma série de reformas setoriais no campo da saúde, centradas nos princípios fundamentais da equidade, qualidade da atenção, eficiência, sustentabilidade e participação social, que também repercute de modo considerável no contexto das fronteiras (BJÖRKMAN, 2009; FERREIRA, 2008; URREA; PILAR, 2009).

A formação de grupos de trabalhos temáticos, bem como, a constituição de núcleos de pesquisa e diversos fóruns de discussão têm sido adotados como estratégia visando à superação da carência de informações sobre esses temas. Ainda hoje, este é um dos obstáculos para o diagnóstico da situação e a proposição de respostas compatíveis com o desafio de se estabelecer uma prestação de serviços integrada e adequada à realidade de cada um dos seguimentos de fronteira, o que não pode ser feito sem levar em conta, os impactos que a reestruturação econômica mundial provoca nos sistemas nacionais de saúde. Ferreira (2008) avalia que as pressões globalizantes alteram os padrões de concorrência e eficiência definidos pelo modelo de desenvolvimento capitalista, ao tempo que limitam a capacidade do estado formular e implementar políticas públicas. Por outro lado, o autor considera que: ao produzir ações internacionais solidárias e subordinadas aos próprios imperativos de políticas nacionais, os blocos regionais fazem frente ao processo de globalização e à alienação relativa, gerada pelos processos que transcendem os seus limites.

As zonas de fronteira internacional têm características próprias que produzem efeitos no comportamento da sua população e conseqüentemente no processo de saúde adoecimento. Enquanto um limite político formal, a fronteira separa realidades que são distintas do ponto de vista do desenvolvimento sócio-econômico, da legislação, cultura e oferta de serviços, incluindo os da saúde (HOUSE, 1980; RUNLEY, 1991).

Nessas regiões, a tensão entre os modelos nacionais de organização e gestão das políticas públicas e os seus determinantes externos reflete diretamente na capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde. A mobilidade populacional, por sua vez, tanto incrementa o risco de introdução de doenças emergentes e re-emergentes quanto dificulta o planejamento das ações de vigilância, ao tornar mais complexas as operações de registro de casos, nascimentos e óbitos, configurando assim, as áreas de fronteira como espaços de maior vulnerabilidade.

Essas especificidades exigem uma flexibilidade maior das políticas públicas, para que elas possam atender aos grupos populacionais que habitam ou circulam pela zona de fronteira, tais como: turistas, migrantes, minorias étnicas e trabalhadores relacionados a atividades específicas ou temporárias (madeireiros e garimpeiros, por exemplo) ou ainda profissionais do sexo (VIANA et al, 2007). E não basta apenas que haja oferta de serviços, pois, mesmo quando o sistema local de saúde dispõe de capacidade instalada e consegue acolher as demandas, a sua efetividade poderá ser comprometida pelo fluxo da clientela. Isto porque as populações fronteiriças estabelecem estratégias para o enfrentamento das assimetrias, procurando desfrutar de todas as oportunidades oferecidas pelo estrangeiro, sempre que deparam com a falta de respostas para os problemas, no seu país de origem (PEITER, 2007).

1.2 A fronteira brasileira no contexto do Mercosul

No documento intitulado: *Bases de uma Política Integrada de Desenvolvimento Regional para a Faixa de Fronteira* (BRASIL, 2005) são encontradas as diretrizes do governo brasileiro para a retomada das ações do Ministério da Integração Nacional, depois que as fronteiras deixaram de ser vistas como áreas de segurança nacional e passaram a ser tratadas como uma questão estratégica pela potencialidade que elas representam, enquanto espaços privilegiados para a promoção da integração regional preconizada pelo Mercosul (OLIVEIRA; MACHADO; MOYSES, 2008).

Consta ainda, no mesmo documento oficial (BRASIL, 2005), uma série de definições que servem de base conceitual adaptada à nova concepção de abordagem das fronteiras internacionais do Brasil. A começar pela tipologia adotada que divide a Faixa de Fronteira em três macro-segmentos (Figura 1). O primeiro é o Arco Norte que abrange a os Estados do Amapá, Pará, Roraima, Amazonas e Acre contemplando 71 municípios e representando 66,00% da área fronteiriça brasileira, porém, com uma baixíssima densidade demográfica de (1,2 habitante/km²). O segundo é o Arco Central, que constitui a Faixa de Fronteira dos Estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, com 99 municípios, representando 22,50% da área fronteiriça e uma densidade demográfica de 4,5 habitante/km². O terceiro é o Arco Sul, que compreende a fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do

Ao abordar as fronteiras o governo brasileiro emprega um conceito de território que ultrapassa a “[...] dimensão jurídico-administrativa de áreas geográficas delimitadas e sob domínio do Estado. O território é entendido como um produto de processos de controle, dominação e/ou apropriação do espaço físico por agentes estatais e não-estatais [...]”. Ressalta-se então que a “[...] territorialização desses processos se dá tanto ‘de cima para baixo’ (a partir da ação do Estado ou das grandes empresas, por exemplo) quanto ‘de baixo para cima’ (através das práticas e significações do espaço efetivamente vivido e representado pelas comunidades [...])”. Desta forma o processo de territorialização, filtrado pelos agentes sociais é que acabaria por delinear o território, por uso e posse, e não somente por determinação jurídico-administrativa (BRASIL, 2005).

Ainda segundo explicita o documento Bases de uma Política Integrada de Desenvolvimento Regional para a Faixa de Fronteira,

ao contrário do território, que de alguma forma define “nós” e os “outros”, o “próprio” e o “não-próprio”, ou seja, carrega um sentido de exclusividade, a territorialidade é um processo de caráter “inclusivo”, incorporando novos e velhos espaços de forma oportunista e/ou seletiva, não separando quem está “dentro” de quem está “fora”. Por isso mesmo, a territorialidade de algum elemento geográfico dificilmente coincide com os limites de um território, embora possa justificar a formação de novos territórios (BRASIL, 2005).

Neste ponto o documento introduz uma distinção entre faixa e zona de fronteira em que: a faixa de fronteira é definida pelos limites territoriais do poder do Estado, enquanto a

[...] zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional e por fluxos e interações trans-fronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades-gêmeas. [...] (BRASIL, 2005).

1.3 Perfil epidemiológico e avaliação em saúde.

No presente estudo, partiu-se da premissa que a dinâmica populacional e a qualidade da assistência à saúde podem efetivamente modular a ocorrência de doenças, explicitadas como epidêmicas e endêmicas, configurando um processo particular de determinação do perfil de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. As evidências de tal processo foram buscadas na análise das características geográficas, sócio-demográficas e epidemiológicas das localidades fronteiriças, indagando, à princípio, se haveria um processo de transição epidemiológica em curso naquela região.

É possível reconhecer a transição epidemiológica na mudança do padrão das causas de morte de uma população. As Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) são gradualmente substituídas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), assim como pelo aumento das doenças do aparelho circulatório e pelo incremento das neoplasias, das diabetes e das causas externas. É esperado que nas condições de desenvolvimento político-social, as doenças do aparelho circulatório ocupem pelo menos a metade das causas de óbito enquanto as DIP se reduzem a um patamar bem menor (CÉSAR, 1999).

Altas taxas de mortalidade estão associadas à proporção elevada de DIP, do mesmo modo que a sua redução leva a uma queda da mortalidade infantil. A persistência de altas taxas de mortalidade infantil, diante de um quadro de mortalidade geral em declínio, constitui um padrão dual em que, a manutenção da mortalidade infantil decorre da permanência das DIP na faixa de menor idade, concomitante ao crescimento os óbitos causados por doenças crônico-degenerativas entre os adultos. As causas externas por sua vez, num quadro de transição, aumentam em todas as faixas, com exceção dos menores que 1 ano. A relação entre as causas e os óbitos, na realidade é influenciada pela distribuição das taxas específicas de cada uma das causas na estrutura das faixas etárias (CÉSAR, 1999).

Portanto a transição tem a ver com a dinâmica demográfica por estar associada à fecundidade, mortalidade e migração, fatores que necessariamente se articulam aos processos estruturais e históricos (PATARRA; OLIVEIRA, 1998; CARVALHO, 2006). O reconhecimento dessa articulação é fundamental para o entendimento da doença como um fenômeno que não se limita ao simples resultado do desenvolvimento das forças produtivas e do grau de domínio sobre as forças da natureza (LAURELL, 1983).

A mudança no padrão das causas de mortalidade nos permite distinguir os estágios descritos pelos diferentes modelos de transição epidemiológica concebidos, que contemplam: o tempo,

ritmo e magnitude do declínio dos níveis dos coeficientes de mortalidade e sua estrutura por causas; a expectativa de vida; os níveis das taxas de mortalidade infantil; o nível da taxa de fertilidade e estrutura etária; a distribuição dos óbitos segundo as faixas etárias e as taxas de mortalidade materna.

Baseado em tais componentes foram definidos três modelos de transição epidemiológica sendo que um modelo é chamado de Clássico ou Ocidental, outro de Transição Acelerada e Semi-ocidental e um terceiro de Transição Retardada que se subdivide num modelo de transição rápida, quando se dá numa sociedade recém industrializada ou de rápido desenvolvimento, intermediária quando ocorre em países de baixa renda e lenta nos países menos desenvolvidos (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

Patarra e Oliveira (1998) chamam a atenção para o uso da transição como elemento explicativo da dinâmica demográfica ressaltando que ela enfatiza a noção de passagem de um ponto de estabilidade demográfica para outro, induzindo a idéia de que uma desestruturação seria precedida por um período e sucedida por outro que seriam considerados, respectivamente, a dimensão explicativa e a dimensão teleológica do modelo. Para esses autores, a linearidade implícita revela o desenvolvimentismo que perpassa a noção de etapas e modelos que se sucedem como tipos históricos correspondentes às fases do capitalismo, uma perspectiva que não se sustenta quando são incluídos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento na configuração dos tipos sugeridos. Afirmam tratar-se do mesmo efeito que ocorre quando a transição é identificada com queda de fecundidade ou mudança do padrão de mortalidade, porém, ressaltam que se poderia ser considerado como uma “antecedência” o período em que uma população mantém a fecundidade estável com taxas de níveis elevados, antes de ser substituído por um novo período de baixa fecundidade. Se for possível deduzir, neste caso, que a mudança ocorreu devido à introdução do uso de contraceptivos e não de fatores estruturais, estaríamos diante de um exemplo de transição distinto daquele modelo desenvolvimentista linear.

Nessa perspectiva, a transição passaria a ser compreendida como um processo possível de ser aferido, segundo parâmetros que servem à avaliação do comportamento dos indicadores em cada realidade específica que poderá corresponder, ou não, aos modelos previamente concebidos (BARRETO e col, 1993; BARRETO; CARMO, 2006).

Este foi o esforço empreendido por César e Rodrigues (1999) quando analisaram a transição epidemiológica em curso na cidade de Recife, estado de Pernambuco (Brasil), no período de 1929 a 1990, utilizando para isso as informações sobre a estrutura geral das causas de morte, oriundas das estatísticas vitais que foram tratadas de modo a fornecer um detalhamento no nível dos grupos etários selecionados. Desta forma foi possível avaliar as variações do nível da mortalidade e da estrutura das causas de morte.

Para Carvalho e Fontbonne (2006) o Perfil Epidemiológico é a característica sócio-sanitária que se expressa como um processo historicamente determinado pelo que ocorreu e ocorre no interior de uma sociedade e nas suas relações com outras sociedades. A Transição Epidemiológica corresponderia, assim, à idéia de acoplamento ou substituição não linear que ocorre numa dada sociedade e tempo definidos. Para se identificar o perfil e a transição epidemiológica utilizam-se marcadores como: mortalidade por doenças cardiovasculares, por câncer, doenças transmissíveis na infância, HIV e várias outras doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas com o aumento da expectativa de vida por modificações sócio-econômicas.

Esses autores identificam dois tipos básicos de perfil epidemiológico: o “Arcaico” e o “Moderno”. No perfil “Arcaico” predomina Doenças Infecto-Parasitárias - DIPs, alta mortalidade infantil e baixa expectativa de vida. No perfil “Moderno” predomina Doenças Crônicas Degenerativas, baixa mortalidade infantil e elevada expectativa de vida. Nos países de perfil epidemiológico “Moderno” as doenças tendem à cronicidade por estarem relacionadas ao trabalho e aos estilos de vida, uma vez que a reprodução social está garantida. No perfil de “Arcaico” a predominância das DIPs está relacionada à forma de reprodução social.

Para estabelecer uma comparação entre os diferentes processos de transição demográfica e epidemiológica que historicamente foram modificando-se nos diversos continentes e países, Carvalho e Fontbonne (2006) propõem alguns conceitos e uma tipologia atual utilizando parâmetros epidemiológicos.

Sugerem então uma classificação de países segundo os perfis epidemiológicos correspondentes aos dois padrões de transição reconhecidos como sendo: um “Tradicional” ou “Arcaico” determinado pela precariedade e exclusão social e caracterizado por elevada mortalidade infantil, baixa expectativa de vida e persistência das doenças negligenciadas

(endêmicas) e outro, chamado de “moderno” e caracterizado pelo “bem estar” e determinado historicamente por um adequado emprego de políticas econômicas e sociais, bem como, pela construção de uma rede de proteção social, que determina baixa mortalidade infantil, elevada expectativa de vida e predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs sobre as DIPs (CARVALHO; FONTBONNE, 2006).

Ao incorporar características e determinantes históricos, políticos, econômicos e sociais, o modelo proposto possibilitou captar, na trajetória específica de cada país, elementos que permitem identificar um padrão alternativo de transição definido como de “Desigualdade”, caracterizado como um espelho das contradições do desenvolvimento social e econômico que se apresenta com uma persistência das taxas de incidência, prevalência e mortalidade das DIPs endêmicas negligenciadas, passíveis de controle, acompanhada de uma redução acentuada e controle/erradicação de doenças evitáveis por vacinação, de uma expansão acentuada das DCNTs, da redução lenta e gradativa da mortalidade infantil, do aumento da expectativa de vida e da explosão da violência urbana, principalmente nas cidades grandes ou de médio porte (CARVALHO; FONTBONNE, 2006).

1.4 Sistemas de saúde e oferta de serviços na tríplice fronteira amazônica

Na proposta de estudo formulada para a tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, o foco de interesse é a oferta de serviços de saúde que é uma das características relacionadas à disponibilidade e distribuição social dos recursos. Na utilização dos serviços podem interpor-se obstáculos geográficos (como a distância e o transporte), organizacionais (como a existência de filas, tempo de espera e natureza do acolhimento) e econômicos (TRAVASSOS, 2004).

A categoria acesso é utilizada na avaliação do grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003). Portanto, o termo abrange tanto a condição de ser acessível (acessibilidade) quanto o ato de ingressar no sistema de saúde e dependendo do autor, este conceito poderá centrar-se nas características dos indivíduos ou da oferta, ou na relação entre os indivíduos e os serviços. Quando se trata da avaliação do acesso há uma grande discordância sobre se deve concentrar nos resultados, nos objetivos finais dos sistemas

de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos (TRAVASSOS, 2004).

Donabedian (2003) relaciona a acessibilidade à capacidade dos serviços ofertados produzirem respostas às necessidades de saúde de uma população. Para Travassos (2004) a acessibilidade, assim compreendida, não se limita à mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, mas refere-se às características dos próprios serviços e recursos que facilitam ou limitam o seu uso, exercendo um impacto na capacidade da população utilizá-los. Conclui-se então que: a oferta pode ser considerada um fator importante para a explicação das variações no uso de serviços de saúde por grupos populacionais e representa uma dimensão relevante da avaliação nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde.

Segundo Vieira-da-Silva (2005), avaliar consiste sempre na elaboração de um julgamento que, no âmbito das práticas cotidianas se dá pelo senso comum, fazendo uso de técnicas não sistemáticas de observação e análise e formulando juízos dicotômicos e simplificados. Já numa pesquisa avaliativa aplicam-se critérios e parâmetros fundamentados em metodologia e instrumentos científicos.

Entre as práticas avaliativas cotidianas e a pesquisa avaliativa há um amplo espectro de possibilidades que compõem as chamadas avaliações normativas que atendem aos interesses administrativos ou da gestão em saúde. Dependendo do delineamento do objeto, do aprimoramento metodológico e da sua sistemática elas se aproximam e são admitidas, por alguns, como parte do pólo da investigação avaliativa (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Para Donabedian (1998), ao programar uma avaliação, a experiência e criatividade do avaliador influenciam na formulação da estratégia, na seleção da abordagem, na definição dos níveis e atributos e na seleção de indicadores, critérios e padrões. O objeto de uma avaliação abrange o nível das ações, serviços, estabelecimentos e o sistema que se organizam para dar respostas às necessidades de saúde. Para cada um desses níveis existem características ou atributos que podem ser investigados.

Sendo assim, neste estudo, propomos realizar uma caracterização geográfica, sócio demográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na região para subsidiar a compreensão da dinâmica do processo saúde/doença bem como o planejamento e a gestão nas condições específicas da zona de fronteira aberta, localizada entre Brasil/Colômbia/Peru.

2 JUSTIFICATIVA

A pesquisa foi justificada pelo envolvimento dos três lados da fronteira que apresenta um crescimento populacional relevante e a emergência de problemas de saúde ainda pouco estudados na região. Os resultados do estudo podem subsidiar iniciativas de mudança na adoção de atitudes de cooperação internacional visando parcerias para o enfrentamento de problemas comuns aos países para os quais se buscou responder as questões relativas à oferta de serviços de saúde na região de fronteira.

O estudo se insere num contexto favorável em que o significado da faixa de fronteira passa por uma transformação. Se antes a fronteira era vista como o limite do país, o lugar em que se tomava contato com inimigos potenciais e contra quem se fazia necessário erguer barreiras de proteção para preservar a soberania nacional, hoje, torna-se uma questão estratégica para o processo de integração regional no âmbito do Mercosul. Essa nova percepção induz a idéia de que o Brasil deve passar a estender o desenvolvimento nacional para além fronteira, como uma forma de diminuir as assimetrias e fortalecer os vínculos continentais.

O governo federal mantém, no âmbito do Ministério da Saúde, o projeto SIS-Fronteira com intuito de integrar os sistemas de saúde que prestam atendimento à população fronteiriça dos países que fazem fronteira com o Brasil. Na implementação de sistemas de vigilância, tanto quanto na prevenção de desastres ambientais e na atenção a demanda de média e alta complexidade, as esferas de governo sub-nacionais se deparam com a necessidade de realizar planejamento regionalizado, contando com a participação dos países vizinhos.

Os resultados desta investigação são de grande valia por aportar informações que podem subsidiar as análises que orientarão escolhas e tomadas de decisão por parte do poder público. Além de ter o seu ineditismo ressaltado pela existência de pouco ou nenhum estudo com essas características na região focalizada.

3 QUESTÕES DA PESQUISA

A pesquisa se norteou pela busca de respostas para as seguintes questões:

- a) Quais as características geográficas, sócio-demográficas e epidemiológicas das localidades situadas na zona de fronteira amazônica entre o Brasil, a Colômbia e o Peru?
- b) As diferenças entre os sistemas nacionais de saúde dos países que formam a tríplice fronteira amazônica dificultam a integração dos sistemas locais de saúde?
- c) Quais os principais determinantes e condicionantes que interferem na oferta de serviços de saúde na região de fronteira?
- d) A estrutura e organização dos serviços de saúde da zona de fronteira Brasil/Colômbia/Peru são adequadas às características da região?
- e) Existe algum nível de articulação das autoridades sanitárias ou alguma perspectiva de estruturação de um sistema único de saúde da fronteira e quais seriam as suas especificidades?
- f) Como se organiza o sistema de referência e contra-referência e que estratégias são adotadas para superar as limitações da oferta de serviços?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Verificar na tríplice-fronteira Brasil/Colômbia/Peru, as características geográficas, sócio-demográficas, epidemiológicas e da organização e oferta de serviços de saúde.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Delimitar territorialmente a tríplice-fronteira Brasil/Colômbia/Peru.
- b) Caracterizar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das unidades territoriais localizadas na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.
- c) Descrever e analisar a estrutura e organização dos sistemas de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.
- d) Avaliar a situação da oferta de serviços de saúde na tríplice-fronteira Brasil/Colômbia/Peru.
- e) Verificar a existência de mecanismos de referência e contra-referência nas unidades de saúde localizadas na tríplice-fronteira Brasil/Colômbia/Peru.
- f) Conhecer os possíveis fatores limitantes e as estratégias planejadas para a superação das deficiências da oferta de serviços de saúde na tríplice-fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de estudo e fontes de dados

Trata-se de um estudo descritivo que abrange as localidades situadas na zona de fronteira entre Brasil/Colômbia/Peru¹. Do ponto de vista do modelo teórico, a pesquisa se insere no campo da avaliação, principalmente no que concerne à abordagem da estrutura e das ações desenvolvidas pelos sistemas locais de saúde reportando-se, especificamente, às características relacionadas à disponibilidade e distribuição dos recursos (oferta) (ALMEIDA FILHO, 1999; FELISBERTO et al, 2006; VIEIRA, 2006).

A estratégia do estudo consistiu num levantamento realizado em base de dados secundários para identificar as características geográficas, sócio-demográficas, epidemiológicas e da rede de assistência à saúde disponível da região fronteiriça. Para avaliar a oferta de serviços especializados, os mecanismos de referência e contra-referência, e as propostas de enfrentamento dos fatores limitantes da assistência foi utilizado um questionário semi-estruturado, anteriormente validado na pesquisa intitulada *Avaliação da Oferta e Demanda em Hospitais Regionais: uma Reflexão sobre a atenção Básica a Saúde* (DUBEUX, 2009).

Os dados secundários foram capturados diretamente das páginas eletrônicas dos órgãos responsáveis pelos censos nacionais dos três países: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) da Colômbia e Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) do Peru. Também foram consultados diversos portais eletrônicos de entidades como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) que disponibilizam compilações de dados.

A coleta de dados primários se deu em quatro fases. Inicialmente foram realizados contatos com autoridades sanitárias e diplomáticas para pactuar as condições em que se dariam as fases seguintes. Posteriormente realizou-se visitas aos gestores para obter as anuências para a

¹ Segundo Correa (2003), a zona de fronteira “[...] é composta pelas ‘faixas’ territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que, embora internacionais, criam um *meio geográfico* próprio de fronteira, só perceptível na escala local/regional das interações transfronteiriças”.

realização do levantamento de dados. Nas duas fases seguintes procedeu-se a coleta de dados propriamente dita, contando com vinte pesquisadores, entre brasileiros e colombianos.

Esse levantamento foi complementado pelas informações de base populacional e sobre a saúde disponíveis nas instituições responsáveis pela gestão do setor como: Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, no Brasil (SUSAM); Secretaria de Saúde Departamental do Amazonas, na Colômbia (SSD) e a Direção Regional da Saúde do Departamento de Loreto, no Peru (DIRESA). Os gestores da saúde dos três lados da fronteira também foram as fontes de informação sobre a estrutura e recursos disponíveis e dos serviços prestados na rede de assistência a saúde.

Os passos seguidos na condução da pesquisa constituíram três momentos distintos, porém entrelaçados. O **Momento 1** compreendendo a delimitação territorial da tríplice fronteira e a Caracterização do perfil sócio-demográfico e epidemiológico. O **Momento 2** correspondendo à descrição e análise da estrutura e organização dos sistemas de saúde. O **Momento 3** correspondendo à avaliação da oferta de serviços de saúde; verificação dos mecanismos de referência e contra-referência; verificação dos fatores limitantes da oferta de serviços e estratégias de superação.

5.2 Delimitação territorial da tríplice fronteira

A definição da área de estudo se deu a partir da delimitação da tríplice fronteira que abrange o Estado do Amazonas no Brasil e os Departamentos do Amazonas na Colômbia e Loreto no Peru. Posteriormente foram identificadas e descritas as unidades territoriais que se localizam efetivamente na abrangência na zona fronteira dos três países.

Do lado brasileiro foram incluídos no estudo, os sete Municípios amazonenses localizados na Região do Alto Solimões (Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins). Do lado colombiano foram selecionados os Municípios de Letícia e Puerto Nariño e os Corregimentos de Pedrera e Tarapacá, do Departamento do Amazonas. No lado peruano foram contempladas as províncias de: Maynas (Distrito de Putumayo); Ramon Castilla (Distritos de Ramon Castilla e Yavari); e Requena (Distritos de Alto Tapiche, Soplín e Yaquerana).

No levantamento da estrutura assistencial disponível em Loreto (PE) foi incluída a capital departamental Iquitos, devido esta localidade servir como referência para as demandas de nível secundário, a toda a rede de serviços distribuída na área de fronteira do Peru com o Brasil e a Colômbia. Para os municípios brasileiros localizados nessa região, a referência é o hospital militar localizado em Tabatinga enquanto os municípios e corregimentos fronteiriços colombianos referem para a capital departamental Letícia que também é fronteira.

5.3 Caracterização do perfil sócio-demográfico e epidemiológico

As características sócio-demográficas de cada um dos lados da fronteira foi analisada, segundo os dados registrados nos bancos de dados fornecidos pelas autoridades sanitárias ou acessados a partir dos sistemas de informação de cada país. As principais fontes foram os Ministérios da Saúde dos três países e os órgãos censitários: IBGE do Brasil, DANE da Colômbia e INEI do Peru, que foram acessados diretamente ou por intermédio de relatórios oficiais das instituições de saúde.

As unidades territoriais da zona de fronteira foram caracterizadas a partir de uma classificação do perfil epidemiológico, utilizando como referência a matriz de parâmetros e critérios estabelecidos por Carvalho e Fontbonne (2006) no estudo “Transição Epidemiológica Comparada: Modernidade, Precariedade e Vulnerabilidade” (Quadro 1).

Perfis	Mortalidade Infantil ¹	Expectativa de Vida (Anos)	Taxa de Natalidade ²	Taxa de Fecundidade ³	Renda Per-capta ⁵	IDH ⁶
Moderno	Até 10/mil	Acima de 75 anos	Até 15/mil	Até 2,1 ⁴	Acima de 10.000	Entre 0,956 – 0,8000
Desigualdades	Acima de 10 até 40/mil	Entre 74 – 65	Entre 16 – 25	Entre 2,2 – 3,0	Entre 5 – 10 mil	Entre 0,500 – 0,800
Arcaico	Acima de 40/mil	Abaixo de 65 anos	Acima de 25/mil	Acima de 3,0	Abaixo de 5 mil	Abaixo de 0,500

Descrição dos indicadores:
 1. Mortalidade Infantil = Óbitos por mil nascidos vivos.
 2. Taxa de Natalidade = N⁰ de nascidos vivos pela população por mil.
 3. Taxa de Fecundidade = N⁰ de nascidos vivos por mulher em idade fértil (15-49 anos).
 4. Taxa necessária para reprodução da população.
 5. Renda Percapta = PIB por habitante/ano em dólares americanos.
 6. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Quadro 1 - Matriz de parâmetros e critérios para caracterização do perfil epidemiológico da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Fonte: Carvalho e Fontbonne (2006).

As áreas fronteiriças foram enquadradas em um dos perfis: Moderno, de Desigualdades e Arcaico, de acordo com o desempenho individual em cada um dos critérios delineados.

5.4 Descrição e análise da estrutura e organização dos sistemas de saúde

A partir de uma contextualização dos Sistemas de Saúde do Brasil, Colômbia e Peru, a estrutura e organização dos serviços de saúde foram então caracterizadas, segundo a situação dos serviços disponíveis contemplando: tipo (posto, centro de saúde, ambulatório ou hospital) a natureza (pública, privada ou conveniada) e o tipo de gestão (municipal/distrital, estadual/departamental, federal, privada).

A classificação por níveis de hierarquia da assistência foi de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde de cada um dos países no sistema de cadastro dos seus estabelecimentos. Cada unidade de saúde foi classificada como de nível primário, secundário ou terciário ou de atenção básica, média e de alta complexidade, conforme o nível de assistência prestada e considerando os tipos de procedimentos realizados. Para esta finalidade, também foram adotadas as normas vigentes em cada país, para definir os níveis de atenção. As informações sobre as unidades de saúde e serviços prestados foram obtidas nos bancos de dados oficiais e junto às instituições responsáveis pela gestão do sistema de saúde em cada um dos países da tríplice fronteira.

5.5 Avaliação da oferta de serviços de saúde

A disponibilidade e distribuição social dos recursos de saúde foram analisadas, considerando a dimensão da oferta de serviços e a disponibilidade de recursos materiais e humanos que serviram de parâmetro na avaliação da suficiência dos recursos em relação às necessidades da população (VIEIRA, 2006).

As Variáveis em Relação à Oferta de Serviços foram: Serviços oferecidos (atenção à urgência e emergência, atenção à gestante, assistência ambulatorial, exames complementares, cirurgias eletivas); Recursos Humanos (especialistas disponíveis); Leitos disponíveis (número de leitos, leitos para pré-parto, leitos para recuperação pós-cirúrgica; leitos para cuidados prolongados); Unidade de Terapia Intensiva (número de leitos de UTI).

5.5 Verificação dos mecanismos de referência e contra-referência

As variáveis utilizadas na verificação da existência de mecanismos de referência e contra-referência nos serviços localizados na fronteira foram: Existência de mecanismos de referência e contra-referência de pacientes; Fluxo da demanda (procedência dos pacientes atendidos nas unidades hospitalares); Organização da demanda (demanda espontânea, demanda referenciada e demanda mista - espontânea e referenciada); Referência de pacientes para realização de: exames de laboratório, exames de imagem, internação hospitalar, consultas e cirurgias especializadas.

5.5 Verificação dos fatores limitantes da oferta de serviços e estratégias de superação

As Variáveis relacionadas aos fatores Limitantes da oferta de serviços especializados foram: Recursos Humanos (especialistas disponíveis); Materiais e equipamentos; Unidade de Terapia Intensiva (número de leitos de UTI).

As variáveis relacionadas a estratégias de enfrentamento às limitações da oferta de serviços foram: planejamento da expansão de serviços e leitos hospitalares.

Os resultados encontrados foram descritos e analisados, de modo a oferecer uma visão panorâmica da situação da oferta de serviços de saúde no contexto da tríplice fronteira considerando a sua articulação com os sistemas nacionais de saúde (Figura 2).

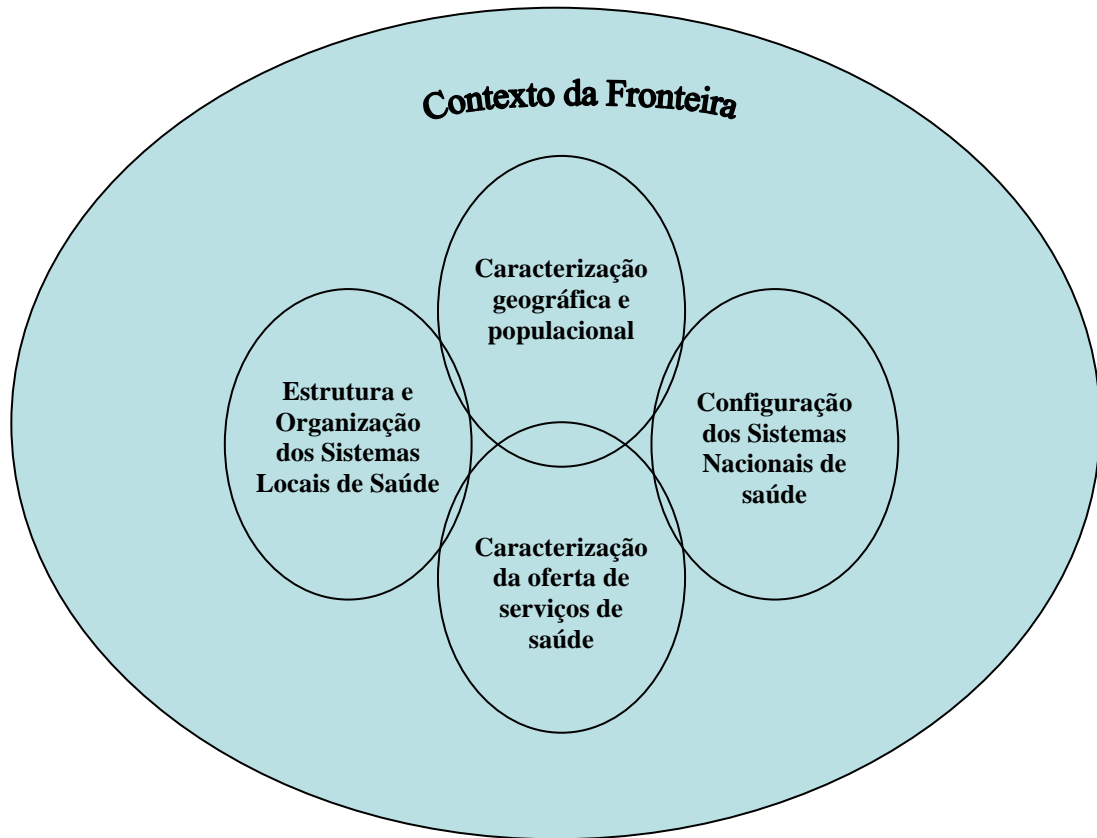


Figura 2 – Diagrama síntese dos resultados do estudo.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, obtendo aprovação em maio de 2009 (Anexo A).

A metodologia aplicada não incorreu em risco a saúde dos envolvidos na pesquisa. Os informantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Informado, antes das entrevistas e da aplicação de questionário (Apêndices A e B).

Os dados colhidos estão armazenados no Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz/Manaus) sob a responsabilidade direta do pesquisador, resguardando o sigilo e a identidade dos informantes. As informações geradas, a partir da análise dos dados, bem como todos os produtos do projeto estão disponíveis à qualquer instituição de interesse público, mediante compromisso firmado de preservação do sigilo de informações e reconhecimento da propriedade intelectual.

Durante o desenvolvimento do estudo, todos os agentes públicos ou privados, envolvidos direta ou indiretamente no projeto tiveram a oportunidade de solicitar esclarecimentos e informações sobre o andamento da pesquisa bem como de seus resultados parciais e final. Não foi registrado nenhuma recusa de participação da parte dos gestores ou dos profissionais de saúde.

7. RESULTADOS E ANÁLISE

7.1 Delimitação da tríplice fronteira entre Brasil/Colômbia/Peru

A Amazônia compreende a região localizada ao norte da América do Sul que abarca a bacia hidrográfica do Rio Amazonas^{II}, constituindo um território multinacional e pluricultural que se distribui da seguinte forma: o Brasil tem 68% de sua área; o Peru 10%; a Bolívia 10%; a Colômbia 8%; o Equador 2%; a Venezuela 1%; e as Guianas 1%. Em relação à totalidade do território nacional de cada país, o bioma amazônico corresponde a 70% da Bolívia; 65% do Peru; 55% do Brasil; 50% do Equador; 35% da Colômbia; 8% da Venezuela e 3% das Guianas (SOUZA, 2009).

A tríplice fronteira amazônica abrange uma parte dos territórios nacionais que formam um limite comum que se estende pelo Estado do Amazonas no Brasil e pelos Departamentos do Amazonas na Colômbia e Loreto no Peru.

O Brasil possui 15.719 quilômetros de fronteira com dez dos treze países que compõem a América do Sul, a exceção do Chile e Equador (Figura 2). O limite internacional brasileiro se estende por 11 Estados (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina), contemplando 121 municípios que estão situados no perímetro de 150 quilômetros da faixa de fronteira, dentre os quais, 52 se encontram na Região Norte do país.

O Estado do Amazonas faz fronteira com a Venezuela através dos municípios de Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Izabel do Rio Negro, com a Colômbia através dos municípios de Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins que formam a região do Alto Solimões^{III},

^{II} O Rio Amazonas nasce no Peru e mede aproximadamente 7.000 quilômetros. Ao longo do seu percurso adota diversos nomes: Marañon na passagem pelo Peru e Solimões quando adentra o Estado do Amazonas (Brasil). Ao passar por Manaus encontra o Rio Negro e passa ser chamado de Amazonas. Seu curso segue então para o Estado do Pará (Brasil) onde desemboca no Oceano Atlântico. É o rio mais caudaloso da terra, sendo seus afluentes principais os rios: Putumayo, Caquetá e Guainía, que ao passar para o Brasil assumem respectivamente os nomes de Içá, Javari e Negro (Colômbia, 2007).

^{III} *O espaço territorial do Estado do Amazonas, segundo a sua Constituição Estadual, compõe-se de 62 municípios, integrados em nove sub-regiões e um centro Regional da assim distribuídos: 1ª. Região do Alto Solimões (07 municípios: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antonio do Içá, Tabatinga e Tonantins), 2ª.*

equivalente à Sub-Região IV do Arco Norte da fronteira brasileira, onde se localiza a divisa com a Colômbia e o Peru (Figura 3).



Figura 3 - Mapa da América do Sul e os países fronteiros com o Brasil.

Esta sub-região é considerada uma das áreas mais críticas da Amazônia brasileira, por concentrar os principais determinantes dos problemas de saúde que são comuns às zonas de fronteira: elevada mobilidade populacional, atividades de grande impacto ambiental,

Região do Triângulo Juruá/Solimões/Juruá (08 municípios: Alvarães, Fonte Boa, Japurá, Juruá, Juruá, Juruá, Maraã, Tefé e Uarini), 3ª. Região do Purus (05 Municípios: Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá), 4ª. Região do Juruá (06 municípios: Carauari, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Itamarati e Guajará), 5ª. Região do Madeira (05 municípios: Borba, Humaitá, Manicoré, Novo Aripuanã e Apuí), 6ª. Região do Alto Rio Negro (03 municípios: Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira), 7ª. Região do Rio Negro/Solimões (15 municípios: Município da Capital e os Municípios de: Anamá, Anorí, Autazes, Berurí, Caapiranga, Careiro, Careiro da Várzea, Coarí, Codajás, Iranduba, Manacapuru, Manaquirí, Novo Airão e Rio Preto da Eva), 8ª. Região do Médio Amazonas (07 municípios: Itacoatiara, Itapiranga, Maués, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Silves e Urucurituba), 9ª. Região do Baixo Amazonas (06 municípios: Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Nhamundá, Parintins, São Sebastião do Uatumã, e Urucará); Centro Regional (Manaus). (Brasil. Governo do Estado do Amazonas/Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Amazonas. Manaus. 2003).

ocupação desordenada do espaço, falta de acesso aos serviços de saúde e a condição de vida precária de determinados grupos populacionais, que tem como consequência direta, uma intensificação das relações trans-fronteiriças (PEITER, 2005).

O intenso fluxo de usuários que caracteriza essas interações reflete as assimetrias do padrão e qualidade dos serviços de saúde públicos e privados ofertados em cada lado da fronteira, pode ser constatado no comportamento dos brasileiros de Tabatinga no Brasil (BR) que buscam atendimento oftalmológico e auxílio diagnóstico em Letícia na Colômbia (CO); nas mulheres grávidas de Benjamin Constant (BR) que vão ter seus filhos no Centro de Saúde de Islândia no Peru (PE); ou ainda nos colombianos de Letícia (CO) que buscam medicamentos e consultas gratuitos, nos postos de saúde em Tabatinga (BR) (PEITER, 2005).

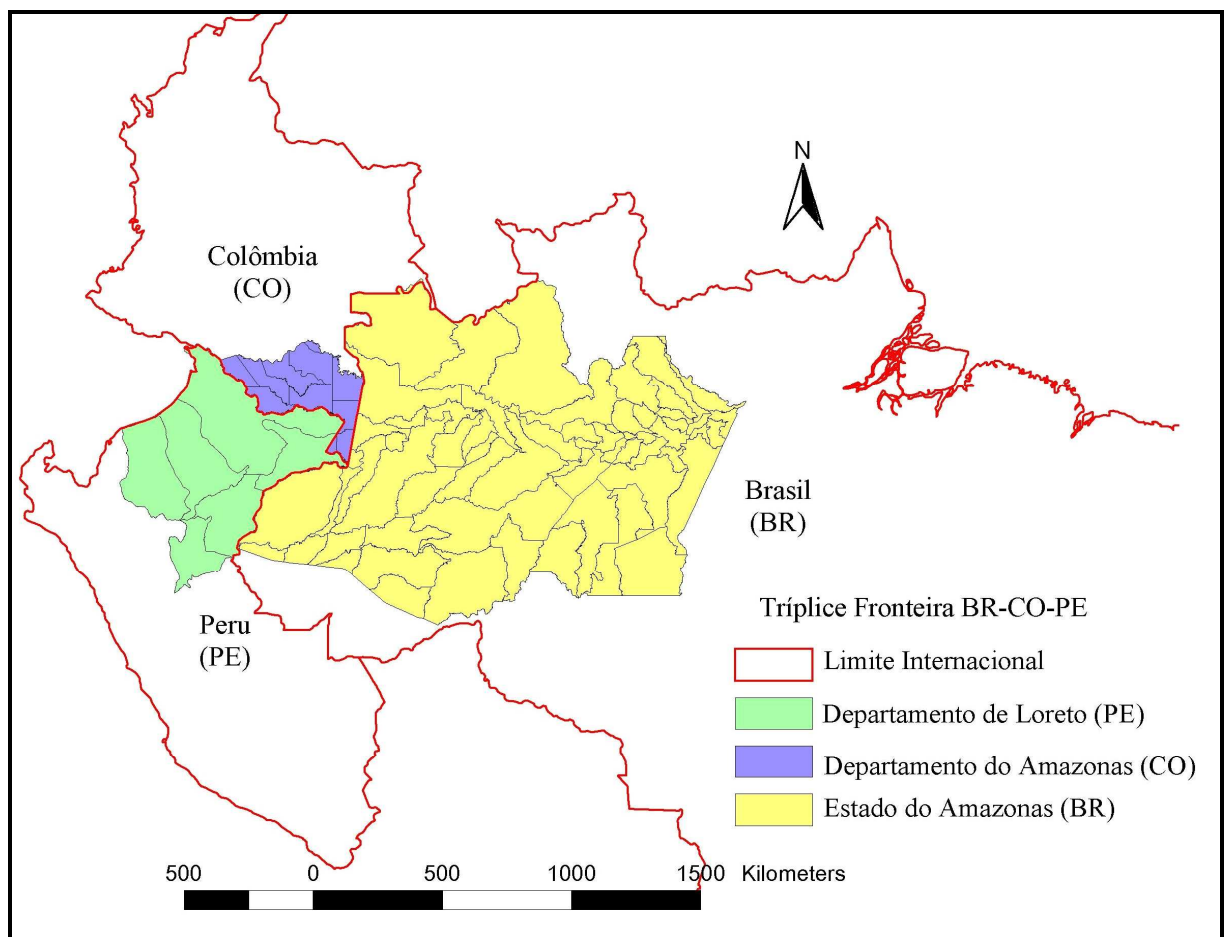


Figura 4 - Mapa da Tríplex Fronteira Brasil/Colômbia/Peru, com destaque para o Estado do Amazonas (BR) e os Departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE).

O Estado do Amazonas (BR), com uma superfície de 1.570.745,680 Km² que representa 18,4% do território brasileiro, é subdividido em 62 municípios que somam 3.393.369 habitantes. Destes, 1.738.641 (51,24%) estão concentrados na capital Manaus e 186.281 (5,49%) no Alto Solimões (IBGE, 2009).

O Departamento do Amazonas (CO) está localizado no extremo sul do país, ocupando 109.655 Km² que correspondem a 9,6% do território nacional e 25,5% da Amazônia colombiana. É composto por dois Municípios (Letícia e Puerto Nariño) e nove Corregimentos^{IV}, que são territórios pouco povoados e com baixo nível de desenvolvimento econômico e social. Dentre eles, quatro (La Pedrera, Puerto Alegria, Puerto Arica, Tarapacá) estão localizados na área de fronteira. Dos 56.036 habitantes do Departamento, mais da metade (57,9%) concentram na capital Letícia que, juntamente com Puerto Nariño, ultrapassa 60% do total da população departamental (COLÔMBIA, 2007) (Tabela 1 e Figuras 3 e 4).

O Departamento de Loreto (PE), com 368.851,95 km² de área está localizado no extremo norte oriental do Peru, ocupando 28,0% do território nacional. É composto por 07 Províncias e 51 distritos. Sua população estimada é de 891.732 habitantes, sendo Maynas a província mais populosa e Datem Maraño a menos populosa. Com base nos dados populacionais, as principais cidades do Departamento de Loreto seriam: Iquitos, a capital departamental e da província de Maynas (275.000 habitantes), Yurimaguas (42.000 hab.), Contamamas (15.000 hab.), Requena (12.000 hab.), Nauta (11.000 hab.) e Caballococha (5.000 hab.). Esta última seria a mais importante, do ponto de vista das relações trans-fronteiriças entre o Brasil, a Colômbia e o Peru, porque concentra um intenso comércio e também por ser a sede da Província de Ramon Castilla, para onde se referenciam as localidades de Santa Rosa e Islândia, que estão próximas à Letícia (CO), Tabatinga (BR) e Benjamin Constant (BR) (PERU, 2008) (Tabela 1 e Figuras 3 e 4).

A fronteira entre Brasil e Colômbia mede 1.645 quilômetros, dos quais, 320 quilômetros se estendem pela porção oriental do Departamento do Amazonas (CO), através da linha maior do Trapézio Amazônico formado pelos Corregimentos de Pedrera e Tarapacá e pelos Municípios de Letícia e Puerto Nariño. A fronteira entre o Brasil e Peru compreende 1.154,30 km localizados à leste do Departamento de Loreto, abrangendo as províncias de Ramón Castilla

^{IV} De acordo com os critérios relacionados à população e ao nível de desenvolvimento, adotados pela legislação colombiana (Lei 617/00), os Municípios de Letícia e Puerto Nariño são classificados como de 4ª e 6ª categorias, respectivamente. Pelo mesmo parâmetro, os Corregimentos são definidos como territórios pouco povoados e de baixo desenvolvimento econômico e social.

(Distrito de Yavari) e Requena (Distritos de Yaquerana e Alto Tapiche). A fronteira entre Colômbia e Peru se estende por 1.626 quilômetros localizados, ao norte de Loreto, contemplando as Províncias de Maynas (Distrito de Clavero e Putumayo) e Ramon Castilla (Distrito de Ramon Castilla) pelo lado do Peru, e pelo lado da Colômbia, os Municípios de Letícia e Puerto Nariño e os Corregimentos de Puerto Arica, San Rafael e Puerto Alegria (PERU, 2008).

Dos 51 Distritos de Loreto, os 12 que estão localizados em áreas de fronteira internacional com o Brasil, Colômbia e Equador são classificados como de extrema pobreza, em função dos grandes déficits de serviços básicos (abastecimento de água, esgoto, eletricidade e transporte) e pelo baixo nível econômico da sua população. Juntos somam 93.117 habitantes, correspondentes a um pouco mais que 10% da população total do Departamento (PERU, 2008). A mesma situação é válida para os Corregimentos departamentais do Amazonas colombiano que não dispõem sequer de uma sede minimamente estruturada, apresentam condições de acessibilidade precárias e dependem totalmente da mobilização de recursos de assistência itinerantes (COLÔMBIA, 2007) (Tabela 1 e Figuras 3 e 4).

A Tabela 1 apresenta a dimensão geográfica e populacional dessas unidades territoriais que abrangem a zona da tríplice fronteira Amazônica entre Brasil/Colômbia/Peru^V. O Alto Solimões tem uma extensão de 131.614 km² e uma população total estimada para o ano de 2009 em 186.281 habitantes, que resulta numa densidade média de 1,42 habitantes/km². O maior município dessa região é Atalaia do Norte que abriga o menor percentual de população (7,89%) e apresenta a menor densidade (0,19 hab./km²). O menor município é Tabatinga que apresenta o maior percentual de população da região (25,74%) e conseqüentemente a maior densidade (14,87 hab./km²) (Tabela 1 e Figuras 3 e 4).

O departamento colombiano do Amazonas conta com superfície de 109.665 km², uma população estimada para o ano de 2009 em 71.167 habitantes e uma densidade de 0,65 habitantes/km². Miriti Paraná é a maior unidade territorial que, no entanto, abriga apenas 2,23% do total da população departamental possuindo a menor densidade populacional (0,10 hab./km²). A menor localidade do departamento do Amazonas é o corregimento de La Victória onde são encontrados 1,45% da população s municípios de Letícia e Puerto Nariño

^V A zona de fronteira “[...] é composta pelas ‘faixas’ territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que, embora internacionais, criam um meio geográfico próprio de fronteira, só perceptível na escala local/regional das interações trans-fronteiriças [...]” (Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – Brasília, 2005).

respondem por 65,72% da população departamental e por uma densidade média de 6,40 habitantes/km². Quando somados, os dois municípios e os quatro corregimentos que são fronteiriços do Brasil e do Peru (La Pedrera, Puerto Alegria, Puerto Arica e Tarapacá), este bloco alcança 81,27% da população do departamento e atinge uma densidade média de 1,09 habitantes por km² (Tabela 1 e Figuras 3 e 4).

O departamento peruano de Loreto conta com uma área de 350.087 km² e com uma população estimada para 2009 em 970.928 habitantes. Sua densidade populacional é de 2,77 habitantes por km². A província mais extensa do departamento é Maynas com 119.859 km² e densidade de 4,46 habitantes/km². A menos extensa é Alto Amazonas com 18.764 km² e a maior densidade do departamento: 6,08 habitantes/km². A província com menor densidade é Loreto com apenas 1,03 habitantes/km² (Tabela 1 e Figuras 3 e 4).

Tabela 1 - Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a tríplice fronteira amazônica, segundo a extensão territorial e distribuição da população.

BRASIL – MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO ALTO SOLIMÕES				
MUNICÍPIOS	EXTENSÃO (KM²)	POPULAÇÃO (2009)	POPULAÇÃO %	DENSIDADE (HAB/KM²)
Amaturá*	4.758	8.828	4,74	1,86
Atalaia do Norte*	76.354	14.715	7,89	0,19
Benjamin Constant*	8.793	31.195	16,75	3,55
Santo Antônio do Içá*	12.307	30.351	16,29	2,47
São Paulo de Olivença*	19.745	32.958	17,69	1,67
Tabatinga*	3.225	47.948	25,74	14,87
Tonantins*	6.432	20.286	10,89	3,15
TOTAL	131.614	186.281	100	1,42
COLÔMBIA - MUNICÍPIOS E CORREGIMENTOS DO DEPARTAMENTO DO AMAZONAS				
MUNICÍPIOS E CORREGIMENTOS	EXTENSÃO (KM²)	POPULAÇÃO (2009)	POPULAÇÃO %	DENSIDADE (HAB/KM²)
El Encanto	11.074	4.570	6,42	0,41
La Chorrera	12.461	3.554	4,99	0,29
La Pedrera*	15.385	4.193	5,89	0,27
La Victoria	1.443	1.029	1,45	0,71
Leticia*	5.829	39.317	55,25	6,75
Miriti-Paraná	16.564	1.587	2,23	0,10
Puerto Alegría*	8.394	1.513	2,13	0,18
Puerto Arica*	13.350	1.408	1,98	0,11
Puerto Nariño*	1.475	7.456	10,48	5,05
Puerto Santander	14.915	2.590	3,64	0,17
Tarapacá*	8.775	3.950	5,55	0,45
TOTAL	109.665	71.167	100,00	0,65
PERU – PROVÍNCIAS DO DEPARTAMENTO DE LORETO				
PROVÍNCIAS	EXTENSÃO (KM²)	POPULAÇÃO (2009)	POPULAÇÃO %	DENSIDADE (HAB/KM²)
Alto Amazonas	18.764	114.089	11,75	6,08
Datem del Marañon	46.609	54.170	5,58	1,16
Loreto	67.434	69.133	7,12	1,03
Maynas*	119.859	534.557	55,06	4,46
Ramón Castilla*	37.412	60.529	6,23	1,62
Requena*	49.477	71.686	7,38	1,45
Ucayali	29.293	66.764	6,88	2,28
TOTAL	350.087	970.928	100	2,77

(*) Áreas situadas na zona da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Fontes: Brasil: DATASUS (2010); IBGE (2010); DANE (2010); INEI (2010).

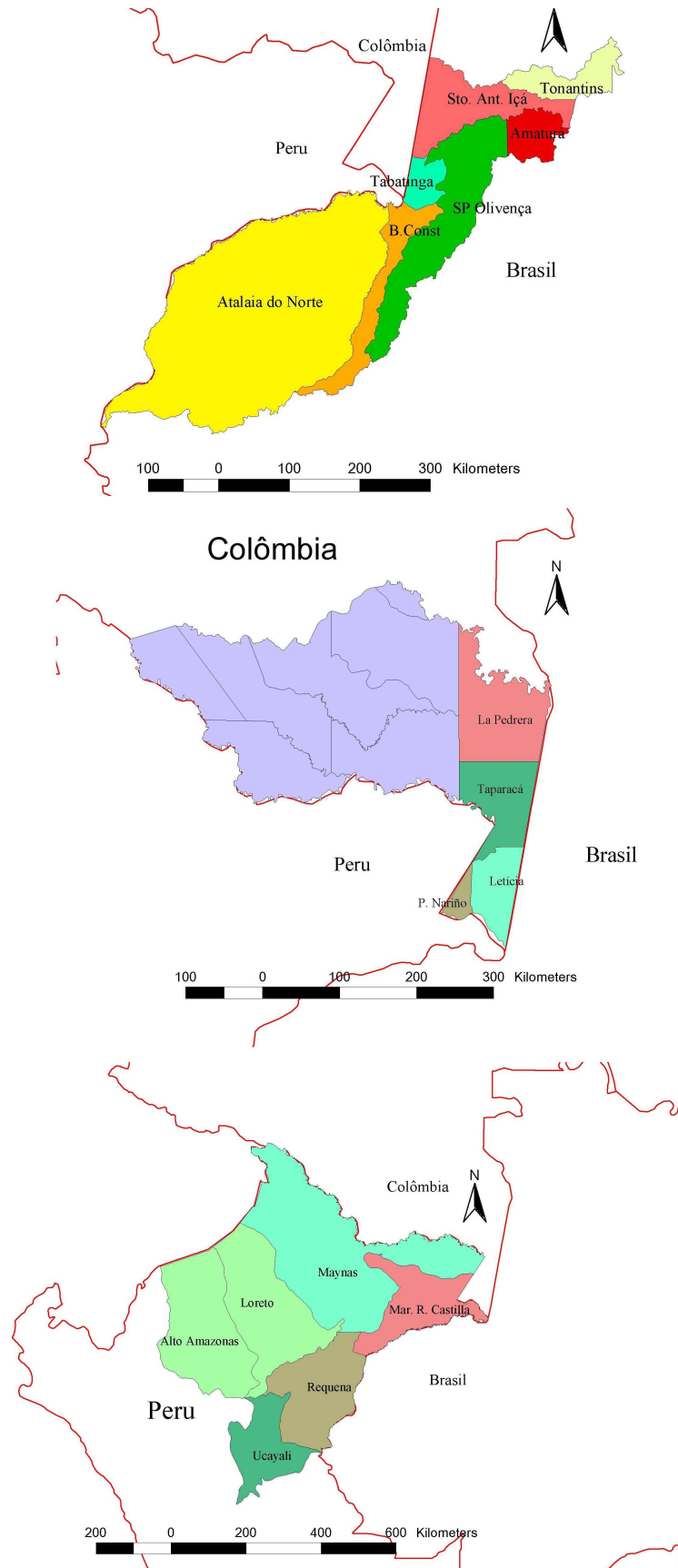


Figura 5 - Mapas da Tríplex Fronteira Brasil/Colômbia/Peru destacando as localidades fronteiriças do Alto Solimões (BR) e dos Departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE).

Das sete províncias de Loreto, cinco dispõem de parte do seu território localizado na faixa de fronteira internacional com o Brasil, a Colômbia e o Equador (Tabela 2). Juntas, essas províncias somam 206.748 km² de extensão, 666.772 habitantes ou 68,67% da população do departamento e uma densidade média de 3,23 habitantes/km². Entre elas se encontra a Província de Maynas, cuja capital departamental (Iquitos) constitui um distrito urbano bastante populoso que conta com uma pequena área de apenas 358,15 km² e 172.434 habitantes estimados para o ano de 2009, o que representaria uma densidade de 401,46 habitantes/km².

Tabela 2- Províncias e distritos do departamento de Loreto (PE) que contam com fronteira internacional.

Província	Distrito	País Fronteiriço	Pop. 2009	Área (km ²)	hab./km ²
Datem del Marañón	Andoas	Ecuador	10.247	11.549,83	0,89
	Morona	Ecuador	6.945	10.776,95	0,64
Loreto	Trompeteros	Ecuador	8.287	12.246,01	0,68
	Tigre	Ecuador	8.112	19.785,70	0,41
Maynas	Torres Causana	Ecuador	5.274	7.363,44	0,72
	Napo	Ecuador	16.135	24.298,11	0,66
	Teniente Manuel Clavero	Colombia	4.224	8.994,06	0,47
	Putumayo	Colombia	6.115	34.942,92	0,17
Ramón Castilla	Ramón Castilla	Colombia e Brasil	20.734	7.122,78	2,91
	Yavarí	Brasil	1.129	13.807,54	0,08
Requena	Yaquerana	Brasil	2.614	10.947,16	0,24
	Alto Tapiche	Brasil	2.124	9.013,80	0,24
Províncias com áreas fronteiriças	Todos os distritos Fronteiriços	Brasil, Colômbia e Equador.	91.940	170.848,30	0,54
Províncias na Tríplice Fronteira	Distritos da Tríplice Fronteira BR/CO/PE	Brasil e Colômbia	36.940	84.828,26	0,44

Fonte: Dr. Percy Antônio Rojas Ferreyra. Informe Preliminar respecto a la Situación de los Establecimientos de Salud Ubicados en Distritos Fronterizos con Otros Países. Gobierno Regional de Loreto. Dirección Regional de Salud Lreto. Comunicação Pessoal. Abril de 2009. MINSA (<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?16>. Acessado em 13.05.2010).

Em termos de densidade populacional, a situação dos distritos fronteiriços difere muito do quadro geral das províncias que compõem o departamento de Loreto. Considerando apenas os 12 distritos fronteiriços, teríamos uma população estimada para 2009 em 91.940 habitantes e

uma densidade de apenas 0,54 habitantes/km². Já entre os seis distritos situados na divisa com o Brasil e a Colômbia (dois na província de Maynas, dois na província de Ramón Castilla e dois na província de Requena) a população seria de apenas 36.940 habitantes e a densidade não passaria de 0,44 habitantes/km² (Tabela 2)

Sendo assim é necessário levar em conta que, tanto do lado brasileiro quanto dos lados colombiano e peruano da tríplice fronteira, há uma heterogeneidade de situações em que se observa a existência de áreas urbanas densamente povoadas como é o caso de Tabatinga (BR), Letícia (CO) e Iquitos (PE) e áreas rurais com população extremamente rarefeita.



Figura 6 - Foto aérea das cidades gêmeas de Letícia (CO) e Tabatinga (BR), unidas pela Avenida da Amizade e separadas por uma fronteira seca entre Brasil e Colômbia.

Fonte: <http://www.info.lncc.br/coleti.html>

Os municípios de Tabatinga (BR) e Letícia (CO) que é a capital do Departamento do Amazonas, são duas cidades gêmeas que formam uma conurbação, ou seja, um único espaço urbano que é ligado por uma via (Avenida da Amizade) e separado, apenas formalmente, pela fronteira seca entre o Brasil e a Colômbia (Figura 5 e 6).



Figura 7 - Avenida da Amizade, que divide Tabatinga e Letícia, na fronteira entre Brasil e Colômbia.
Fonte: Foto Folha Imagem/Patrícia Santos - 4.10.2000 (OLIVEIRA, 2006).

A cidade de Iquitos (Figura 7), capital do Departamento de Loreto (PE) e da Província de Maynas, é o maior e mais populoso centro urbano localizado próximo à linha da tríplice-fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Situada a cerca de 500 quilômetros da divisa internacional, nesta localidade estão concentradas as sedes das principais instituições peruanas que atuam na zona de fronteira e para lá são transferidos todos os problemas que não são resolvidos nos distritos peruanos fronteiriços, notadamente os problemas de saúde.

Para se deslocar da área de fronteira até Iquitos, comumente se utiliza o transporte hidroviário, pois, não se dispõe de vias terrestres e o transporte aéreo é irregular e pouco acessível à população de baixa renda, principalmente aquela que habita as áreas mais isoladas.



Figura 8 - Vista de Iquitos (PE), principal capital da Província de Maynas e do Departamento de Loreto.
Fonte: www.deiquitos.com/img/iquitos_peru.jpg

Outro centro urbano de grande importância para a zona da tríplice fronteira é a cidade de Manaus (Figura 8), a capital do Estado do Amazonas (BR). Situada a cerca de 800 quilômetros da linha de fronteira, esta é a mais importante metrópole da região norte do Brasil e ocupa um lugar de destaque na economia do país por abrigar o maior parque industrial de eletroeletrônicos da América Latina.

Manaus e Iquitos têm uma relevância histórica na zona de fronteira amazônica, tanto pelo papel que já desempenharam no passado, quanto pelo que ainda desempenham na atualidade. No passado, as duas cidades constituíram os pólos mais ativos de processamento de exportação da borracha nativa extraída da Amazônia. Os símbolos da abundância econômica que marcou o “ciclo da borracha” ainda se fazem presentes na paisagem urbana das duas cidades. Em Manaus, na exuberância arquitetônica do Teatro Amazonas e dos prédios da Alfândega e do Palácio da Justiça. Em Iquitos, na exuberância da “Casa de Ferro” que foi desenhada por Gustave Eiffel, em Paris, para ser erguida na Praça das Armas (CARNEIRO FILHO, 1998; PERU, 2008).



Figura 9 - Vista de Manaus, capital do Estado do Amazonas e maior metrópole da região norte do Brasil.

Fonte: www.manaus-amazon.com/foto_manaus_cidade.jpg

Tanto no Estado do Amazonas (BR) quanto no Departamento de Loreto (PE), o período áureo da exploração da borracha havia atingido seu auge na virada do século XIX para o século XX e começou a decadência em torno do ano de 1910 quando então, os ingleses passaram a

comercializar a borracha produzida em suas colônias do Ceilão, Singapura e Malásia, onde haviam cultivado a seringueira, a partir das sementes contrabandeadas da Amazônia. Já em 1914 os seringais cultivados pelos ingleses lançaram no mercado mundial 71 mil toneladas de borracha. Essa quantia equivalia, praticamente, ao dobro do que o Brasil e o Peru haviam comercializado anteriormente quando, no auge da produção, juntos os dois países atingiram no máximo 37 mil toneladas de borracha por ano, extraindo o produto dos seringais nativos. As cidades de Manaus e Iquitos sofreram graves conseqüências que advieram da decadência do ciclo da borracha. Ambas foram abandonadas pelos governos centrais do Brasil e do Peru, e tiveram que enfrentar sozinhas uma recessão econômica duradoura que provocou inúmeros conflitos sociais (DIAS, 1999; PERU, 2008).

Os sinais de recuperação da região só viriam mais tarde, na década de 1940, quando a economia de guerra fez o Brasil retomar a produção de borracha nos seringais nativos da Amazônia e o Peru passou a explorar o petróleo na região de Loreto, que conquistou o pagamento de uma comissão de 10% sobre o preço do óleo cru, extraído de seu subsolo (PERU, 2008). Posteriormente, já na década de 1960 implantou-se a Zona Franca de Manaus, uma área incentivada pelo governo federal brasileiro, através do mecanismo da renúncia fiscal, que fez atrair investimentos privados para a constituição de um pólo industrial na Amazônia com a preocupação de integrar a região ao restante do país (GRAZZIOTIN, 2001).

Atualmente, no Distrito industrial de Manaus, estão instaladas mais de 500 empresas que fabricam uma infinidade de produtos que vão de computadores a motocicletas, passando por aparelhos de telefone celular, tocadores de DVD, aparelhos de ar condicionado, televisores, videogames e etc, que geram mais de 100 mil empregos diretos e cerca de 400 mil empregos indiretos.

Por concentrar 98% da economia de todo o estado, a capital amazonense exerce forte atração migratória sobre a população interiorana e de outros estados brasileiros e países vizinhos, contribuindo para o esvaziamento demográfico das áreas fronteiriças. Hoje em dia, por exemplo, nenhum dos outros 61 municípios amazonenses ultrapassa a casa dos 100 mil habitantes ou possui uma economia estruturada nos moldes da que existe na cidade de Manaus, onde hoje vivem quase dois milhões de habitantes, ou mais da metade da população do estado.

7.2 O perfil sócio-demográfico e epidemiológico da fronteira amazônica

7.2.1 Estrutura e distribuição espacial da população residente

As características demográficas das localidades da tríplice fronteira se assemelham em vários aspectos. Nos três lados a população é rarefeita com distribuição desigual e preponderância rural. No alto Solimões, segundo as estimativas do Ibge (2008), a densidade populacional média é de 1,42 habitante/km² enquanto a do Estado do Amazonas chega a 1,98 habitante/km², na região Norte a 3,64 habitante/km², e no Brasil como um todo a 20,96 habitante/km². A variação entre os Municípios mostra ainda uma discrepância relevante entre Tabatinga que atinge 14,87 habitante/km², contra os 0,19 habitante/km² de Atalaia do Norte (Tabelas 1 e 3).

A predominância rural da população fronteiriça do Alto Solimões também é bastante evidente, considerando que apenas dois municípios da região (Tabatinga e Benjamin Constant) dispõem de uma população urbana superior a 50% do total. O mesmo acontece no Amazonas da Colômbia onde, com exceção de Letícia e Puerto Nariño, todas as localidades fronteiriças são 100% rurais. Neste caso, a densidade populacional fronteiriça de todo o Departamento não ultrapassa a média de 0,51 habitante/km² com uma variação que vai de 0,04 habitante/km² em Miriti Paraná até 4,63 habitante/km² em Puerto Nariño e 5,57 habitante/km² em Letícia (Tabelas 1 e 3).

No caso de Loreto, no Peru, há que se considerar, ainda, uma situação de maior desigualdade, pois, apesar das sete províncias apresentarem uma média de população urbana que equivale à 66,06% do total, observa-se que esta proporção tem a ver com o peso de Distritos populosos como os de Iquitos e Yurimaguas, onde quase a totalidade da população é urbana. Noutra ponta estão os Distritos da zona de fronteira onde a população rural é que se aproxima de 100%. A densidade populacional também corrobora este raciocínio sobre as diferenças, uma vez que, as províncias do Alto Amazonas (5,4 hab./Km²) e Maynas (4,1 hab./Km²) ultrapassam a média departamental que é de 2,55 habitante/km², enquanto, as outras Províncias variam entre 0,9 habitante/Km² (Loreto) e 2,0 habitante/Km² (Ucayali) (PERU, 2008) (Tabelas 1 e 3).

As principais características da população residente na área da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru estão apresentadas nas Tabelas 3 e 4 e nas Ilustrações 9 e 11. É possível notar, através dos dados da Tabela 3, que existe com uma predominância masculina nos três lados da fronteira, sendo que as proporcionalidades entre os sexos são equivalentes. Na Região do Alto Solimões (BR) os homens e mulheres representam 51,68% e 48,32% da população total. No Departamento do Amazonas (CO) o sexo masculino corresponde a 50,82% e o feminino 49,18% da população. No Departamento de Loreto (PE) são 51,24% e 48,76% respectivamente.

Quando se verifica a distribuição da população por sexo (Tabela 3), considerando a escala de municípios, corregimentos departamentais e províncias, não se percebe grandes discrepâncias em relação aos percentuais agregados por região ou departamentos. Em todos os municípios brasileiros da Região do Alto Solimões a frequência do sexo masculino variou entre um percentual mínimo de 51,22% no município de Atalaia do Norte e um máximo de 52,46% no município de Amaturá. No lado colombiano a frequência de homens na população variou entre um percentual mínimo de 50,02% no município de Letícia e um máximo de 54,56% no Corregimento de Puerto Santander. No lado peruano da fronteira, a menor proporção de homens foi encontrada na população da província Maynas com percentual de 50,45% e a maior em Ramon Castilla com 53,56%.

Com relação à distribuição da população por sexo e faixa etária, as pirâmides demográficas (Figura 9) do Estado do Amazonas (BR) e dos departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE) apresentam um formato único do tipo expansivo^{VI}. Em seu formato triangular, a base larga representa que as faixas de população mais jovem são preponderantes e o ápice estreito, que as faixas de idade avançada são menos expressivas, indicando que se trata de populações em processo de crescimento. Outra característica observada é que, nenhuma das unidades territoriais apresenta diferenças relevantes entre as proporções de homens e mulheres de todas as faixas etárias.

^{VI} Pirâmides Populacionais são gráficos do tipo histograma que demonstram, através da distribuição proporcional por sexo, segundo as faixas etárias, qual é o perfil de uma população e sua tendência evolutiva ao longo do tempo. Sendo assim, os principais tipos de pirâmides reconhecidos pela demografia são: Constrictiva, Expansiva e Estacionária. A Constrictiva tem menos pessoas jovens, em função da taxa de natalidade ser baixa. A Expansiva tem mais pessoas jovens devido à taxa de natalidade ser elevada, as condições de vida precárias e a expectativa de vida ser curta. A Estacionária tem um número equivalente de pessoas em todas as faixas de idade e tende para uma redução gradual da proporção de pessoas em idade avançada, até se estabilizar. Ocorre em função de uma natalidade constante e da qualidade de vida alta.

Tabela 3 - Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a tríplice fronteira amazônica, segundo a extensão territorial e distribuição populacional, 2009.

BRASIL – MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO ALTO SOLIMÕES				
MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO MASCULINA (%)	POPULAÇÃO FEMININA (%)	POPULAÇÃO URBANA (%)	POPULAÇÃO RURAL (%)
Amaturá*	52,46	47,54	43,74	56,26
Atalaia do Norte*	51,22	48,78	41,55	58,45
Benjamin Constant*	51,46	48,54	61,03	38,97
Santo Antônio do Iça*	51,85	48,15	28,02	71,98
São Paulo de Olivença*	52,04	47,96	37,94	62,06
Tabatinga*	51,38	48,62	70,25	29,75
Tonantins*	51,94	48,06	28,12	71,88
Total	51,68	48,32	47,50	52,50
COLÔMBIA – MUNICÍPIOS E CORREGIMENTOS DO DEPARTAMENTO DO AMAZONAS				
MUNICÍPIOS OU CORREGIMENTOS	POPULAÇÃO MASCULINA (%)	POPULAÇÃO FEMININA (%)	POPULAÇÃO URBANA (%)	POPULAÇÃO RURAL (%)
El Encanto	51,09	48,91	0,00	100,00
La Chorrera	52,14	47,86	0,00	100,00
La Pedrera*	52,04	47,96	0,00	100,00
La Victoria	52,38	47,62	-	-
Leticia*	50,02	49,98	71,48	28,52
Miriti-Paraná	51,80	48,20	0,00	100,00
Puerto Alegría*	51,55	48,45	0,00	100,00
Puerto Arica*	50,28	49,72	0,00	100,00
Puerto Nariño*	51,76	48,24	26,43	73,57
Puerto Santander	54,56	45,44	0,00	100,00
Tarapacá*	50,96	49,04	0,00	100,00
Total	50,82	49,18	44,62	55,38
PERU – PROVÍNCIAS DO DEPARTAMENTO DE LORETO				
PROVÍNCIAS	POPULAÇÃO MASCULINA (%)	POPULAÇÃO FEMININA (%)	POPULAÇÃO URBANA (%)	POPULAÇÃO RURAL (%)
Alto Amazonas	51,08	48,92	61,00	39,00
Datem del Marañon	50,88	49,12	29,00	71,00
Loreto	53,48	46,52	41,00	59,00
Maynas*	50,45	49,55	81,00	19,00
Ramón Castilla*	53,56	46,44	29,00	71,00
Requena*	52,39	47,61	56,00	44,00
Ucayali	52,67	47,33	54,00	46,00
Total	51,24	48,76	66,06	33,94

(*) Áreas situadas na zona da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Fontes: Brasil: IBGE(2009); Colômbia: DANE (2008); Peru: INEI (2009).

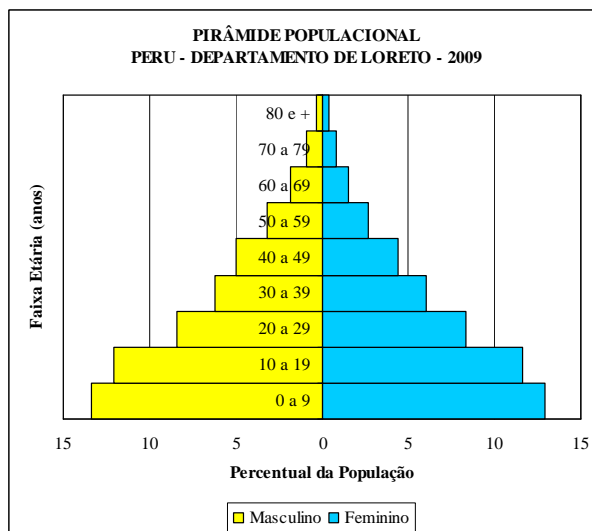
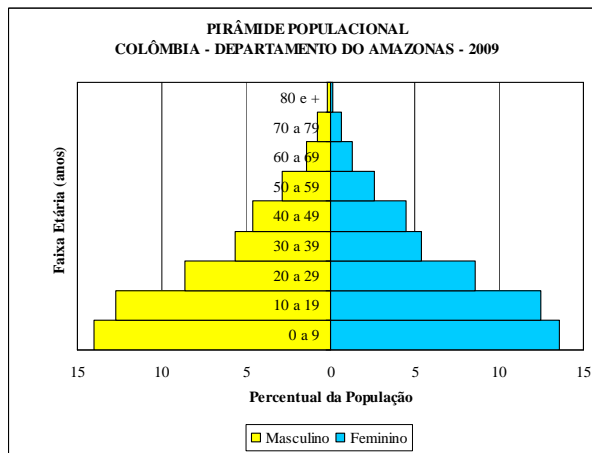
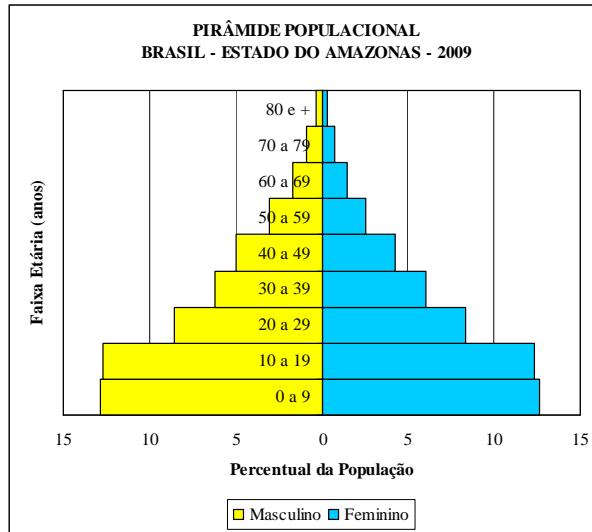


Figura 10 - Gráficos da População Residente por Faixa Etária e Sexo: Estado do Amazonas (BR), Departamento do Amazonas (CO) e Departamento de Loreto (PE).
Fontes: Brasil: IBGE(2009); Colômbia: DANE (2008); Peru: INEI (2009).

A Tabela 4 mostra que, no Estado do Amazonas (BR), a faixa de idade compreendida entre 00 e 14 anos representa 33,28% da população e a faixa seguinte de 15 a 59 anos corresponde a 61,15%, enquanto a faixa de idade igual e superior a 60 anos representa 5,57%. No Departamento do Amazonas (CO) a parcela entre 00 e 14 anos, representa 40,61% da população, a faixa de 15 a 59 anos corresponde a 54,94% e a faixa de idade igual e superior a 60 anos soma apenas 4,45%. No Departamento de Loreto (PE) a faixa de 00 e 14 anos representa 38,62% da população, a faixa seguinte de 15 a 59 anos corresponde a 55,63% e a faixa de idade igual e superior a 60 anos representa 5,75%.

Tabela 4 - Distribuição da população residente segundo a faixa etária por unidades territoriais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Faixa Etária	Estado do Amazonas (Brasil)		Departamento do Amazonas (Colômbia)		Departamento de Loreto (Peru)	
	Pop	(%)	Pop	(%)	Pop	(%)
00 a 14anos	1.129.176	33,28	28.901	40,61	374.929	38,62
15 a 59 anos	2.075.153	61,15	39.102	54,94	540.176	55,63
60 anos e mais	189.028	5,57	3.164	4,45	55.823	5,75
Total	3.393.357	100,00	71.167	100,00	970.928	100,00

Fontes: Brasil: IBGE, Censos e Estimativas. http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/AM/AM_Amazonas_GeralUF.xls (Acessado em 02.05.10). Colômbia: DANE. Projeções Populacionais 2005-2020, total Departamental e Municipal, por sexo e grupos quinquenais de idade. Peru: INEI – Censo Nacional de 2007.

Chama a atenção que a proporção de jovens (00 a 14 anos) encontrada no Estado do Amazonas (BR) é bem inferior às proporções da mesma faixa de idade encontrada nos departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE). É provável que isto decorra do efeito da população de Manaus na composição do perfil demográfico do Estado do Amazonas, porque, diferente dos outros municípios de menor população, a capital amazonense tem uma proporção maior de pessoas na idade reprodutiva, como se pode observar na pirâmide populacional (Figura 10) que mostra um alargamento das faixas etárias intermediárias e um estreitamento da faixa etária jovem.

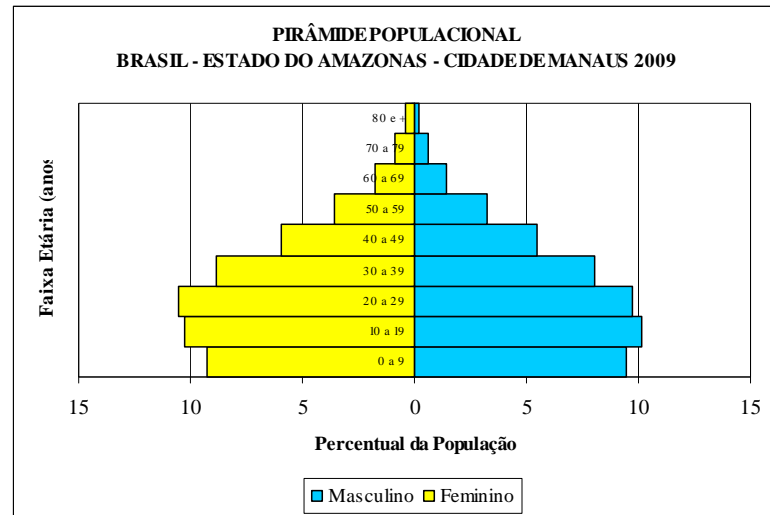


Figura 11 - Gráfico da População Residente por Faixa Etária e Sexo: Cidade de Manaus, Capital do Estado do Amazonas (BR).
Fonte: IBGE(2009).

Já que Manaus concentra mais da metade da população do Estado do Amazonas (BR) a pirâmide demográfica estadual não corresponde a estrutura da população da área de fronteira que pode ser mais bem representada na pirâmide demográfica da Região do Alto Solimões (Figura 10) que demonstra o peso relativo do segmento de idade mais jovem em relação a faixa etária intermediária, ou seja, ressaltando a base mais larga da pirâmide, condizente com os municípios situados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

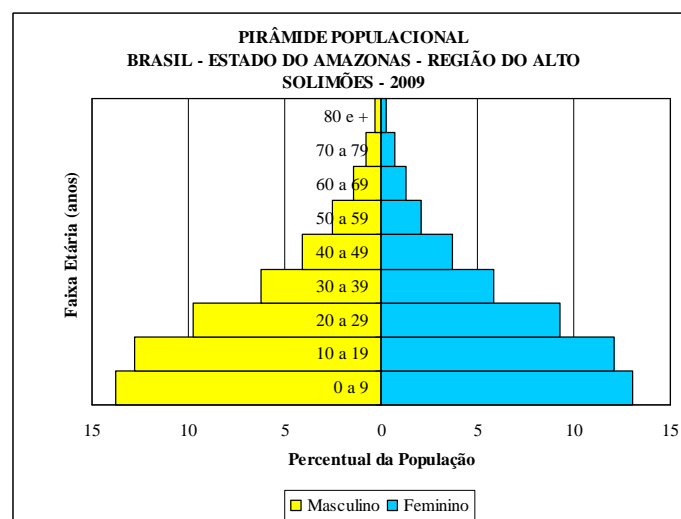


Figura 12 - Gráfico da População Residente por Faixa Etária e Sexo: Região do Alto Solimões, Estado do Amazonas (BR).
Fonte: IBGE(2009)

O mesmo efeito pode ser observado no caso da população de Letícia e Iquitos em relação à composição das pirâmides populacionais dos departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE). No entanto, o peso relativo dessas localidades, no conjunto dos seus respectivos departamentos não chega a ser equivalente ao peso relativo da cidade de Manaus em relação ao Estado do Amazonas (BR).

Com base nos dados apresentados, relativos à distribuição proporcional da população entre os sexos e por faixa etária, pode se afirmar que a zona da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru apresenta um padrão regional característico, marcado pela preponderância do segmento de jovens e equivalência da proporcionalidade entre homens e mulheres em todas as faixas etárias, com preponderância do sexo masculino, nos três lados da fronteira.

A distribuição espacial da população, segundo as áreas geográficas identificadas (Tabela 3) revela uma predominância da população rural em relação à urbana com algumas diferenças no padrão observado em cada um dos lados da fronteira.

No alto Solimões (BR), população rural (52,50%) supera a população urbana (47,50%), sendo notado uma grande disparidade entre os municípios que compõem a região, uma vez que, Tabatinga e Benjamin Constant registram mais de 60% da sua população localizada na área urbana, enquanto Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença e Tonantins registram mais de 60% da sua população localizada em comunidades rurais. Os outros dois municípios do Alto Solimões (Amaturá e Atalaia do Norte) apresentam populações rurais de 56,26% e 58,45% respectivamente.

No Departamento do Amazonas (CO) (Tabela 3), o predomínio da população rural (55,38%) se mantém em relação à população urbana (44,62%) sendo que, neste caso, as disparidades são ainda mais acentuadas, já que nos corregimentos departamentais toda a população mora em áreas rurais e no Município de Puerto Nariño a parcela rural da população chega a 73,57%. A única exceção fica por conta do Município de Letícia que é o mais populoso do departamento e tem 71,48% da sua população habitando a área urbana.

No departamento peruano de Loreto (Tabela 3), registra-se um predomínio da população urbana (66,06%) em relação à população rural (33,94%), porém, chama atenção a variedade de situações observada nas suas subáreas. A população urbana predomina em quatro das sete Províncias do departamento (Alto Amazonas - 61,00%, Maynas - 81,00%, Requena - 56,00%

e Ucayali - 54,00%). Nas outras três províncias predomina a população rural (Datem Marañon - 71,00%, Loreto - 59,00% e Ramon Castilla - 71,00%).

Quando são consideradas apenas as cinco províncias que possuem áreas localizadas na fronteira internacional (Datem del Marañon, Loreto, Maynas, Ramon Castilla e Requena), a população rural passa a ser preponderante na maioria (Datem del Marañon, Loreto e Ramon Castilla). Se forem levados em conta, apenas as províncias com áreas na tríplice-fronteira Brasil/Colômbia/Peru (Maynas, Ramon Castilla e Requena) a predominância da população rural só ocorreria na província de Ramon Castilla. Mas, nesse caso, deve ser ponderado que a Província de Maynas possui 13 Distritos, dos quais, quatro se localizam na fronteira internacional (Torres Causana, Napo, Teniente Manuel Clavero e Putumayo) e apenas dois deles (Putumayo e Teniente Manuel Clavero) estão localizados na tríplice fronteira, mais precisamente na divisa entre o Peru e a Colômbia (Tabela 02).

Somados, esses quatro distritos fronteiriços representam apenas 5,38% da população da Província de Maynas enquanto o Distrito de Iquitos, a capital provincial, abriga 29,37% da população de Maynas. Há um contraste evidente entre o Distrito de Iquitos, onde praticamente 100% dos habitantes moram na área urbana e os distritos fronteiriços da província de Maynas onde, com exceção de Putumayo, que ultrapassa o percentual de 50,00% da população habitando em área urbana, os três distritos restantes possuem entre 80 e 90% de sua população habitando em áreas rurais. Ou seja, levando em conta que, nos distritos peruanos, do Departamento de Loreto, que estão efetivamente situados nas áreas de fronteira internacional, a maioria da população habita a área rural. Portanto, é válido concluir que: há predominância da população rural em relação à urbana nos três lados da tríplice fronteira amazônica (PERU, 2008).

7.2.2 Dinâmica populacional

Os principais componentes da dinâmica populacional são: nascimentos, óbitos e movimentos migratórios. Combinados entre si esses elementos produzem como efeito o crescimento ou a redução de uma população, podendo ainda alterar a sua composição e estrutura ao longo do tempo. Os fatores econômicos, ambientais e sócio-culturais agem como determinante das

características evolutivas de cada população (RIOS-NETO , 2005). A Tabela 5 apresenta alguns dos indicadores considerados mais relevantes para a explicação do comportamento demográfico observado na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Tabela 5 - Indicadores demográficos e econômicos nacionais e por unidades federadas da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

INDICADORES CALCULADOS PARA O ANO DE 2009	PAÍSES			UNIDADES FEDERADAS		
	BRASIL	COLÔMBIA	PERU	AMAZONAS (BR)	AMAZONAS (CO)	LORETO (PE)
Taxa de Crescimento Populacional (%)	1,3	1,4	1,4	2,7	2,0	1,3
Taxa de Mortalidade Infantil (Óbitos/1000 nascidos vivos)	22,18	19,90	28,70	23,60	13,05	27,60
Esperança de Vida ao Nascer (em anos)	73,53	73,20	71,20	72,44	68,74	70,70
Taxa de Natalidade (Nascidos vivos pela população por 1000)	15,24	20,60	21,03	19,71	30,40	27,42
Taxa de Fecundidade (Nascidos vivos por mulher em idade fértil – 15 a 49 anos)	1,76	2,45	2,60	2,05	4,07	3,60
Renda Per capta (PIB por habitante/ano em dólares americanos)	12.688	8.891	6.715	11.829	-	1.146
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,813	0,807	0,806	0,780	-	0,529
Taxa Bruta de Mortalidade (Óbitos de residentes pela população residente por 1.000)	6,24	5,81	5,99	4,45	5,63	4,91
Taxa de Migração (por 1000)	0,00	-2,26	-1,14	1,74	-8,43	-8,37

Fontes: **Brasil:** Departamento de Informática do SUS (DATASUS). “Indicadores sócio-demográficos-Prospectivos para o Brasil 1991-2030”. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Rio de Janeiro, 2006. “Indicadores Básicos de Saúde do Brasil 2008”. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Colômbia:** “Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020” - Dirección de Censo e Demografía – DANE. **Peru:** “Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1950-2050”- Elaboracion: Ministerio de Salud (MINSa) - Oficina General de Estadística e Informática. “Análisis de la situación de salud de la Región de Loreto Año 2007” - Dirección Regional de Salud Loreto (DIRESA). Iquitos – 2008.

A **Taxa de crescimento da população** expressa o aumento médio anual da população residente que decorre do seu crescimento vegetativo ou da migração em determinado espaço geográfico, durante certo período de tempo. Como indicador, representa a velocidade de crescimento da população entre dois momentos.

Os dados disponibilizados pelos órgãos censitários, relativos ao ano de 2009, indicam que a Taxa de Crescimento Anual do Brasil (1,3%) é ligeiramente menor que as taxas da Colômbia (1,4%) e do Peru (1,4%). Também revelam que, entre as unidades federadas, o crescimento populacional é mais expressivo no Estado do Amazonas (BR) que registra uma taxa de 2,7%

ao ano, seguido pelo Departamento do Amazonas (CO) com taxa de 2,0% e do Departamento de Loreto (PE) com taxa de 1,3% (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE; LINS, 2004).

Ou seja, enquanto as populações das unidades territoriais fronteiriças do Brasil e da Colômbia crescem mais que as médias nacionais respectivas, no lado peruano, a média de crescimento populacional nacional (1,4%) é que se apresenta maior que a o da unidade territorial fronteiriça (1,3%). Vale ressaltar que as diferenças entre taxas de crescimento observadas nas duas escalas territoriais (nacional e unidade federada) são mais acentuadas nos casos brasileiro e colombiano do que no caso do Peru. No Brasil, inclusive, a taxa de crescimento estadual do Amazonas (2,7%) é mais que o dobro da média de crescimento nacional (1,3%).

A **Taxa de Mortalidade Infantil** mede o risco da ocorrência de óbitos no primeiro ano de vida, por cada grupo de mil nascidos vivos na população residente de um determinado espaço geográfico delimitado, sendo obtida através do quociente entre o número total de mortos com menos de um ano de idade e o número total de nascidos vivos de mães residentes. É um indicador que serve para avaliar as condições de vida de uma população e demonstrar o nível das desigualdades existentes entre unidades territoriais.

Na tríplice fronteira amazônica (Tabela 5), o Peru foi o país que apresentou a maior taxa de mortalidade infantil registrada (28,70 óbitos por 1000 nascidos vivos) sendo seguido do Brasil (22,18/1000) e da Colômbia (19,90/1000). Entre as unidades federadas fronteiriças, observa-se que o Departamento de Loreto (PE) apresentou a maior taxa (27,60/1000) seguida do Estado do Amazonas (BR) e do Departamento do Amazonas (CO) com taxas de 23,60 e 13,05 óbitos em menores de um ano, por cada 1000 nascidos vivos.

A **Esperança de Vida ao Nascer**, corresponde ao número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido na população residente em determinado espaço geográfico considerado e também serve como indicador do nível de vida na comparação de unidades territoriais. O seu cálculo é baseado nas projeções de populações que são feitas a partir dos censos realizados, portanto, depende muito da qualidade dos dados demográficos registrados. A Expectativa de Vida de uma população tende a aumentar quando melhoram as suas condições de vida e pode apresentar uma diferença entre os gêneros quando se registra, por exemplo, uma sobremortalidade masculina em decorrência da exposição maior a riscos específicos relacionados as causas externas em diversas fases da vida.

A Esperança de Vida ao Nascer (Tabela 5) registrada para o Brasil (73,53 anos), Colômbia (73,20 anos) e Peru (71,20 anos) estão praticamente no mesmo patamar. E à exceção da Colômbia, não se observa grandes discrepâncias na comparação entre os valores nacionais e as suas unidades federadas correspondentes. No Departamento do Amazonas (CO), a esperança de vida calculada (68,74 anos) corresponde a 4,46 anos a menos que a expectativa de vida média nacional do país. No caso do Brasil e do Peru, a diferença entre a média nacional e a da unidade federada localizada na tríplice fronteira amazônica, não ultrapassa 1,12 anos e 0,5 anos respectivamente.

A **Taxa de Natalidade** está relacionada ao número de nascimentos registrados em uma população num determinado espaço geográfico durante um ano. É considerada uma taxa bruta por ser obtida através do quociente entre o número total de nascidos vivos e a população residente, multiplicado por 1000, sem considerar a estratificação da população por faixas etárias e sexo. É utilizada como indicador nas avaliações do declínio ou crescimento muito acelerado de uma população.

Segundo as informações disponibilizadas pelos órgãos censitários nacionais (Tabela 5) existe uma diferença importante entre as Taxas de Natalidade do Brasil (15,24/1000 habitantes), da Colômbia (20,60/1000) e do Peru (21,03/1000 habitantes). Os dados mostram também que todas as unidades federadas da tríplice fronteira apresentam Taxas de Natalidade maiores que as médias nacionais registradas e também valores discrepantes entre si. O Departamento do Amazonas (CO) é o que, neste caso, apresenta a taxa mais elevada (30,40/1000), seguida do Departamento de Loreto (PE) com 27,42/1000 e do Estado do Amazonas (BR) que ficou na casa dos 19,71 nascidos vivos para cada mil habitantes.

A **Taxa de Fecundidade** corresponde ao número médio de nascidos vivos por mulher em idade fértil (15 a 49 anos) na população de uma determinada base territorial num ano considerado. Estimada a partir de informações dos censos e inquéritos demográficos, é considerada um dos principais indicadores utilizados na avaliação da dinâmica demográfica e na comparação de áreas. Ao longo do tempo tende a decrescer em função de processos associados à urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos e participação da mulher no mercado de trabalho. A taxa de fecundidade de 2,1 é considerada um valor limite, abaixo da qual a reprodução populacional se torna inviável.

De acordo com as projeções de população dos órgãos censitários, o Brasil registra uma taxa de fecundidade de 1,76 a Colômbia, 2,45 e o Peru 2,60. Entre as unidades territoriais federadas localizadas na tríplice fronteira, o Departamento do Amazonas (CO) foi o que registrou a maior taxa, ficando no patamar de 4,07 seguido do Departamento de Loreto (PE) com a taxa de 3,60 e o Estado do Amazonas (BR) com taxa de 2,5 nascidos vivos por mulher em idade fértil.

A **Razão de Dependência** é o indicador utilizado na avaliação do peso representado pelos segmentos de idade definidos como economicamente dependentes (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) em relação ao segmento definido como potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade) na população de um determinado espaço geográfico.

Uma Razão de Dependência elevada indica que a população em idade produtiva está sustentando uma grande parcela de dependentes, assumindo os encargos que isso representa. O declínio da Razão de Dependência está relacionado ao processo de transição demográfica, quando a queda da fecundidade provoca a redução da taxa de natalidade e uma diminuição do contingente jovem e conseqüentemente, aumenta o peso relativo e o volume dos idosos na população total. Por isso, a Razão de Dependência é usada como um marcador importante na avaliação do processo de envelhecimento ou rejuvenescimento populacional, servindo de parâmetro na formulação de políticas públicas de assistência a saúde e previdência social.

A Tabela 6 mostra a distribuição proporcional da população fronteiriça pelos grandes grupos de idade e a Razão de Dependência, segundo os espaços territoriais do Brasil, da Colômbia e do Peru que compõem a área da tríplice fronteira amazônica.

No âmbito das teorias sobre tendências demográficas, uma população é considerada jovem quando o contingente de 00 a 14 anos de idade é de pelo menos 30% e o segmento com idade superior a 75 anos não ultrapassa 6% da população, que é considerado um ponto de corte para o envelhecimento de uma população (RIOS NETO, 2005). Na área da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru os dados indicam que a população idosa não ultrapassa esse patamar. A maior proporção de idosos, nessa área de fronteira, ocorre no Departamento Loreto (PE) onde 5,75% da população têm mais de 60 anos. No Alto Solimões (BR) esse segmento etário atinge 4,85% da população que no Departamento do Amazonas (CO) fica na casa dos com 4,45% do total (Tabela 6).

É importante ressaltar que as proporções de população economicamente ativa, praticamente se equivalem, mas os segmentos de idade das populações dependentes variam de um lado para outro da fronteira, com destaque para o perfil demográfico do Departamento de Loreto no Peru que apresenta um peso relativamente menor da faixa etária mais jovem em detrimento de um aumento relativo da população mais idosa quando comparado com a Região do Alto Solimões no Brasil e o Departamento do Amazonas na Colômbia.

Tabela 6 - Distribuição da população residente por faixas etárias e razão de dependência das áreas territoriais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Área Territorial Fronteiriça	População Total	População por Faixas Etárias			Razão de Dependência em %		
		00a14 Anos	15a59 Anos	60 e + Anos	Jovem	Idosos	Total
Região do Alto Solimões (BR)	186.284	73.886 (36,66%)	103.367 (55,49%)	9.031 (4,85%)	71,48%	8,74%	80,22%
Departamento do Amazonas (CO)	71.167	28.901 (40,61%)	39.102 (54,94%)	3.164 (4,45%)	73,91%	8,09%	82,00%
Departamento de Loreto (PE)	970.928	374.929 (38,62%)	540.176 (55,64%)	55.823 (5,75%)	69,41%	10,33%	79,74%

Fontes: Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Colômbia: "Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020" - Dirección de Censo e Demografía – DANE. Peru: "Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1950-2050" - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Os dados da Tabela 6 mostram ainda que a Razão de Dependência é maior no Departamento do Amazonas (CO), onde a população dependente total representa 82,00% da população economicamente ativa. O Estado do Amazonas (BR) vem em seguida com uma população dependente equivalente a 80,22% e por último, o Departamento de Loreto (PE) onde a população dependente ficou em 79,74%.

Se considerar apenas o segmento dos idosos a Razão de Dependência do Departamento de Loreto (PE) equivale a 10,33% da população economicamente ativa, no Estado do Amazonas (BR) é de 8,74% e no Departamento do Amazonas (CO) é de 8,09% (Tabela 6).

Quanto à Razão de Dependência jovem, ela é maior no Departamento do Amazonas (CO) onde atinge 73,91%, seguido do Estado do Amazonas (BR) com 71,48% e do Departamento de Loreto onde a dependência jovem equivale a 69,41% da população economicamente ativa.

7.2.3 Indicadores socioeconômicos

O **Produto Interno Bruto (PIB Per capita)** corresponde ao valor médio, por indivíduo, em moeda corrente, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no período de um ano. Resulta da divisão do valor global da produção econômica dividido pela população. Refere a todos os setores da economia e indica o nível de produção de uma determinada unidade territorial levando em conta o número de habitantes. Serve a análise das diferenças econômicas entre espaços geográficos delimitados ao longo do tempo. Por constituir uma média, a concentração de riqueza dos extratos mais ricos pode contribuir para a ocultação de setores de baixa inserção econômica. A ocorrência de valores muito baixos sugere a existência de precariedade das condições de vida em determinados segmentos sociais (CAETANO, 2008).

O Brasil registrou uma Renda Per Capta de 12.688 dólares americanos por habitante, calculados para o ano de 2009. A Colômbia registrou, no mesmo ano, 8.891 dólares americanos ou 29,93% a menos que a Renda Per Capta brasileira e o Peru, 6.715 dólares americanos ou 52,92% a menos que o Brasil. Entre as unidades federadas fronteiriças, o Estado do Amazonas (BR) apresentou uma renda de 11.829 dólares que supera os valores nacionais da Colômbia e do Peru. Por sua vez, o Departamento de Loreto registrou uma Renda Per Capta de 3.402 novo sol, o equivalentes a 1.146 dólares americanos, considerando a cotação do dólar no dia 04.06.2009 o que corresponde a 90,31% menos que a renda do Estado do Amazonas (BR) enquanto o Departamento do Amazonas (CO) não dispõe desse dado. Vale ressaltar que a Renda Per Capta do Estado do Amazonas (BR) reflete a realidade da produção econômica da cidade de Manaus, onde está localizado polo industrial incentivado. No restante do estado, o perfil das atividades econômicas não são equivalentes ao da capital amazonense (Manaus).

O **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)** é um indicador composto, pelo qual se ordena os 192 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) de acordo com o nível de desenvolvimento. Trata-se de uma medida padronizada de bem estar que contempla três dimensões: Riqueza, Educação e Esperança de Vida, podendo variar os seus componentes de acordo com a realidade. Os países são divididos em grandes categorias de

desenvolvimento: muito elevado (IDH acima de 0,900), elevado (de 0,800 a 0,899), médio (de 0,500 a 0,799) e baixo (abaixo de 0,500).

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2009 (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf), o Brasil, a Colômbia e o Peru estão incluídos na faixa de IDH elevado e classificados na mesma categoria de países considerados emergentes ou em desenvolvimento (Tabela 5), juntamente com outros países da América do Sul (Chile, Argentina, Uruguai, Venezuela e Equador). Numa categoria abaixo, de países considerados de desenvolvimento médio, se encontram: o Suriname, Paraguai, Bolívia e Guiana. Sendo assim, o Estado do Amazonas (BR) com IDH de 0,780 e o Departamento de Loreto (PE) estariam classificados como de desenvolvimento médio. O Departamento do Amazonas (CO) não dispõe desse dado.

7.2.3 Identificação do perfil epidemiológico das unidades territoriais da fronteira

Na caracterização do perfil epidemiológico foram utilizados os indicadores sócio-demográficos dos três países fronteiriços e das unidades territoriais que compõem a tríplice fronteira (Quadro 2). Com base no desempenho dos indicadores, o perfil epidemiológico de desigualdade foi considerado como predominante no Brasil, na Colômbia e no Peru, tendo o mesmo acontecido em relação às unidades territoriais federadas dos três países que formam a tríplice fronteira amazônica.

Foi observado, no entanto, que a mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer apresentam uma grande variação em termos de valores alcançados, apesar terem se mantido na mesma faixa correspondente ao perfil de desigualdade nas duas escalas avaliadas. A mortalidade infantil nacional variou entre 19,90 e 28,70 óbitos por mil nascidos vivos na Colômbia e no Peru, respectivamente, enquanto a esperança de vida ao nascer oscilou entre 71,20 e 73,23 anos no Peru e no Brasil respectivamente.

Já na comparação entre as taxas dos estados e departamentos, chama a atenção o fato da mortalidade infantil do departamento do Amazonas colombiano ser inferior a taxa nacional da Colômbia, enquanto as mesmas aumentam no estado do Amazonas em comparação com o Brasil e no departamento de Loreto em comparação com a taxa nacional do Peru.

Considerando que este é um indicador é bastante sensível ao nível das condições de vida da população e a qualidade da assistência à saúde ofertada, o esperado é que se apresentasse mais elevado na unidade departamental em relação ao valor médio do país, tal qual ocorre no lado brasileiro e peruano da fronteira. Levando em conta que os dados da Tabela 5 indicam que também a Taxa Bruta de Mortalidade do departamento do Amazonas se apresenta discretamente inferior ao valor registrado nacionalmente para a Colômbia como um todo, é provável que se trate de um sub registro dessas taxas na escala departamental. Essa é uma possibilidade plausível, uma vez que outros dois indicadores avaliados (Renda Per capita e IDH) não estão disponíveis nas bases de dados desta unidade da federação colombiana.

Características do perfil epidemiológico preponderante com base nos indicadores econômicos e sociais							
Indicadores Unidade territorial	Mortalidade Infantil ¹	Expectativa de Vida (Anos)	Taxa de Natalidade ²	Taxa de Fecundidade ³	Renda Per-Capta ⁵	IDH ⁶	Perfil Epidemiológico Predominante
Brasil	22,18	73,53	15,24	1,76	12.688	0,813	Desigualdade
Amazonas (BR)	23,60	72,44	19,71	2,05	11.829	0,780	Desigualdade
Colômbia	19,90	73,20	20,60	2,45	8.891	0,807	Desigualdade
Amazonas (CO)	13,5	68,74	30,40	4,07	-	-	Desigualdade
Peru	28,70	71,20	21,03	2,60	6.715	0,086	Desigualdade
Loreto (PE)	27,60	70,70	27,42	3,60	1.146	0,529	Desigualdade
Critérios de classificação							
Perfis	Mortalidade Infantil ¹	Expectativa de Vida (Anos)	Taxa de Natalidade ²	Taxa de Fecundidade ³	Renda Per-Capta ⁵	IDH ⁶	
Moderno	Até 10/mil	Acima de 75 anos	Até 15/mil	Até 2,1 ⁴	Acima de 10.000	Entre 0,956 – 0,8000	
Desigualdades	Acima de 10 até 40/mil	Entre 74 – 65	Entre 16 – 25	Entre 2,2 – 3,0	Entre 5 – 10 mil	Entre 0,500 – 0,800	
Arcaico	Acima de 40/mil	Abaixo de 65 anos	Acima de 25/mil	Acima de 3,0	Abaixo de 5 mil	Abaixo de 0,500	

Quadro 2 – Caracterização dos perfis epidemiológicos dos países e unidades federadas que compõem a tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru

O que se observa, no comportamento geral dos indicadores é que estes se manifestem em piores condições na escala estadual/departamental. É o que acontece no caso do Brasil onde, na escala nacional, a Taxa de Fecundidade, a Renda Per-Capta e o IDH estão situados na faixa do perfil moderno e a Mortalidade Infantil, a Expectativa de Vida e a Taxa de Natalidade estão situados na faixa do perfil epidemiológico de desigualdade, enquanto na escala estadual, o Amazonas apresenta três indicadores (natalidade, fecundidade e renda) na faixa de perfil arcaico e nenhum indicador no perfil moderno.

No caso do Peru, também acontece um processo semelhante, pois, todos os indicadores nacionais se encontram na faixa do perfil de desigualdade enquanto no departamento de Iquitos, também os indicadores de natalidade, fecundidade e renda se situam na faixa do perfil arcaico.

Ou seja, se a informação relativa à renda e ao IDH que não se encontram disponíveis para o do Amazonas colombiano estivessem na faixa do perfil Arcaico, este departamento seria então classificado como de perfil Arcaico, já que a sua natalidade, fecundidade e renda se encontram no patamar de um perfil considerado arcaico.

7.3 Estrutura e organização dos sistemas locais de saúde fronteiriços

7.3.1 Configuração dos sistemas nacionais de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru

Na análise dos sistemas de saúde da Região Andina e Caribe, Gómez-Camelo (2005) afirma ter encontrado diferentes desenhos organizacionais que poderiam ser classificados como: Sistema Nacional de Saúde (SNS), sistema segmentado e sistema baseado no seguro. Na maioria dos casos estudados por ela, tanto nas reformas dos anos de 1990 quanto nas atuais, aparece uma tendência geral de adoção do seguro de um pacote de serviços básicos e de fortalecimento da competição entre o setor público e privado na prestação de serviços com a mescla de público e privado. A autora conclui ainda que a comparação dos diversos modelos de gestão permite identificar a configuração externa e interna, as similitudes e diferenças, as convergências e divergências dos sistemas de saúde. No Quadro 3 é

apresentada uma tipologia dos sistemas de saúde brasileiro, colombiano e peruano, comparando as suas características para poder avaliar as possibilidades de se construir um sistema único de saúde na tríplice fronteira.

Comparação entre os sistemas nacionais de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru			
Componentes	Características dos sistemas de saúde		
	Brasil	Colômbia	Peru
Financiamento (comprometimento de recursos públicos com a saúde)	O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como fonte de financiamento os recursos federais oriundos da arrecadação fiscal e das contribuições para a seguridade social que somados às contribuições sociais e convênios internacionais formam o Fundo Nacional da Saúde. Nos Estados e Município uma parte dos fundos vem do orçamento próprio e outra dos repasses das instâncias superiores.	O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) é subdividido em dois regimes: contributivo e subsidiado. As fontes de financiamento são os recursos federais oriundos da arrecadação de impostos e das cotas de contribuição dos assegurados no regime contributivo que formam o Fundo Solidário de Garantia.	O sistema de saúde é segmentado. Os recursos federais oriundos da arrecadação de impostos financiam o Seguro Integral de Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MINSA); as contribuições de segurados financiam o Seguro Social da Saúde (ESSALUD) e das Forças Armadas e Policiais do Peru, enquanto o setor privado é financiado pelo desembolso direto dos segurados.
Relação entre financiamento e prestação de serviços (forma de participação do Estado na oferta e demanda)	Os fundos de saúde são estruturados nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal). A gestão é descentralizada para esfera municipal. Repasse de recursos fundo a fundo ou por pagamento de serviços diretamente aos prestadores. A oferta de serviços é pública com demanda complementar contratada do setor privado. A remuneração dos prestadores se dá por procedimentos realizados.	O governo federal disponibiliza orçamento para financiar a saúde e cada Departamento certificado para a gestão do sistema. As Empresas Promotoras de Saúde (EPS) administram a assistência contratando Instituições Prestadoras de Serviço (IPS) públicas e privadas. Empresas Sociais do Estado (ESE) prestam serviços às EPS concorrendo com outras IPS privadas.	A gestão dos sistemas públicos de saúde é centralizada na esfera federal do governo. As redes de serviços MINSA e ESSALUD são paralelas e autônomas na estrutura e funcionamento. O setor privado é contratado pelos seguros públicos para atender a demanda complementar.
Acesso (Universalidade)	Acesso universal a todos os serviços sem distinguir usuário. Ingresso no sistema pelo princípio da cidadania.	Seguro financiado com recursos públicos garante o Plano Obrigatório de Saúde (POS) para todo assegurado do regime contributivo ou subsidiado. O governo assume a cobertura de assistência da parcela da população que não se encontra afiliada.	A rede MINSA atende a população de baixa renda, a rede ESSALUD atende aos servidores públicos e profissionais liberais, a rede militar atende a marinha, aeronáutica, exército e polícia nacional, os seguros privados atendem por desembolso direto. O acesso em todos os seguimentos depende de afiliação que garante o Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS).
Cobertura assistencial pública (Integralidade)	Cobertura integral assegurada à todo cidadão em todos os níveis de atenção a saúde (promoção, proteção e recuperação).	Plano Obrigatório de Saúde (POS) assegurado a todos os cidadãos. As ações não-POS e a assistência dos não afiliados são assumidas pelo governo departamental através das ESE e da contratação de prestadores privados.	Desde março de 2009 a Lei Marco do Asseguramento Universal prevê a cobertura de assistência integral às doenças prioritárias através do Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS).

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 3 - Comparação entre os sistemas nacionais de saúde dos países que formam a tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru

Segundo Garcia (2001), em relação ao financiamento do sistema de saúde, na América Latina houve uma tendência de redução dos investimentos, que implicaram em cortes no orçamento e redução de contribuições sociais que dão sustento à seguridade social. Este foi o caso do Chile e da Argentina, mas, apesar das diferenças entre os modelos de financiamento, essa não é a tendência observada nos países que formam a tríplice fronteira amazônica (Quadro 3).

No caso do Brasil, o debate gira em torno da adoção de fontes de recursos definidas, definitivas e suficientes para ampliar a capacidade de oferta de serviços pelo setor público. Nesse sentido a Emenda Constitucional 29 (EC29) e outros dispositivos apresentam avanços como: a definição de percentuais mínimos do orçamento a ser investido na saúde por cada esfera de governo e critérios para estipular o que é de fato investimento em saúde (UGÁ, 2006; COHN, 2009).

Na Colômbia e no Peru, o sistema é baseado no asseguramento e, portanto, mais sensível às crises econômicas que provocam flutuações no volume da arrecadação. Considerando o ano de 2008, o Brasil investiu 7,9% e a Colômbia 7,3 % do Produto Interno Bruto (PIB), posicionando ambos acima da média continental que ficou em 7,1% do PIB. O Peru, por sua vez ocupou a última posição do continente com investimentos na ordem de 4,3% do PIB. Esse dado é importante, uma vez que se observa uma relação direta entre indicadores de saúde e o montante de investimentos no setor (GÓMEZ-CAMELO, 2005; DÍAZ, 2009; BARBOZA TELLO, 2009; DIAZ, 2009).

Na relação entre financiamento e provisão, Garcia (2001) identifica como tendências: o financiamento das demandas; maior autonomia orçamentária e financeira dos serviços públicos; e a integração dos serviços públicos e privados de saúde. Características presentes na Colômbia e no Peru, com ligeiras variações entre os dois modelos, que tendem para uma uniformização depois que o Peru adotou o PEAS, nos moldes do POS colombiano (Quadro 3). Diferentemente, no Brasil a esfera pública financia, regula e atua na provisão de serviços enquanto o setor privado, apesar da sua magnitude, atua apenas complementarmente no sistema de saúde.

Quanto à focalização do financiamento público, Garcia (2001) ressalta que tende para as formas de: oferta gratuita apenas para a população carente como se deu no Chile; oferta para população assegurada com cobrança dos serviços prestados como se deu no Uruguai; ou na forma de um seguro subsidiado com recursos públicos, a exemplo do que acontece na

Colômbia com o POS e daqui para frente no Peru depois da implantação do PEAS. No Brasil a identificação de parcelas vulneráveis serve ao propósito de garantir o princípio da equidade, que justifica o investimento e a cobertura de ações priorizando a redução dos efeitos das diferenças sociais, étnicas, de gênero ou raciais. A discriminação, nesse caso é positiva.

A última característica identificada por Garcia (2001) como uma tendência geral dos sistemas de saúde é o racionamento da assistência médica, com financiamento público apenas de uma cesta básica de serviços de saúde, é justamente o que encontramos no POS da Colômbia e no PEAS do Peru que implicam num contingenciamento da cobertura. Novamente há nuances no modelo colombiano que distingue o usuário pelo regime de seguro a que tem direito e a partir daí discrimina o padrão de cobertura a que faz jus no pacote de benefícios obrigatório. No Peru, onde a integralidade era prevista, mas não assegurada nos sistema público, agora passa a ter um asseguramento previsto e regulado, porém, restrito a um pacote de doenças prioritárias.

7.3.2 Organização da assistência à saúde na zona de fronteira

No Brasil, o governo regula a atividade de assistência e mantém um Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)^{VII}, obrigatório a todos prestadores de serviços, que podem ser públicos ou privados; com ou sem fins lucrativos; atendendo em regime ambulatorial ou de internação. Dentro deste critério estão incluídos: postos e centros de saúde; clínicas; prontos socorros; laboratórios; secretarias de saúde; hospitais; e unidades mistas, que são um tipo de estabelecimento destinado à atenção integral, nas especialidades básicas, que conta com uma unidade de internação agregada e sob administração única podendo atender urgência e emergência.

No Alto Solimões existem 32 unidades de saúde que prestam atendimento de nível ambulatorial e hospitalar. Benjamin Constant é o município com o maior número de unidades (onze), seguido por Tabatinga (nove), São Paulo de Olivença (quatro), Tonantins (três), Atalaia do Norte e Sto Antônio do Içá (duas) e Amaturá (uma). Os tipos mais comuns na região são: Centro de Saúde (50,00%), Posto de Saúde (21,87%) e Unidade Mista (18,75%) e.

^{VII} O CNES foi criado pela portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000 instituindo o processo de cadastramento das unidades de saúde em todo território nacional.

Considerando os registros do CNES, a rede assistencial da região é predominantemente pública (96,88% do total de unidades), havendo apenas um estabelecimento privado (3,12% do total). No que tange à gestão a esfera municipal abrange 75,00% dos estabelecimentos, contra 18,75% da esfera estadual que controla seis unidades mistas, 3,12% da esfera federal que administra o Hospital Geral ligado ao Exército Brasileiro e 3,12% da esfera privada que responde pela Clínica Odontomédica, localizada em Tabatinga.

Se levar em conta a oferta de leitos hospitalares e a presença de profissionais médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, sete dos nove municípios da região deixaram de atingir os valores recomendados pela OMS em todos esses itens, comprovando o nível elevado de carência de infra-estrutura e recursos humanos na fronteira. As oito unidades mistas do Alto Solimões, somadas ao Hospital Militar de Tabatinga, dispõem de 289 leitos que correspondem a 1,30/1.000 habitantes da região, bem abaixo da média nacional do Brasil situada na casa de 3,60/1.000 e também abaixo do recomendado pela OMS que é de 4,50/1.000.

Em relação a médicos, nenhum município do Alto Solimões alcança a taxa de 0,80/1.000 habitantes recomendada pela OMS. Somente no caso de cirurgião dentista, Benjamin Constant e Tabatinga atingiram a cota mínima sugerida de 1,80/1.000 e na enfermagem, somente Benjamin Constant superou o patamar de 0,44/1.000 exigido pela OMS. A carência é maior ainda, em relação ao nível de capacitação profissional. A única especialidade com presença regular é o Médico da Família, com vinte e cinco profissionais distribuídos em seis municípios. Este fato decorre da estratégia nacional de estruturação da atenção básica pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que tem sido fundamental para a efetividade das ações de primeiro e segundo nível. Assim como a falta de especialistas de outras áreas compromete a qualidade da assistência de média e alta complexidade (CAMARGO JR, 2008; CONILL, 2008).

Na Colômbia, a estrutura e organização dos serviços de saúde obedecem às diretrizes da Lei 100/1993 que instituiu a descentralização e o asseguamento, mediante afiliação obrigatória a um dos regimes (contributivo ou subsidiado). Para regulamentar o processo de descentralização a Lei 715/2001^{VIII} (COLÔMBIA, 2001) redefiniu os fluxos de recursos

^{VIII} Segundo o documento “*Estudio para la organización de la prestación de servicios de salud de primer nivel y su articulación a la red de prestación de servicios del departamento*” A Lei 715 de 2001 estabeleceu como competências, para os Departamentos, no setor saúde: dirigir, coordenar e fiscalizar o setor saúde e o Sistema de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) no território de sua jurisdição, atendendo as disposições

financeiros e as competências municipais, responsabilizando a instância departamental pela gestão do SGSSS, pela prestação de serviços de primeiro e segundo níveis e pela cobertura de assistência da parcela da população que ainda não se encontra afiliada a nenhum dos regimes de seguro saúde (SILVA, 2002).

Como até o presente momento, ainda não houve uma adequação da estrutura para separar as funções de gestão e prestação de serviços, a rede pública persiste como um organismo de direção e como a única prestadora de serviços de nível básico no Departamento do Amazonas (COLÔMBIA, 2007).

O Amazonas colombiano está certificado pelo Ministério da Saúde como território descentralizado. Sendo assim, assumiu as funções de organização, controle e fiscalização do sistema de saúde e se encarrega de todas as IPS localizadas no Departamento (hospitais, centros e postos de saúde), além de ser o prestador direto de serviços nos municípios de Letícia e Puerto Nariño e nos dez Corregimientos. Para atender esta finalidade a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde Departamental do Amazonas conta com três áreas: a) área de Direção encarregada da administração dos recursos e a da direção do setor; b) área de Seguridade, Vigilância e Controle; e c) área de Serviços de Saúde (Prestadores) encarregada do componente da saúde pública e da prestação de serviços de saúde (COLÔMBIA, 2007).

Segundo levantamento realizado no ano de 2006, apenas 17,04% da população do Departamento do Amazonas se encontrava afiliada ao regime contributivo enquanto no regime subsidiado a proporção chegava a 58,52%, os pobres não assegurados representavam 13,27% e os que não tinham a sua modalidade de afiliação identificada atingiam 7,7% da população. Em Letícia, a parcela assegurada no regime contributivo naquele ano era um pouco mais expressiva (26,00%), enquanto o regime subsidiado se manteve no patamar de 46,30%. Em compensação, mais de um quinto da população (21,80%) era classificada como pobre sem cobertura de seguro em plena capital do Departamento. A situação piorava em Puerto Nariño, onde o regime contributivo contemplava apenas uma fatia 2,50% da população e o regime subsidiado abarcava 80,90% da população. A mesma situação se repetia nos

nacionais sobre a matéria. Assim mesmo o Artigo 43 da mesma Lei assinala as competências, quanto à prestação dos serviços de saúde, onde cabe a gestão departamental: a prestação dos serviços de saúde de maneira oportuna, eficiente e com qualidade, através das IPS públicas e privadas; financiar a prestação dos serviços de saúde a população pobre não coberta com subsídios da demanda; e organizar, dirigir, coordenar e administrar a rede pública de instituições prestadoras de sua jurisdição (COLÔMBIA, 2007).

Corregimentos, com 76,10% da população vinculada ao regime subsidiado contra apenas 0,59% que era assegurada no regime contributivo (Tabela 7) (COLÔMBIA, 2007).

A existência de uma parcela tão expressiva da população sem acesso ao seguro e de uma baixa afiliação no regime contributivo, são tidos como problemas relevantes porque inviabilizam o financiamento do SGSSS. Os registros nacionais revelaram que entre 1999 e 2000 apenas 32,00% da população colombiana era afiliada ao regime contributivo e 22,00% no regime subsidiado. As autoridades de saúde advertiam, naquela ocasião, que cerca de 13,50% dos afiliados no regime contributivo poderiam ser repetidos, dada à baixa qualidade do sistema de informação das EPS, indicando que o controle público das operadoras de seguro seria a principal atividade da gestão que poderia garantir o acesso aos serviços de saúde (HERNÁNDEZ, 2002).

Tabela 7 - Segmentação da população segundo afiliação ao SGSSS, no Departamento do Amazonas – Colômbia, 2006.

Município	Total	Regime Contributivo	Regime Especial	Regime Subsidiado	Pobre não Assegurado	Não Identificado
Leticia	39.202	10.733	1.722	18.177	8.570	0
	100%	27,38%	4,39%	46,37%	21,86%	0,00%
Puerto Nariño	6.153	154	202	4.979	0	818
	100%	2,50%	3,28%	80,92%	0,00%	13,29%
Corregimentos	19.204	114	263	14.627	0	4.200
	100%	0,59%	1,37%	76,17%	0,00	21,87%
Total	64.559	11.001	2.187	37.783	8.570	5.018
	100%	17,04%	3,39%	58,52%	13,27%	7,77%

Fonte: Oficina de Aseguramiento y Recursos de Información de la SSD 2006 (Colombia, 2007)

No Departamento do Amazonas há três Administradoras de Regime Subsidiado (ARS) autorizadas a operar em Leticia (CAPRECOM, MALLAMAS, SELVASALUD), duas em Puerto Nariño (CAPRECOM e SELVASALUD) e três nos Corregimentos Departamentais (MALLAMAS, HUMANAVIVIR e SELVASALUD). Para administrar o regime contributivo, quatro EPS estão autorizadas (SALUDCOOP, ISS, CAPRECOM e SANITAS) (Tabela 8) (COLÔMBIA, 2008).

No que diz respeito à prestação de serviços, a rede pública do Amazonas conta com dois hospitais: o Hospital San Rafael de Letícia que é a única instituição prestadora do segundo nível de atenção no Departamento e outro hospital que se localiza no Município de Puerto Nariño e presta serviços do primeiro nível. Existem ainda sete Centros de Saúde localizados nos corregimentos que também prestam serviços de primeiro nível. Estes Centros de Saúde dependem financeira e administrativamente do governo departamental para atender aos colonos e indígenas, dando cobertura a rede de 82 Postos de Saúde espalhados pelos Corregimentos contando, para isso, com um sistema de comunicação por rádio que é utilizado em caso da necessidade de remoção de pacientes (COLÔMBIA, 2007).

Tabela 8 - Variação da população afiliada ao regime subsidiado no Departamento do Amazonas - Colômbia, período de 2004 a 2006.

Municípios/Corregimentos	Administradora de Regime Subsidiado (ARS)	Número de Afiliados		
		2004	2005	2006
Corregimentos	HUMANAVIVIR S.A EPS ARS		14627	6056
	MALLAMAS EPS-I	6829		8234
	SALUDVIDA S.A EPS ARS	7285		
	SELVASALUD S.A EPS ARS			337
Letícia	CAPRECOM ARS	11625	13125	11339
	MALLAMAS EPS-I	3919	4894	3238
	SALUDVIDA S.A EPS ARS	270		
	SELVASALUD S.A EPS ARS			3600
Puerto Nariño	CAPRECOM ARS	4979	4979	3221
	SELVASALUD S.A EPS ARS			1758
Total de afiliados		34907	37625	37783

Fonte: Oficina de Aseguramiento SSD 2006 (COLÔMBIA, 2007)

Os procedimentos de baixa complexidade são oferecidos em toda a rede pública. Nesse rol estão incluídos: a consulta ambulatorial externa por médico generalista, atividades odontológicas, procedimentos de imunização e exames citológicos, consultas de urgência e emergência, hospitalização e partos normais. A média complexidade existe apenas no Hospital São Rafael de Letícia que conta com especialidades nas áreas de Clínica Cirúrgica, Ginecologia Obstetrícia, Medicina Interna, Pediatria, Anestesiologia, Ortopedia e Oftalmologia. Outras sub-especialidades são ofertadas esporadicamente, em parceria com instituições nacionais e as demandas de alta complexidade são todas resolvidas com encaminhamentos para os grandes centros urbanos de Bogotá, Neiva e Villavicencio (COLÔMBIA, 2008).

Fora de Letícia, a infra-estrutura disponível na rede pública é bastante diversificada. No Hospital de Puerto Nariño há equipamentos para atendimento de urgências e emergências e recursos laboratoriais até para serviços de alta complexidade. Em toda a rede pública localizada em Puerto Nariño e nos dez Corregimentos Departamentais existem 48 leitos de internação. A rede de assistência à saúde no Departamento do Amazonas é complementada pelas IPS localizadas em Letícia, sendo que uma delas oferece serviços que vão até o terceiro nível e outra que atende urgências de baixa complexidade e consultas externas (COLÔMBIA, 2007; 2008). Somando os serviços públicos (três), privados (dezessete) e consultórios profissionais (dezenove), aos estabelecimentos do tipo Objeto Social Diferenciado (três), Letícia conta com 42 IPS que possuem 85 leitos de internação estando 42 no Hospital San Rafael, 27 na Fundação Clínica Letícia e 16 na Clínica de Especialistas.

Em resumo, do ponto de vista da gestão o sistema de saúde do Amazonas é público e sob o comando da esfera departamental. Quanto ao asseguramento há empresas públicas e privadas que atuam como operadoras do regime contributivo (EPS) ou do regime subsidiado (EPS-S ou ARS). Na administração dos serviços de saúde estão as IPS que também podem ser públicas (ESE) ou privadas, atuando em um ou mais níveis de assistência. No Departamento do Amazonas há duas IPS públicas: a ESE Hospital San Rafael de Letícia e a ESE Amazon Vida que administra os Centros de Saúde e Postos de Saúde dos Corregimentos e o Hospital Local de Puerto Nariño (COLÔMBIA, 2007; 2008).

Dado as características do sistema de saúde colombiano, no qual a rede básica é de competência departamental e a assistência individual é privatizada, ao gestor municipal resta apenas a função de: controlar o processo de identificação do usuário, manter atualizado o banco de dados do SISBEN e estimular a afiliação da população, além da execução de ações de saúde de alcance coletivo. Para essa última finalidade a Lei 1122 de janeiro de 2007 promoveu ajustes no SGSSS que buscam promover a universalização do acesso, o equilíbrio entre os atores do sistema, e a melhoria na prestação de serviços de saúde com fortalecimento das ações de promoção e prevenção que foram agrupados em um Programa de Saúde Pública (PSP) de caráter obrigatório, sob a responsabilidade do setor público e com destinação de recursos previamente garantida no conjunto das obrigações das seguradoras (SILVA, 2002). Trata-se de uma tentativa de ampliar a oferta seguindo uma linha universalizante, no interior de um sistema estruturado sob a lógica do asseguramento, que opera com regras de mercado e cuja finalidade precípua é financiar a demanda (JARAMILLO, 2002).

No Peru os serviços de saúde são organizados em subsistemas correspondentes aos seguimentos de seguro saúde (SALAVERRY; CÁRDENAS-HOJAS, 2009). Desta forma, a população de Loreto dispõe de quatro redes de assistência, que contam com estruturas independentes, corpo de funcionários próprios e autonomia administrativa, cada qual, dirigida a uma parcela de assegurados. Ao todo, são 347 estabelecimentos distribuídos entre as sete províncias do Departamento. A rede pública do Ministério da Saúde (MINSA) é a mais importante contando com 319 unidades (91,93%). A rede Militar é a segunda contando com 16 unidades (4,61%). A rede ESSALUD e a rede privada, cada uma com 06 unidades (1,73%) ficam em terceiro lugar (PERU, 2008). Diferente da situação da Colômbia, onde o setor público se responsabiliza formalmente pela atenção básica, no sistema de saúde peruano todo usuário têm direito à assistência integral que deve ser ofertada pelo plano de seguro a que se está afiliado, no entanto, as características da rede de saúde demonstram que predominam os serviços de primeiro e segundo níveis, havendo apenas uma unidade de terceiro nível em todo o Departamento de Loreto.

A denominação dos estabelecimentos de saúde peruanos segue a tipologia de cada seguimento de prestação de serviços. No sistema MINSA, as unidades básicas são identificadas como do tipo Posto de Saúde (PS I e PS II) e Centros de Saúde (CS I e CS II) que diferem entre si pelo tipo de profissional disponível e pelo regime de trabalho. Os PS I têm médicos e enfermeiros, já o PS II tem técnico de enfermagem e técnico sanitário. No caso do CS I e do CS II a diferença decorre da presença de sala de internação. O tipo que usualmente conta apenas com técnicos de enfermagem é mais freqüente representando 77,01% das unidades de saúde de Loreto. Já o tipo que conta com equipe completa de profissionais chega a 3,00% de toda a rede. Na rede ESSALUD, as unidades são do tipo Centro de Saúde (CS) e Hospital. O sistema militar classifica as suas unidades como: Postos de Saúde (PS) e Hospitais. O setor privado utiliza a terminologia Clínica e Hospital (PERU, 2007).

De acordo com os dados de 2007, fornecidos pela Direção Regional de Saúde de Loreto (DIRESA), o sistema MINSA concentra 99,06% da sua rede, no primeiro nível de assistência. A rede militar tem 81,25% das unidades no primeiro nível e 18,75% no segundo. A rede ESSALUD conta com 66,76% no primeiro e 33,33% no segundo nível. O setor privado concentra todas as suas unidades no segundo nível de assistência. Esses dados revelam o grau da concentração da assistência de maior complexidade nos grandes centros urbanos, principalmente em Lima a capital nacional (PERU, 2007).

O sistema MINSA se estrutura a partir das Unidades Básicas que estão distribuídas de acordo com a facilidade de comunicação e de referência dos pacientes. De modo que um conjunto de centros e postos de saúde conforma uma Micro-rede e um conjunto de micro-redes conforma uma Rede. Administrativamente o Departamento de Loreto está dividido em duas redes: a Rede Alto Amazonas que agrega duas micro-redes e a Rede Loreto que contempla dez micro-redes. Cada micro-rede correspondente a uma das regiões definidas pela divisão político-geográfica do departamento (Quadro 4).

Unidades de saúde disponíveis por distrito fronteiriço						
Distritos	População	Número de estabelecimentos de saúde				Total
		I-1	I-2	I-3	I-4	
Morona	6.356	10	1	0	0	11
Andoas	9.375	5	2	0	0	7
Trompeteros	7.450	3	2	1	0	6
Tigre	7.304	4	0	1	0	5
Torres Causana	4.865	3	2	0	0	5
Napo	14.882	7	0	0	1	8
Teniente Clavero	3.896	4	1	0	0	5
Putumayo	5.638	8	1	1	0	10
Ramón Castilla	18.783	6	1	0	1	8
Yavarí	10.225	3	0	1	0	4
Yaquerana	2.396	1	0	1	0	2
Alto Tapiche	1.947	2	1	0	0	3
Total	93.117	56	11	5	2	74

Fonte: Dirección de Servicios de Salud DIRESA Loreto (PERU, 2008).

Quadro 4 - População e estabelecimentos de saúde, segundo o tipo e os distritos fronteiriços de localização da região de Loreto - Peru, 2008.

Assim, as duas micro-redes de Marañon e Huallaga formam a Rede Alto Amazonas enquanto a Rede Loreto agrega as micro-redes de Requena, Ucayali, Loreto e Ramon Castilla, além daquelas localizadas na Província de Maynas que, por ser a mais extensa e mais populosa, agrega seis micro-redes: Putumayo, Mazán, Napo, Belén, Iquitos Norte e Iquitos Sur. Estas duas últimas concentram cada qual, mais de 100 mil habitantes enquanto as de Napo e Putumayo não ultrapassam 25 mil habitantes (PERU, 2007).

A oferta de serviços e a disponibilidade de profissionais de saúde é um problema grave em todo o Departamento de Loreto, onde nenhuma província alcança o número mínimo de

médicos, enfermeiros, odontólogos e leitos hospitalares recomendados pela OMS. A distribuição também não é equitativa, pois, a região de fronteira constitui o espaço com maior nível de carência. Dos nove hospitais existentes em Loreto, cinco deles estão localizados em distritos urbano das províncias de Maynas e Alto Amazonas, enquanto, cerca de 90 mil pessoas residentes nos 12 distritos fronteiriços com Brasil, Colômbia e Equador, contam com 74 unidades básicas, das quais, apenas duas são Centros de Saúde e o restante, são Postos que dispõe apenas de pessoal de nível técnico (Quadro 4).

7.3.3 A rede de serviços locais de saúde

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)^{IX}, o Brasil dispõe de 202.894 unidades de saúde que prestam assistência individual ou coletiva, segundo técnicas e critérios que são definidos pelo Ministério da Saúde. A tipologia adotada na classificação dessas instituições prestadoras de serviço, coincide com as do Peru e da Colômbia.

Os serviços de saúde podem ser classificados em: públicos ou privados; com ou sem fins lucrativos; atendendo em regime ambulatorial ou de internação. Nesses critérios estão incluídos: postos de saúde; centro de saúde; clínicas ou postos de assistência médica; pronto socorro; unidade mista; hospitais (incluindo militares); clínicas odontológicas; clínicas radiológicas; clínicas de reabilitação; laboratórios de análises clínicas unidades de complementação diagnóstica e/ou terapêutica.

No Brasil e no Peru os estabelecimentos públicos prestam serviços exclusivamente para o setor público enquanto os privados prestam serviços tanto ao setor público quanto ao setor privado. Na Colômbia, por sua vez, tanto os estabelecimentos públicos quanto os privados atuam como prestadores de serviços para as operadoras privadas do seguro social em saúde, que são responsáveis pela assistência.

As unidades do tipo postos de saúde, centros de saúde, e hospitais são comuns às redes de serviços dos três lados da fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru, com alguma

^{IX} O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi criado pela portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000 instituindo o processo de cadastramento das unidades de saúde em todo território nacional.

especificidade em cada um dos lados. No lado brasileiro, as unidades mistas realizam atividade ambulatorial e de internação, assim como o hospital local do município de Puerto Nariño da Colômbia. Por outro lado, as unidades de saúde do tipo ambulatório, clínicas e consultórios ocorrem exclusivamente no lado colombiano não estando disponíveis no lado brasileiro e peruano da fronteira.

Também há diferenças quanto à forma em que se organizam as redes de serviços de saúde. Enquanto no Brasil e na Colômbia, as unidades básicas (postos e centros de saúde) possuem uma abrangência de cobertura municipal, conformando uma rede hierarquizada que é complementada por unidades de saúde com maior nível de complexidade localizadas nos maiores centros urbanos.

Na rede peruana, as unidades notificantes que constituem a base do sistema, epidemiologicamente falando, não referem à base territorial dos municípios e nem dos distritos. Estas unidades (postos e centros de saúde) estão distribuídas geograficamente segundo a facilidade de comunicação e de referência dos pacientes da seguinte maneira: Primeiro nível de atenção: Postos de Saúde (habitualmente não tem médico) e Centros de Saúde. Um conjunto de centros e postos de saúde conforma uma Micro-rede de saúde. Um conjunto de micro-redes conforma uma Rede. No Departamento de Loreto há duas redes: a Rede Yurimaguas e a Rede Loreto que é a maior.

Considerando apenas os tipos de unidades que são comuns aos três países (Quadro 5), a rede assistencial fronteiriça é composta por noventa e seis Postos de Saúde (07 brasileiros; 54 colombianos; e 35 peruanos); quinze Centros de Saúde (04 brasileiros; 03 colombianos; e 08 peruanos); e nove Unidades Hospitalares (07 brasileiras; e 02 colombianas) incluídas aqui as unidades mistas que são exclusivas do Brasil.

No lado peruano, a rede hospitalar que serve de referência para os casos de internação, consulta especializada e cirurgia eletiva está concentrada na cidade de Iquitos, a capital departamental de Loreto que se localiza a quinhentos quilômetros da linha de fronteira. Por isso foram inseridos no estudo.

Serviços de saúde disponíveis				
Brasil - Municípios do estado do Amazonas				
Localidade	População	Posto de Saúde	Centro de Saúde	Unidade Hospitalar
Amaturá	9.152	-	-	1
Atalaia	11.523	1	-	1
Benjamin Constant	26.739	4	1	1
Sto Antônio do Iça	36.102	-	-	1
São Paulo de Olivença	29.913	2	-	1
Tabatinga	45.087	-	1	1
Tonantins	19.400	-	1	-
Total	177.916	7	4	7
Colômbia – Municípios e Corregimentos do Departamento do Amazonas				
Localidade	População	Posto de Saúde	Centro de Saúde	Unidade Hospitalar
Leticia	32.450	16	-	1
Pedreira	1.456	9	1	-
Puerto Nariño	6.836	11	-	1
Tarapaca	2.407	9	1	-
Total	44.605	54	3	2
Peru – Distritos do Departamento de Loreto				
Localidade	População	Posto de Saúde	Centro de Saúde	Unidade Hospitalar
Putumayo	10.185	18	-	-
Ramon Castilla	15.771	5	5	-
Yavari	8.490	-	-	-
Alto Tapiche	2.132	2	-	-
Soplin	501	2	-	-
Yaquerana	3.237	2	-	-
Contamana	21.181	3	3	-
Padre Márquez	8.911	3	-	-
Total	70.408	35	8	0

Quadro 5 - Rede de serviços de saúde na faixa de fronteira Brasil/Colômbia/Peru

Fonte: CNES (Brasil). Secretaria del Salud Departamental del Amazonas (Colombia): Estudio para la organización de la prestación de servicios de salud de primer nivel y su articulación a la red de prestación de servicios del departamento. Leticia. 2007. Direccion Regional de Salud Loreto (Peru): Analisis de situacion de salud region Loreto, año 2003. Iquitos. 2003.

7.4 A oferta de serviços de saúde

7.4.1 Identificação das unidades de saúde incluídas no estudo

As unidades de saúde incluídas no estudo obedeceram ao critério de localização na Zona de Fronteira e prestação de serviços de atendimento médico com consulta individual. A partir de um levantamento nas bases de dados dos sistemas de saúde dos três países e da consulta efetuada junto as autoridades sanitárias, os estabelecimentos foram identificados e catalogados de acordo com as características relacionadas ao nível de atenção, tipo de gestão e o prestador responsável.

A Tabela 9 e a Tabela 10 relacionam os 47 estabelecimentos prestadores de serviços de saúde selecionados, que se distribuem por dezesseis localidades da seguinte forma: vinte e três unidades em sete localidades brasileiras; dezesseis unidades em quatro localidades colombianas; e oito unidades em cinco localidades peruanas.

O tipo de estabelecimento mais freqüente foi o Centro de Saúde (20 unidades) seguido da Clínica/Ambulatório (09 unidades), Hospital (06 unidades), Unidade Mista (06 unidades) e Posto de Saúde e Consultório (ambos com 03 unidades cada). Os únicos tipos comuns aos três lados da fronteira são os Centros de Saúde e os Hospitais. Os Postos de Saúde incluídos no estudo são todos brasileiros porque nos sistemas de saúde da Colômbia e do Peru, essas unidades básicas não realizam atendimento médico regular. São unidades que contam com equipe de técnicos e agentes de saúde que desenvolvem ações primárias e de promoção e prevenção à saúde. A Unidade Mista, por sua vez, é também um tipo de estabelecimento exclusivo do Brasil, sem equivalência no modelo assistencial colombiano e nem no peruano. Do mesmo modo que todas as Clínicas/Ambulatórios e Consultórios identificados no estudo estão na Colômbia, uma vez que nos lados brasileiro e peruano da faixa de fronteira esse tipo de estabelecimento não foi identificado (Tabela 9 e Tabela 10).

Entre os seis hospitais que prestam atendimento a população da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, o Hospital de Guarnição do Exército Brasileiro, localizado na cidade brasileira de Tabatinga, é a única unidade hospitalar de referência disponível no Alto Solimões, uma vez que, as seis Unidades Mistas disponíveis na região, funcionam como

unidades básicas de saúde que desenvolvem, simultaneamente, ações programáticas e procedimentos de urgência e emergência, internação e cirurgia geral (Tabela 9 e Tabela 10).

Tabela 9- Unidades de saúde participantes do estudo segundo o tipo e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Posto de Saúde	Centro de Saúde	Clínica/ Ambulatório	Consultório	Unidade Mista	Hospital	Total
Amaturá (BR)	-	-	-	-	1	-	1
Angamos (PE)	-	1	-	-	-	-	1
Atalaia do Norte (BR)	1	-	-	-	1	-	2
Benjamin Constant (BR)	-	4	-	-	1	-	5
Cabalcocha (PE)	-	2	-	-	-	-	2
Iquitos (PE)	-	-	-	-	-	3	3
Islandia (PE)	-	1	-	-	-	-	1
Letícia (CO)	-	-	9	3	-	1	13
Pedreira (CO)	-	1	-	-	-	-	1
Puerto Nariño (CO)	-	-	-	-	-	1	1
Santa Rosa (PE)	-	1	-	-	-	-	1
Santo Antônio do Içá (BR)	-	1	-	-	1	-	2
São Paulo de Olivença (BR)	2	1	-	-	1	-	4
Tabatinga (BR)	-	6	-	-	-	1	7
Tarapacá (CO)	-	1	-	-	-	-	1
Tonantins (BR)	-	1	-	-	1	-	2
Total	3	20	9	3	6	6	47

O lado colombiano da fronteira conta com duas unidades hospitalares: o Hospital Local de Puerto Nariño e o Hospital San Rafael localizado em Letícia, ambos, pertencentes a esfera departamental. Do ponto de vista da abrangência das ações que executa, o hospital local de primeiro nível localizado no município de Puerto Nariño equivale à unidade mista brasileira que não é categorizada como um estabelecimento hospitalar (Tabelas 9 e 10).

No lado peruano todos os estabelecimentos hospitalares que servem de referência para a rede de postos e centros de saúde da linha de fronteira, estão situados na cidade de Iquitos, a capital do Departamento de Loreto e da província de Maynas. O Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 e o Hospital Regional de Loreto Nível II-3 pertencem a rede MINSA e são geridos pela Secretaria Departamental de Saúde de Loreto. O Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD pertence a rede vinculada ao subsistema do seguro social público

federal. No modelo de gestão adotado no Peru, as micro-redes e redes de Postos de Saúde e Centros de Saúde drenam as ocorrências que demandam atendimento hospitalar para a cidade de Iquitos de acordo com o subsistema de saúde ao qual sejam cadastrados os usuários (Tabela 9).

Tabela 10 - Unidades de saúde participantes do estudo segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

A. Tipos de unidades de saúde	Brasil	Colômbia	Peru	Total
1-Posto de Saúde	3	0	0	3
2-Centro de Saúde	13	2	5	20
3-Unidade Mista	6	0	0	6
4-Hospital	1	2	3	6
5-Clinica/Ambulatório	0	9	0	9
6-Consultório	0	3	0	3
Total	23	16	8	47
B. Tipo de gestão	Brasil	Colômbia	Peru	TOTAL
1-Administração Direta da Saúde	22	4	6	32
2-Administração Direta de Outros Órgãos	1	4	2	7
3-Empresa Privada	0	8	0	8
Total	23	16	8	47
C. Tipo de prestador segundo a gestão	Brasil	Colômbia	Peru	TOTAL
1-Público Federal	1	4	2	7
2-Público Estadual/Departamental	6	4	6	16
3-Público Municipal	16	0	0	16
4-Privado	0	8	0	8
Total	23	16	8	47

Quanto ao Tipo de Gestão (Tabela10 e Tabela 11), a Administração Direta da Saúde feita por órgãos públicos federais, estaduais/departamentais e municipais é a modalidade mais comum, presente em trinta e duas unidades de saúde. A gestão por Empresa Privada vem a seguir respondendo por oito unidades de saúde, todas localizadas no lado colombiano. A Administração do tipo Direta de Outros Órgãos, comum aos estabelecimentos vinculados as estruturas militares e dos seguros de saúde públicos, como é o caso das sete unidades de

saúde, principalmente no lado peruano da fronteira, onde esse tipo de gestão abrange a metade das unidades incluídas no estudo.

As características da gestão ressaltam a relevância do setor público na prestação de assistência à saúde na tríplice fronteira (Tabela 10 e Tabela 11). Juntos, os tipos de prestador público: federal, estadual/departamental e municipal são responsáveis por trinta e nove das quarenta e sete unidades de saúde estudadas, o que inclui: postos de saúde, centros de saúde, unidades mistas, clínicas/ambulatórios e hospitais. O prestador do tipo Privado abrange apenas as empresas privadas que administram algumas clínicas/ambulatórios e consultórios que atendem a população colombiana do Departamento do Amazonas.

Tabela 11 - Unidades de saúde participantes do estudo segundo o tipo e o a modalidade de gestão dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Público Federal	Público Estadual/ Departamental	Público Municipal	Privado	Total
1. Posto de Saúde	0	0	3	0	3
2. Centro de Saúde	1	6	13	0	20
3. Unidade Mista	0	6	0	0	6
4. Hospital	2	4	0	0	6
5. Clínica/Ambulatório	4	0	0	5	9
6. Consultório	0	0	0	3	3
Total	7	16	16	8	47

7.4.2 Componentes da avaliação dos serviços de saúde

Todos os estabelecimentos de saúde selecionados para o estudo foram submetidos a entrevistas com os gestores, a partir de um questionário semi-estruturado contendo 26 perguntas que contemplaram o levantamento de dados relacionados a: a) prestação de serviços especializados; b) disponibilidade de leitos hospitalares; c) disponibilidade de recursos humanos; e d) mecanismos de referência e contra referência.

Considerando que os quarenta e sete estabelecimentos incluídos no estudo abrangem a totalidade do atendimento médico individual ofertado a população fronteiriça, o resultado deste levantamento pode representar uma aproximação fidedigna da situação de cobertura desse tipo de serviço na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Com relação aos serviços especializados, os gestores das unidades de saúde foram indagados sobre: 1) realização de ações de urgência e emergência nas especialidades clínicas, traumatológicas, pediátricas e cirúrgicas; 2) oferta de assistência a mulheres gestantes; 3) realização de consultas ambulatoriais especializadas; 4) realização de ações odontológicas especializadas; 5) disponibilidade de serviço de fisioterapia; 6) disponibilidade de laboratório de análises clínicas; 7) oferta de serviços de imagens; 8) realização de cirurgias eletivas nas áreas especializadas de cirurgia torácica, abdominal, oftalmológica, otorrinolaringológica, neurológica, pediátrica, ginecológica, bucomaxilofacial e outras; 9) atividades de controle da tuberculose; 10) atividades de controle da hipertensão arterial; 11) atividades de controle da Diabetes; 12) atividades para a erradicação da hanseníase; e 13) disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva.

Com relação aos leitos hospitalares, os gestores foram indagados sobre: 1) quantidade de leitos hospitalares em funcionamento; 2) disponibilidade de leitos de UTI; disponibilidade de leitos em unidade de recuperação (pós-cirúrgico); 3) disponibilidade de leitos para pré-parto; e 4) disponibilidade de leito para doenças crônicas (cuidados prolongados).

Com relação aos recursos humanos, os gestores foram indagados sobre: 1) quais profissionais especialistas a unidade de saúde dispunha, considerando as especialidades de: clínica geral, otorrinolaringologia, oftalmologia, vascular, pediatria, neurologia, cardiologia, ginecologia/obstetrícia, nefrologia, psiquiatria, pneumologia, oncologia, radiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia bucomaxilofacial, neurocirurgião, e outros.

Com relação aos mecanismos de transferência e contra-referência os gestores foram indagados sobre: 1) a procedência dos pacientes atendidos na unidade de saúde; 2) como ocorre o fluxo de demanda para a unidade de saúde; 3) a disponibilidade de mecanismos de referência e contra-referência quanto a: exames laboratoriais, exames de imagens, internação, realização de consultas especializadas, e realização de cirurgias especializadas; 4) realização de contra-referência de pacientes para a atenção básica; 5) se a unidade oferece todos os

serviços especializados que deveria; 6) se existe proposta de expansão de serviços especializados na unidade; e se existe proposta de expansão de leitos na unidade.

7.4.3 Assistência às urgências e emergências

A prestação de assistência às urgências e emergências foi identificada em vinte e três das quarenta e sete unidades de saúde pesquisadas (Tabela 12). Esses serviços estão presentes em sete das vinte e três unidades de saúde brasileiras que foram incluídas no estudo, em oito das dezesseis unidades de saúde colombianas e em todas as oito unidades de saúde peruanas que participaram da pesquisa.

Tabela 12 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	16	7	23
2-Colômbia	8	8	16
3-Peru	0	8	8
Total	24	23	47

Com relação aos tipos de unidades que prestam assistência às urgências e emergências (Tabela 13) observa-se que, no caso brasileiro, os serviços estão presentes em todas as seis unidades mistas e no único hospital de referência que foi incluído no estudo. No lado colombiano, todos os estabelecimentos do tipo Centro de Saúde e Hospital registram a existência desses procedimentos, enquanto nas Clínicas/Ambulatórios ocorre em quatro das nove unidades e estão ausentes nos Consultórios. No lado peruano observa-se que todas as oito unidades de saúde estudadas, sendo cinco Centros de Saúde e três hospitais prestam o serviço.

Considerando apenas os tipos de estabelecimentos que são comuns aos três lados da fronteira, observa-se que nenhum dos Centros de Saúde situados no lado brasileiro presta os serviços de urgência e emergência que, no lado colombiano e peruano da fronteira, estão presentes em

todas as unidades desse tipo. Já no caso dos hospitais, todos os sete estabelecimentos pesquisados, dos três lados da fronteira, referem a prestação da modalidade de assistência dirigida às urgências e emergências (Tabela 13).

Quando se considera os serviços de urgência e emergência ofertados por especialidades, observa-se que a abordagem das ocorrências clínicas aparece em todas as vinte e três unidades de saúde pesquisadas, cujos gestores declararam que realizam atividades de urgências e emergências. Na seqüência, as ocorrências pediátricas são abordadas por 20 unidades e as ocorrências traumáticas, abordadas por dezenove unidades. As ocorrências cirúrgicas ocupam a última posição, estando presentes em apenas doze unidades das vinte e três unidades de saúde pesquisadas que dispõem de serviços de urgência e emergência.

Tabela 13 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências, segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	3	0	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	13	0	13	0	2	2	0	5	5
3-Unidade Mista	0	6	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	0	2	2	0	3	3
5-Clinica/Ambulatório	-	-	-	5	4	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	3	0	3	-	-	-
Total	16	7	23	8	8	16	0	8	8

Na comparação entre dos serviços dos três lados da fronteira, considerando as ocorrências por especialidades, observa-se que: apesar de menos de um terço das unidades de saúde brasileiras estudadas prestarem assistência às urgências e emergências (sete das vinte e três unidades estudadas), quase a totalidade destas unidades oferecem atendimento em todas as áreas de especialidade. As urgências e emergências clínicas são abordadas pelas sete unidades de saúde brasileiras que ofertam serviços de urgência e emergência, enquanto as ocorrências de todas as outras especialidades são abordadas por seis das sete unidades (Tabela 14).

No lado colombiano da fronteira, a metade das unidades de saúde estudadas, afirmam que prestam serviços de urgência e emergência, ou seja, oito entre dezesseis unidades de saúde. A

totalidade delas informa que abordam ocorrências clínicas, sete abordam ocorrências traumáticas e apenas quatro as ocorrências cirúrgicas (Tabela 14).

No caso do Peru, com exceção das ocorrências cirúrgicas que são abordadas por apenas quatro das oito unidades incluídas no estudo, nas outras três especialidades a cobertura é praticamente completa, pois, a abordagem das ocorrências clínicas está presente em todas as oito unidades estudadas, a abordagem das ocorrências pediátricas acontece em sete unidades e das ocorrências traumáticas em seis unidades de saúde (Tabela 14).

Tabela 14 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo as especialidades disponíveis e o país de localização dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

PAIS	Clínica			Traumatologia			Pediatria			Cirurgia		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Brasil	16	7	23	17	6	23	17	6	23	17	6	23
2-Colômbia	8	8	16	9	7	16	9	7	16	14	2	16
3-Peru	0	8	8	2	6	8	1	7	8	4	4	8
Total	24	23	47	28	19	47	27	20	47	35	12	47

Do ponto de vista da espacialização dos recursos de atendimento às urgências e emergências (Quadro 6), observa-se uma distribuição regular do atendimento das ocorrências clínicas e uma variação no padrão de assistência às urgências e emergências traumáticas, pediátricas e cirúrgicas. Em todas as dezessete localidades incluídas no estudo, pelo menos uma das unidades de saúde abordada referiu a existência de serviços de urgência e emergência clínica. Na área de traumatologia, três localidades registram a ausência do serviço: Angamos (PE), Atalaia do Norte (BR) e Santa Rosa (PE). Na área de Pediatria, o atendimento se faz ausente em duas localidades: Santa Rosa (PE) e Tonantins (BR). Na área de cirurgia, se faz ausente em sete localidades: Amaturá (BR), Angamos (PE), Islândia (PE), Pedrera (CO), Puerto Nariño (CO), Santa Rosa (PE) e Tarapacá (CO).

Sendo assim, as urgências e emergências cirúrgicas são as que apresentam menor frequência de atendimento no conjunto das localidades inseridas na pesquisa, enquanto, Santa Rosa (PE) é a localidade investigada que apresenta o maior nível de carência de serviços de urgência e emergência, por dispor de atendimento apenas na área clínica. Na seqüência viriam as

localidades de Angamos (PE) e Atalaia do Norte (BR) que registram a existência desses serviços, apenas, nas áreas de clínica e pediatria (Quadro 6).

Serviços de urgência e emergência disponíveis por localidade				
Localidade	Urgências e emergências clínicas	Urgências e emergências traumáticas	Urgências e Emergências Pediátricas	Urgências e emergências cirúrgicas
Amaturá (BR)	SIM	SIM	SIM	NÃO
Angamos (PE)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Atalaia do Norte (BR)	SIM	NÃO	SIM	SIM
Benjamin Constant (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM
Caballococha (PE)	SIM	SIM	SIM	SIM
Iquitos (PE)	SIM	SIM	SIM	SIM
Islândia (PE)	SIM	SIM	SIM	NÃO
Letícia (CO)	SIM	SIM	SIM	SIM
Pedreira (CO)	SIM	SIM	SIM	NÃO
Puerto Nariño (CO)	SIM	SIM	SIM	NÃO
Santa Rosa (PE)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Santo Antônio do Içá (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM
São Paulo de Olivença (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM
Tabatinga (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM
Tarapacá (CO)	SIM	SIM	SIM	NÃO
Tonantins (BR)	SIM	SIM	NÃO	SIM
Total de unidades	23	19	20	12

Quadro 6 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo as especialidades disponíveis e a localidade dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Os dados coletados indicam, também, que sete das dezesseis localidades fronteiriças estudadas, registram a existência de serviços de urgência e emergência em todas as quatro áreas: clínica, traumatologia, pediatria e cirurgia. Entre estas localidades estão incluídos os municípios brasileiros de Benjamin Constant, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença e Tabatinga; o município colombiano de Letícia e os distritos Peruanos de Caballococha e Iquitos. Outras localidades registram a existência de serviços de urgência e emergência em pelo menos três áreas. É o caso dos municípios brasileiros de Amaturá e Tonantins e os municípios colombianos de Pedreira, Puerto Nariño e Tarapacá; e o distrito peruano de Islândia. (Quadro 6).

Quando se detalha a distribuição dos serviços de urgência e emergência por localidade e área de especialidade, percebe-se uma distinção entre as localidades que apresentam padrões equivalentes de abrangência de cobertura (Tabela 15).

Tabela 15 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às urgências e emergências segundo as especialidades disponíveis e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

LOCALIDADE	Urgências e emergências			Urgências e emergências clínicas			Urgências e emergências traumáticas			Urgências e emergências pediátricas			Urgências e emergências cirúrgicas		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Amaturá (BR)	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
Angamos (PE)	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	1	1	2	1	1	2	2	0	2	1	1	2	1	1	2
Benjamin Constant (BR)	4	1	5	4	1	5	4	1	5	4	1	5	4	1	5
Cabalococha (PE)	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	1	1	2
Iquitos (PE)	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3
Islândia (PE)	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
Letícia (CO)	8	5	13	8	5	13	9	4	13	9	4	13	11	2	13
Pedreira (CO)	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
Santa Rosa (PE)	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
São Paulo de Olivença (BR)	3	1	4	3	1	4	3	1	4	3	1	4	3	1	4
Tabatinga (BR)	6	1	7	6	1	7	6	1	7	6	1	7	6	1	7
Tarapacá (CO)	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
Tonantins (BR)	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	0	2	1	1	2
Total de unidades	24	23	47	24	23	47	28	19	47	27	20	47	35	12	47

Há situações como a dos municípios brasileiros de Benjamin Constant, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença e Tabatinga que registram a existência de mais de uma unidade, porém, somente uma delas apresenta serviços de atendimento às urgências e emergências em todas as áreas. Há também situações como a localidades peruana de Iquitos que apresenta mais de uma unidade com esse tipo de serviço e cada uma delas atende todas as áreas. Outra situação encontrada é da localidade de Letícia (CO), onde há mais de uma unidade de saúde que presta serviços em todas as áreas de urgência e emergência, porém, nem todas as unidades existentes prestam serviços dessa natureza (Tabela 15).

7.4.4 Assistência às mulheres gestantes

Na Tabela 16 temos o resultado da pergunta sobre a existência de prestação de serviços de assistência a gestante nas unidades de saúde que foram incluídas no estudo. A resposta foi positiva para todas unidades de saúde do Brasil e do Peru. No caso da Colômbia, a resposta obtida foi negativa para três das dezesseis unidades de saúde

Tabela 16 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	0	23	23
2-Colômbia	3	13	16
3-Peru	0	8	8
Total	3	44	47

Os dados da Tabela 17 mostram a situação da prestação de serviços de atendimento as gestantes, considerando o tipo e o país de a localização da unidade de saúde. Observa-se que dos três estabelecimentos colombianos que informaram não prestar este serviço, dois são do tipo clínica/ambulatório e um do tipo consultório.

Tabela 17 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	0	3	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	0	13	13	0	2	2	0	5	5
3-Unidade Mista	0	6	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	0	2	2	0	3	3
5-Clinica/Ambulatório	-	-	-	2	7	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	1	2	3	-	-	-
Total	0	23	23	3	13	16	0	8	8

A Tabela 18 especifica o tipo de serviços prestados as gestantes pelas unidades de saúde pesquisadas. Para tanto, os gestores foram indagados sobre a realização de Pré-Natal, exames de Ultra-Sonografia, Parto Normal, Parto Cesariano e Assistência a Gestantes de Alto Risco.

Os dados revelam que o tipo de serviço mais comum é o Pré-Natal, presente em trinta e nove das quarenta e sete unidades de saúde incluídas no estudo. O Parto Normal e a Assistência a Gestante de Alto Risco vem na seguida, cada uma delas presente em vinte e uma unidades. O Parto Cesariano foi registrado em catorze unidades e o exame de Ultra-Sonografia em treze unidades de saúde (Tabela 18).

Tabela 18 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo de serviço prestado e o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

PAÍS	Pré-Natal			Ultra-Sonografia			Parto Normal			Parto Cesariano			Gestante de Alto Risco		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Brasil	4	19	23	17	6	23	16	7	23	15	8	23	8	15	23
2-Colômbia	4	12	16	13	3	16	10	6	16	14	2	16	14	2	16
3-Peru	0	8	8	4	4	8	0	8	8	4	4	8	4	4	8
Total	8	39	47	34	13	47	26	21	47	33	14	47	26	21	47

Considerando os três lados da fronteira, separadamente, observa-se uma diferença quanto a estruturação dos diversos serviços de atenção a gestante. No lado brasileiro, os serviços mais comuns são o Pré-Natal, presente em dezenove das vinte e três unidades participantes do estudo. Na seqüência, a Assistência a Gestante de Alto Risco aparece em oito unidades, o Parto Cesariano em oito unidades, o Parto Normal em sete unidades e o exame de Ultra-Sonografia em seis unidades. No lado colombiano da fronteira, o serviço mais comum também é o Pré-Natal presente em 12 das dezesseis unidades de saúde incluídas no estudo. Porém, na seqüência vem o Parto Normal em seis unidades, o exame de Ultra-Sonografia em três unidades e o Parto Cesariano e a Assistência a Gestante de Alto Risco, cada uma delas presente em duas unidades de saúde pesquisadas. No lado peruano o Pré-Natal é citado como presente em todas as oito unidades de saúde incluídas no estudo. Entretanto, cada um dos demais serviços de assistência a gestante, aparece apenas em duas unidades de saúde pesquisadas (Tabela 18).

O Quadro 7 mostra distribuição geográfica dos serviços de assistência as gestantes na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Observa-se que todas as dezesseis localidades incluídas no estudo contam com pelo menos uma unidade de saúde onde serviços de Parto Normal e apenas uma localidade (Atalaia do Norte) refere a ausência completa de serviço de Pré-Natal. O serviço de Parto Cesariano e Assistência a Gestante de Alto Risco estão presentes em dez das dezesseis localidades estudadas, enquanto a Ultra-Sonografia foi encontrada em nove localidades.

Serviços de atendimento às mulheres gestantes disponíveis					
Localidade	Pré-Natal	Ultra-Sonografia	Parto Normal	Parto Cesariano	Gestante de Alto Risco
Amaturá (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Angamos (PE)	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Atalaia do Norte (BR)	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
Benjamin Constant (BR)	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
Caballococha (PE)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Iquitos (PE)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Islândia (PE)	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Letícia (CO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Pedreira (CO)	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Puerto Nariño (CO)	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Santa Rosa (PE)	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Santo Antônio do Içá (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
São Paulo de Olivença (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Tabatinga (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Tarapacá (CO)	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Tonantins (BR)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Total de Unidades com Serviços	39	13	21	14	21

Quadro 7 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo de serviço prestado e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Os dados do Quadro 7, mostram ainda que as dezesseis localidades estudadas podem ser divididas em três grupos. O primeiro constituído por oito localidades que oferecem todos os cinco tipos de serviços de assistência a mulheres gestantes. Neste se inclui: Amaturá (BR), Caballococha (PE), Iquitos (PE), Letícia (CO), Santo Antônio do Içá (BR), São Paulo de Olivença (BR), Tabatinga (BR), Tonantins (BR).

O segundo grupo, constituído por duas localidades que dispõe de quatro tipos de serviços, no qual se inclui Atalaia do Norte (BR) que não dispõe do serviço de Pré-Natal e Benjamin Constant (BR) que não dispõe de Ultra-Sonografia. O terceiro grupo, constituído por seis localidades que dispõe apenas de dois serviços (Pré-Natal e Parto Normal), no qual se inclui: Angamos (PE), Islândia (PE), Pedrera (CO), Puerto Nariño (CO), Santa Rosa (PE), Tarapacá (CO).

Tabela 19 - Unidades de saúde que dispõem de assistência às gestantes segundo o tipo de serviço prestado e a localidade sede dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

LOCALIDADE	Pré-Natal			Ultra-Sonografia			Parto Normal			Parto Cesáreo			Gestante de Alto Risco		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Amaturá (BR)	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
Angamos (PE)	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	2	0	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Benjamin Constant (BR)	0	5	5	5	0	5	4	1	5	4	1	5	0	5	5
Cabalococha (PE)	0	2	2	1	1	2	0	2	2	1	1	2	1	1	2
Iquitos (PE)	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3
Islândia (PE)	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
Letícia (CO)	4	9	13	10	3	13	10	3	13	11	2	13	11	2	13
Pedrera (CO)	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
Santa Rosa (PE)	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	0	2	2
São Paulo de Olivença (BR)	0	4	4	3	1	4	3	1	4	3	1	4	2	2	4
Tabatinga (BR)	0	7	7	6	1	7	6	1	7	5	2	7	4	3	7
Tarapacá (CO)	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
Tonantins (BR)	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Total de unidades	8	39	47	34	13	47	26	21	47	33	14	47	26	21	47

Quanto a distribuição dos serviços pelas unidades de saúde, em cada localidade, a Tabela 19 indica que nas quinze localidades que atestam a existência de Pré-Natal, o serviço está presente em todas as unidades de saúde que foram pesquisadas. Já o serviço de Assistência de a Gestante de Alto Risco, nas dez localidades que registram a sua existência, em pelo menos localidades o procedimento é realizado por todas as unidades de saúde pesquisadas.

7.4.5 Assistência ambulatorial especializada

A Tabela 20 mostra a distribuição dos serviços de consulta ambulatorial especializada segundo o país de localização das unidades de saúde. Ao todo, treze das quarenta e sete unidades de saúde pesquisadas, registram esse tipo de procedimento, sendo: cinco no lado brasileiro da fronteira, cinco no lado colombiano e três no lado peruano.

Tabela 20 - Unidades de saúde que dispõem de assistência ambulatorial especializada segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	18	5	23
2-Colômbia	11	5	16
3-Peru	5	3	8
Total	34	13	47

A Tabela 21 mostra a distribuição da assistência ambulatorial especializada por tipo de unidade de saúde e segundo o país de localização. No lado brasileiro esse tipo de procedimento está concentrado em quatro dos treze Centros de Saúde e no Hospital de Tabatinga. Chama a atenção que nenhuma das Unidades Mistas prestam esse tipo de serviço.

Tabela 21 - Unidades de saúde que dispõem de assistência ambulatorial especializada segundo o tipo e o país de localização dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	3	0	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	9	4	13	2	0	2	5	0	5
3-Unidade Mista	6	0	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	1	1	2	0	3	3
5-Clinica/Ambulatório	-	-	-	6	3	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	2	1	3	-	-	-
Total	18	5	23	11	5	16	5	3	8

No lado colombiano o atendimento ambulatorial especializado está presente em cinco das dezesseis unidades de saúde pesquisadas, concentrando-se em Letícia, no Hospital San Rafael que é unidade de referência no atendimento de demandas de nível secundário para todo o Departamento do Amazonas e nas Clínicas/Ambulatórios e Consultórios que são estruturas privadas. No lado peruano da fronteira, o atendimento ambulatorial especializado ocorre apenas nas três estruturas hospitalares que estão localizadas na cidade de Iquitos (Tabela 21).

Na Tabela 22 fica demonstrado que somente quatro das dezesseis localidades da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, dispõem de algum serviço de assistência ambulatorial especializado que são: Benjamin Constant e Tabatinga no lado brasileiro, Letícia no lado colombiano e Iquitos no lado peruano.

Tabela 22 - Unidades de saúde que dispõem de assistência ambulatorial especializada por localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

LOCALIDADE	NÃO	SIM	TOTAL
Amaturá (BR)	1	0	1
Angamos (PE)	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	2	0	2
Benjamin Constant (BR)	4	1	5
Caballococha (PE)	2	0	2
Iquitos (PE)	0	3	3
Islândia (PE)	1	0	1
Letícia (CO)	8	5	13
Pedreira (CO)	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	1	0	1
Santa Rosa (PE)	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	2	0	2
São Paulo de Olivença (BR)	4	0	4
Tabatinga (BR)	3	4	7
Tarapacá (CO)	1	0	1
Tonantins (BR)	2	0	2
Total de unidades	34	13	47

7.4.6 Assistência odontológica especializada

A Tabela 23 mostra a distribuição dos serviços de assistência odontológica especializada. Nos quarenta e sete estabelecimentos que foram pesquisados, a prestação desse serviço que estava presente em oito das vinte e três unidades de saúde brasileiras, duas das dezesseis unidades colombianas e cinco das oito unidades peruanas.

Tabela 23 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica segundo o país de localização do estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	15	8	23
2-Colômbia	14	2	16
3-Peru	3	5	8
Total	32	15	47

Na Tabela 24 é possível perceber que, no lado brasileiro da fronteira, a prestação de serviço de assistência odontológica especializada ocorre em todos tipos de unidade de saúde. No lado colombiano, esse procedimento aparece apenas em um dos Hospitais e uma das Clínicas/Ambulatórios. Já no lado peruano, o serviço se distribui entre Centros de Saúde e dois Hospitais.

Tabela 24 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica segundo o tipo de estabelecimento da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	2	1	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	8	5	13	2	0	2	2	3	5
3-Unidade Mista	5	1	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	2	0	2	1	2	3
5-Clinica/Ambulatório	-	-	-	7	2	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	3	0	3	-	-	-
Total	15	8	23	14	2	16	3	5	8

A distribuição geográfica da assistência odontológica especializada (Tabela 25) mostra que apenas oito das dezesseis localidades participantes do estudo oferece esse tipo de serviço. Destas localidades, quatro são brasileiras: Atalaia do Norte, Benjamim Constant, Tabatinga e

Tonantins; uma é colombiana: Letícia; e três são peruanas: Caballococha, Iquitos e Islândia. Nesse caso, merece destaque as localidades de Caballococha (PE) que mantém o serviço em todas os estabelecimentos pesquisados e Tabatinga (BR) que presta esse tipo de atendimento em cinco de suas sete unidades de saúde.

Tabela 25 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica segundo a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Não	Sim	Total
Amaturá (BR)	1	0	1
Angamos (PE)	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	1	1	2
Benjamin Constant (BR)	4	1	5
Caballococha (PE)	0	2	2
Iquitos (PE)	1	2	3
Islândia (PE)	0	1	1
Letícia (CO)	11	2	13
Pedreira (CO)	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	1	0	1
Santa Rosa (PE)	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	2	0	2
São Paulo de Olivença (BR)	4	0	4
Tabatinga (BR)	2	5	7
Tarapacá (CO)	1	0	1
Tonantins (BR)	1	1	2
Total de unidades com Serviços	32	15	47

Quando se leva em conta a oferta de serviços de assistência odontológica nas especialidades clínicas e cirúrgicas é possível observar uma diferença na abrangência da cobertura (Tabela 26). Em quatro das oito localidades onde se dispõe do serviço, as unidades de saúde abordam somente as ocorrências clínicas.

É o caso Benjamin Constant (BR), Iquitos (PE), Islândia (PE) e Tonantins (BR). Nas outras quatro localidades são ofertados atendimentos nas duas especialidades odontológicas. É o caso de Atalaia do Norte (BR), Caballococha (PE), Letícia (CO) e Tabatinga (BR).

Tabela 26 - Unidades de saúde que dispõem de assistência odontológica por tipo de serviço segundo a localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Assistência Odontológica Clínica			Assistência Odontológica Cirúrgica		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Amaturá (BR)	1	0	1	1	0	1
Angamos (PE)	1	0	1	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	1	1	2	1	1	2
Benjamin Constant (BR)	4	1	5	5	0	5
Caballococha (PE)	0	2	2	1	1	2
Iquitos (PE)	1	2	3	3	0	3
Islândia (PE)	0	1	1	1	0	1
Letícia (CO)	11	2	13	12	1	13
Pedreira (CO)	1	0	1	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	1	0	1	1	0	1
Santa Rosa (PE)	1	0	1	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	2	0	2	2	0	2
São Paulo de Olivença (BR)	4	0	4	4	0	4
Tabatinga (BR)	2	5	7	2	5	7
Tarapacá (CO)	1	0	1	1	0	1
Tonantins (BR)	1	1	2	2	0	2
Total de unidades	32	15	47	39	8	47

7.4.7 Assistência fisioterápica

A Tabela 27 expõe os dados sobre a distribuição dos serviços e fisioterapia entre as unidades de saúde participantes do estudo. Nos três lados da fronteira, apenas onze estabelecimentos informaram que oferecem esse tipo de assistência. Uma entre as vinte e três unidades de saúde brasileiras pesquisadas, seis entre as dezesseis unidades colombianas e quatro das oito unidades peruanas.

Tabela 27 - Unidades de saúde que dispõem de assistência fisioterápica segundo o país de localização do estabelecimento da trílice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	22	1	23
2-Colômbia	10	6	16
3-Peru	4	4	8
Total	36	11	47

Em relação à prestação do serviço de fisioterapia por tipo de unidades a Tabela 28 mostra que no lado brasileiro da fronteira, o procedimento está restrito ao único estabelecimento hospitalar de toda a região do Alto Solimões. No lado colombiano, além de um dos três hospitais, cinco dos nove estabelecimentos do tipo Clínica/Ambulatório também oferecem o serviço. No lado peruano, um centro de saúde e todos os três hospitais pesquisados afirmaram prestar assistência fisioterápica.

Tabela 28 - Unidades de saúde que dispõem de assistência fisioterápica segundo o tipo de estabelecimento da trílice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo De Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	3	0	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	13	0	13	2	0	2	4	1	5
3-Unidade Mista	6	0	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	1	1	2	0	3	3
5-Clinica/Ambulatório	-	-	-	4	5	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	3	0	3	-	-	-
Total	22	1	23	10	6	16	4	4	8

Na distribuição geográfica da assistência em fisioterapia (Tabela 29) fica nítida a excessiva concentração dos serviços que se fazem presentes em, apenas, quatro das dezesseis localidades pesquisadas. O atendimento ocorre em todas as três unidades de saúde participantes do estudo na cidade de Iquitos (PE), na única unidade de saúde de Islândia (PE),

em seis das treze unidades participantes de Leticia (CO) e em uma das sete unidades de saúde avaliadas de Tabatinga (BR).

Tabela 29 - Unidades de saúde que dispõem de assistência fisioterápica segundo a localidade sede dos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Não	Sim	Total
Amaturá (BR)	1	0	1
Angamos (PE)	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	2	0	2
Benjamin Constant (BR)	5	0	5
Caballococha (PE)	2	0	2
Iquitos (PE)	0	3	3
Islândia (PE)	0	1	1
Leticia (CO)	7	6	13
Pedreira (CO)	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	1	0	1
Santa Rosa (PE)	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	2	0	2
São Paulo de Olivença (BR)	4	0	4
Tabatinga (BR)	6	1	7
Tarapacá (CO)	1	0	1
Tonantins (BR)	2	0	2
Total de unidades	36	11	47

7.4.8 Exames complementares laboratoriais

A Tabela 30 apresenta os resultados do levantamento sobre a disponibilidade de serviços de Laboratório de Análises Clínicas. A resposta foi positiva para vinte e três das quarenta e sete unidades de saúde pesquisadas, sendo sete das vinte e três unidades de saúde brasileira incluídas no estudo, oito das dezesseis unidades colombiana e todas as oito unidades peruanas que foram estudadas.

Tabela 30 - Unidades de saúde que dispõem de exames laboratoriais segundo o país de localização do estabelecimento da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	16	7	23
2-Colômbia	8	8	16
3-Peru	0	8	8
Total	24	23	47

Em relação a distribuição dos serviços de Laboratório de Análises Clínicas por tipo de unidades de saúde (Tabela 31), pode-se observar que nos três lados da fronteira predomina a oferta desse serviço na totalidade dos Hospitais e das Unidades Mistas, assim como em todos os Centros de Saúde da Colômbia e do Peru. Nas unidades do tipo Clínica/Ambulatório, que são exclusivas do lado colombiano da fronteira, apenas quatro entre nove estabelecimentos registram a presença desse tipo de serviço.

Tabela 31 - Unidades de saúde que dispõem de exames laboratoriais segundo o tipo de estabelecimento da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	3	0	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	13	0	13	0	2	2	0	5	5
3-Unidade Mista	0	6	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	0	2	2	0	3	3
5-Clinica/Ambulatório	-	-	-	5	4	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	3	0	3	-	-	-
Total	16	7	23	8	8	16	0	8	8

Na distribuição espacial dos serviços de Laboratório de Análises Clínicas (Tabela 32) demonstra-se que esses procedimentos estão presentes em todas as localidades participantes do estudo. O serviço está presente, também, na totalidade das unidades de saúde estudadas de nove das dezesseis localidades.

Há, também, localidades que apresentam serviço de Laboratório de Análises Clínicas na quantidade reduzida de unidades em relação ao volume de unidades disponíveis. Em Benjamin Constant (BR) o serviço está presente em apenas uma das cinco unidades de saúde.

Em Letícia (CO), o serviço está presente em cinco das treze unidades de saúde estudadas. Em São Paulo de Olivença (BR) o serviço é ofertado apenas em um dos quatro estabelecimentos. Em Tabatinga, somente uma das sete unidades de saúde pesquisadas.

Tabela 32 - Unidades de saúde que dispõem de exames laboratoriais, por localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Não	Sim	Total
Amaturá (BR)	0	1	1
Angamos (PE)	0	1	1
Atalaia do Norte (BR)	1	1	2
Benjamin Constant (BR)	4	1	5
Caballococha (PE)	0	2	2
Iquitos (PE)	0	3	3
Islândia (PE)	0	1	1
Letícia (CO)	8	5	13
Pedreira (CO)	0	1	1
Puerto Nariño (CO)	0	1	1
Santa Rosa (PE)	0	1	1
Santo Antônio do Içá (BR)	1	1	2
São Paulo de Olivença (BR)	3	1	4
Tabatinga (BR)	6	1	7
Tarapacá (CO)	0	1	1
Tonantins (BR)	1	1	2
Total de unidades	24	23	47

7.4.9 Exames complementares de Imagens

A Tabela 33 apresenta os resultados sobre a oferta de serviços de exames de imagens nas quarenta e sete unidades de saúde incluídas no estudo. Dezesesseis estabelecimentos dispõem desses recursos sendo oito entre os vinte e três do Brasil, quatro entre os dezesseis da Colômbia e Quatro entre os oito do Peru.

Tabela 33 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens segundo o país de localização do estabelecimento da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	15	8	23
2-Colômbia	12	4	16
3-Peru	4	4	8
Total de unidades	31	16	47

Em relação ao Tipo de Unidade que presta os serviços de exames de imagens, a Tabela 34 mostra que apenas dois dos vinte Centros de Saúde executam o procedimento que está presente em todas as unidades mistas e hospitais pesquisados.

Entre as unidades de saúde brasileiras, o serviço ocorre em oito dos vinte e três estabelecimentos sendo: um dos treze Centros de Saúde, todas as seis Unidades Mistas e no único Hospital de referência regional do Alto Solimões. No lado colombiano os exames de imagens ocorrem nos dois Hospitais e em duas das nove unidades do tipo Clínica/Ambulatório. No lado peruano, estão presentes em um dos cinco Centros de Saúde e em todos os três Hospitais pesquisados.

Tabela 34 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens segundo o tipo e a localização do estabelecimento de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	3	0	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	12	1	13	2	0	2	4	1	5
3-Unidade Mista	0	6	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	0	2	2	0	3	3
5-Clinica/Ambulatório	-	-	-	7	2	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	3	0	3	-	-	-
Total	15	8	23	12	4	16	4	4	8

Considerando os tipos de exames de imagens realizados por cada uma das unidades de saúde, a Tabela 35 mostra que a Radiografia Simples está presente em dezesseis das quarenta e sete

estabelecimentos pesquisados, enquanto a Ressonância Magnética está completamente ausente, a Tomografia Computadorizada aparece em dois e a Radiografia Com Contraste em cinco estabelecimentos.

Ressalte-se que a Tomografia Computadorizada ocorre apenas no lado peruano da fronteira. Já a Radiografia Com Contraste, apesar de se fazer presente nos três lados da fronteira, ocorre apenas em uma das vinte e três unidades de saúde brasileiras, em duas das dezesseis unidades colombianas e em duas das oito unidades peruanas que foram estudadas (Tabela 35).

Tabela 35 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens por tipo de serviço oferecido nos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Radiografia Simples			Radiografia Com Contraste			Tomografia Computadorizada			Ressonância Magnética		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Brasil	15	8	23	22	1	23	23	0	23	23	0	23
2-Colômbia	12	4	16	14	2	16	16	0	16	16	0	16
3-Peru	4	4	8	6	2	8	6	2	8	8	0	8
Total	31	16	47	42	5	47	45	2	47	47	0	47

Desta forma, fica evidente baixa disponibilidade de todos os serviços de imagem, a carência maior dos exames mais complexos e a excessiva concentração dos exames em poucas unidades de saúde, mesmo no caso da Radiografia Simples que aparece em menos da metade das unidades de saúde participantes do estudo.

O Quadro 8 apresenta a situação de distribuição geográfica dos recursos de diagnóstico por imagens, considerando a localidade sede e os tipos de procedimento ofertados pelas unidades de saúde pesquisadas.

Observa-se nesse caso que em cinco das dezesseis localidades incluídas no estudo inexistem qualquer tipo de exame de imagem. É o caso de Angamos (PE), Islândia (PE), Pedrera (CO), Santa Rosa (PE) e Tarapacá (CO). Em outras oito localidades fronteiriças, dispõem-se apenas do exame de Radiografia Simples. É o caso de Amaturá (BR), Atalaia do Norte (BR), Benjamin Constant (BR), Caballococha (PE), Puerto Nariño (CO), São Paulo de Olivença (BR), Tabatinga (BR) e Tonantins (BR). Em duas localidades dispõem-se de exames de Radiografia Simples e Radiografia Com Contraste, no caso: Letícia (CO), Santo Antônio do

Içá (BR). Por fim, uma única localidade dispõe de três dos quatro tipos de exames de imagem: Iquitos (PE).

Serviços de exames complementares de imagem disponíveis				
Localidade	Radiografia Simples	Radiografia com Contraste	Tomografia Computadorizada	Ressonância Magnética
Amaturá (BR)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Angamos (PE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Atalaia do Norte (BR)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Benjamin Constant (BR)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Cabalococha (PE)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Iquitos (PE)	SIM	SIM	SIM	NÃO
Islândia (PE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Letícia (CO)	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Pedreira (CO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Puerto Nariño (CO)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Santa Rosa (PE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Santo Antônio do Içá (BR)	SIM	SIM	NÃO	NÃO
São Paulo de Olivença (BR)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Tabatinga (BR)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Tarapacá (CO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Tonantins (BR)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Total de unidades com exames	16	5	2	0

Quadro 8 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens por localidade e tipo de serviço oferecido pelos estabelecimentos da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Considerando a distribuição dos exames de imagem por unidades de saúde em cada localidade participante do estudo (Tabela 36), observa-se um grau maior de concentração dos recursos diagnósticos. Os dois serviços de exame de Tomografia Computadorizada, disponíveis em toda a zona da tríplex fronteira, por exemplo, estão concentrados em duas unidades de saúde de Iquitos (PE).

Quanto aos exames de Radiografia Contrastada, os únicos cinco serviços disponíveis estão concentrados em cinco das quarenta e sete unidades pesquisadas que se limitam a três localidades sendo: dois serviços em Iquitos (PE), dois serviços em Letícia (CO) e um serviço em Santo Antônio do Içá (Tabela 36).

Tabela 36 - Unidades de saúde que dispõem de exames de imagens por tipo de serviço oferecido e a localidade sede dos estabelecimentos de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Radiografia Simples			Radiografia com Contraste			Tomografia Computadorizada			Ressonância Magnética		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Amaturá (BR)	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Angamos (PE)	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	1	1	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
Benjamin Constant (BR)	4	1	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5
Cabalococha (PE)	1	1	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
Iquitos (PE)	0	3	3	1	2	3	1	2	3	3	0	3
Islândia (PE)	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Letícia (CO)	10	3	13	11	2	13	13	0	13	13	0	13
Pedreira (CO)	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Santa Rosa (PE)	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	1	1	2	1	1	2	2	0	2	2	0	2
São Paulo de Olivença (BR)	3	1	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4
Tabatinga (BR)	5	2	7	7	0	7	7	0	7	7	0	7
Tarapacá (CO)	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Tonantins (BR)	1	1	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
Total de unidades	31	16	47	42	5	47	45	2	47	47	0	47

Ressalte-se a ausência desse serviço de diagnóstico por imagem na localidade de Tabatinga (BR) onde se localiza o Hospital Regional do Alto Solimões. O próprio exame de Radiografia Simples que é o mais comum na zona de fronteira, apresenta uma relativa concentração, uma vez que, apesar de estar presente em onze das dezesseis localidades fronteiriças, encontra-se disponível em apenas dezesseis das quarenta e sete unidades de saúde pesquisadas (Tabela 36).

7.4.10 Cirurgias eletivas

A Tabela 37 apresenta os dados sobre a oferta de serviços de cirurgias eletivas na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Ao todo, onze das quarenta e sete unidades de saúde pesquisadas responderam que dispõem desse tipo de serviço. São seis entre as vinte e três unidades brasileiras, duas entre as dezesseis unidades colombianas e três entre as oito unidades peruanas.

Tabela 37 - Unidades de saúde que dispõem de serviços de cirurgias eletivas segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	17	6	23
2-Colômbia	14	2	16
3-Peru	5	3	8
Total	36	11	47

É possível verificar pelos resultados do levantamento, que existe uma escassez e grande concentração de serviços de cirurgia eletiva em alguns pontos da tríplice fronteira, onde apenas oito das dezesseis localidades dispõem de unidades que executam cirurgias programadas. São seis entre as sete localidades brasileiras e não mais que uma entre as quatro localidades colombianas e uma entre as cinco localidades peruanas. Ou seja, respectivamente: Atalaia do Norte (BR), Benjamin Constant (BR), Santo Antônio do Içá (BR), São Paulo de Olivença (BR), Tabatinga (BR), Tonantins (BR), Letícia (CO) e Iquitos (PE) (Tabela 38 e Tabela 39).

Sendo assim, em termos geográficos, pode até parecer que a cirurgia eletiva tem uma distribuição mais equitativa no lado brasileiro da fronteira. Do ponto de vista da variedade de serviços, no entanto, é no lado colombiano e peruano que se encontra a melhor situação. Isso porque tanto em Letícia (CO) quanto em Iquitos (PE) são oferecidas sete das oito especialidades cirúrgicas que foram avaliadas, enquanto nas seis localidades brasileiras a oferta se resume a quatro tipos de serviços. Além da concentração de unidades que prestam serviços cirúrgicos especializados em poucas localidades, também existe uma concentração de determinados tipos de serviços especializados em alguns estabelecimentos (Tabela 40).

A Tabela 40 mostra que a cirurgia abdominal pode ser considerada especialidade cirúrgica mais comum de toda a área fronteira entre Brasil, Colômbia, Peru, por ser encontrada em todos as onze estabelecimentos que informaram dispor da oferta de cirurgia eletiva. Pela ordem, segue a cirurgia ginecológica, presente em nove unidades, a cirurgia pediátrica, em cinco unidades e a cirurgia oftalmológica em quatro unidades. As áreas de otorrinolaringologia, neurologia e de cirurgia bucomaxilofacial estão presentes em três unidades, cada uma delas. Desta forma, em contraponto à cirurgia abdominal a cirurgia

torácica pode ser considerada a especialidade cirúrgica mais escassa, estando disponível, apenas, em um estabelecimento de saúde situado em Letícia (CO).

Tabela 38 - Unidades de saúde que dispõem de serviços de cirurgias eletivas por localidade sede dos estabelecimentos de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

LOCALIDADE	NÃO	SIM	TOTAL
Amaturá (BR)	1	0	1
Angamos (PE)	1	0	1
Atalaia do Norte (BR)	1	1	2
Benjamin Constant (BR)	4	1	5
Cabalococha (PE)	2	0	2
Iquitos (PE)	0	3	3
Islândia (PE)	1	0	1
Letícia (CO)	11	2	13
Pedreira (CO)	1	0	1
Puerto Nariño (CO)	1	0	1
Santa Rosa (PE)	1	0	1
Santo Antônio do Içá (BR)	1	1	2
São Paulo de Olivença (BR)	3	1	4
Tabatinga (BR)	6	1	7
Tarapacá (CO)	1	0	1
Tonantins (BR)	1	1	2
Total de unidades	36	11	47

Em resumo, apenas onze dos quarenta e sete estabelecimentos de saúde pesquisados, prestam serviços de cirurgias eletivas e estes, se concentram em oito das dezesseis localidades, sendo que dois estabelecimentos localizados em Letícia (CO) e três estabelecimentos localizados em Iquitos (PE) concentram praticamente todos os tipos de serviços de cirurgia especializada existentes na zona de fronteira. No caso de Letícia (CO), a cirurgia neurológica é a única área não disponível, assim como a cirurgia torácica é a única que está ausente na rede assistencial de Iquitos (PE). No restante das localidades fronteiriças, a situação é muito diferente daquela encontrada em Letícia (CO) e Iquitos (PE). Isso porque, além de oito das dezesseis localidades não disporem de nenhum serviço de cirurgia eletiva, em dois deles: Santo Antônio do Içá (BR) e Tabatinga (BR) são oferecidos apenas três especialidades cirúrgicas; em três localidades: Atalaia do Norte (BR), Benjamin Constant (BR) e São Paulo de Olivença (BR) são oferecidas apenas duas especialidades; enquanto Tonantins (BR) oferece apenas uma especialidade (Tabela 40).

Tabela 39 - Unidades de saúde que realizam cirurgias eletivas por especialidade segundo o país de localização dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

PAÍS	Cirurgia Torácica			Cirurgia Abdominal			Cirurgia Oftalmológica			Cirurgia Otorrinológica			Cirurgia Neurológica			Cirurgia Pediátrica			Cirurgia Ginecológica			Cirurgia Bucomaxilofacial		
	Não	Sim	Tot	Não	Sim	Tot	Não	Sim	Tot	Não	Sim	Tot	Não	Sim	Tot	Não	Sim	Tot	Não	Sim	Tot	Não	Sim	Tot
1-Brasil	23	0	23	17	6	23	23	0	23	23	0	23	23	0	23	21	2	23	19	4	23	22	1	23
2-Colômbia	15	1	16	14	2	16	14	2	16	15	1	16	16	0	16	15	1	16	14	2	16	15	1	16
3-Peru	8	0	8	5	3	8	6	2	8	6	2	8	5	3	8	6	2	8	5	3	8	7	1	8
Total de unidades	46	1	47	36	11	47	43	4	47	44	3	47	44	3	47	42	5	47	38	9	47	44	3	47

Tabela 40 - Unidades de saúde com cirurgias eletivas por especialidades segundo a localidade sede dos estabelecimentos na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Cirurgia Torácica	Cirurgia Abdominal	Cirurgia Oftalmológica	Cirurgia Otorrinológica	Cirurgia Neurológica	Cirurgia Pediátrica	Cirurgia Ginecológica	Cirurgia Bucomaxilofacial
Amaturá (BR)	0	0	0	0	0	0	0	0
Angamos (PE)	0	0	0	0	0	0	0	0
Atalaia do Norte (BR)	0	1	0	0	0	0	1	0
Benjamin Constant (BR)	0	1	0	0	0	0	1	0
Cabalococha (PE)	0	0	0	0	0	0	0	0
Iquitos (PE)	0	3	2	2	3	2	3	1
Islândia (PE)	0	0	0	0	0	0	0	0
Letícia (CO)	1	2	2	1	0	1	2	1
Pedreira (CO)	0	0	0	0	0	0	0	0
Puerto Nariño (CO)	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Rosa (PE)	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Içá (BR)	0	1	0	0	0	1	1	0
São Paulo de Olivença (BR)	0	1	0	0	0	0	1	0
Tabatinga (BR)	0	1	0	0	0	1	0	1
Tarapacá (CO)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tonantins (BR)	0	1	0	0	0	0	0	0
Total de unidades	1	11	4	1	3	3	9	3

7.4.11 Controle de enfermidades endêmicas

A Tabela 41 apresenta os dados sobre a disponibilidade de programas de controle das principais endemias na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. A ação com maior cobertura encontrada entre as quarenta e sete unidades de saúde pesquisadas foi o Controle da Hipertensão Arterial presente em quarenta e um estabelecimentos. Na seqüência, o Controle da Tuberculose aparece em trinta e nove estabelecimentos, o Controle das Diabetes em trinta e sete estabelecimentos e o Controle da Hanseníase em trinta e dois. Em termos absolutos, essas ações se mostraram bastante frequentes em toda a rede assistencial, sendo contempladas pela maioria das unidades de saúde. O que muda de um lado para outro da fronteira é a ordem com que os programas aparecem no conjunto dos estabelecimentos..

Tabela 41 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle de endemias, por enfermidade, segundo o país de localização do estabelecimento na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Controle da Tuberculose			Controle da Hipertensão			Controle da Diabetes			Controle da Hanseníase		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Brasil	2	21	23	3	20	23	3	20	23	5	18	23
2-Colômbia	5	11	16	3	13	16	3	13	16	6	10	16
3-Peru	1	7	8	0	8	8	4	4	8	4	4	8
Total	8	39	47	6	41	47	10	37	47	15	32	47

Nas vinte e três unidades de saúde brasileiras que fizeram parte do estudo, a disponibilidade, o Controle da Tuberculose apareceu em vinte e um estabelecimentos; o Controle da Hipertensão Arterial e o Controle das Diabetes em vinte; e o Controle da Hanseníase em dezoito estabelecimentos. Nas dezesseis unidades de saúde colombianas, o Controle da Hipertensão Arterial e o Controle das Diabetes apareceram em treze estabelecimentos; o Controle da Tuberculose em onze; e o Controle da Hanseníase em dez. Nas oito unidades de saúde peruanas, o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica apareceu em oito estabelecimentos; o Controle da Tuberculose em sete; enquanto o Controle das Diabetes e o Controle da Hanseníase apareceram em quatro estabelecimentos.

Sendo assim, o lado peruano da fronteira é onde ocorre a maior variação de número de estabelecimentos comprometidos com as ações programáticas de controle das endemias, sendo identificado que não mais que a metade das suas unidades de saúde estudadas atuam no enfrentamento da Hanseníase e das Diabetes.

As próximas tabelas apresentam os dados das ações programáticas desenvolvidas para cada uma das endemias nas unidades de saúde participantes do estudo. A Tabela 42 apresenta os resultados da cobertura de serviços de Controle da Tuberculose segundo a distribuição por tipo de estabelecimento e o país de localização. Observa-se que no caso das localidades brasileiras, as ações programáticas, presentes em vinte uma das vinte e três unidades, atingem todos Postos de Saúde, Centros de Saúde e a unidade hospitalar.

Tabela 42 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle da tuberculose, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	BRASIL			COLÔMBIA			PERU		
	NÃO	SIM	TOTAL	NÃO	SIM	TOTAL	NÃO	SIM	TOTAL
1-Posto de Saúde	0	3	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	0	13	13	0	2	2	1	4	5
3-Unidade Mista	2	4	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	1	1	2	0	3	3
5-Clínica/Ambulatório	-	-	-	2	7	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	2	1	3	-	-	-
Total	2	21	23	5	11	16	1	7	8

A exceção fica por conta das Unidades Mistas onde o serviço é mantido apenas em quatro dos seis estabelecimentos existentes. Entre as unidades de saúde colombianas, a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose ocorre nos dois Centros de Saúde, em um dos dois Hospitais, em sete das nove Clínicas/Ambulatórios e em um dos três Consultórios. Entre as unidades de saúde peruanas, o Controle da Tuberculose ocorre em todos os três Hospitais, além de estar presente em quatro dos cinco Centros de Saúde (Tabela 42).

A Tabela 43 apresenta os resultados da cobertura de serviços de Controle Hipertensão arterial. Nas localidades brasileiras, as ações programáticas, presentes em vinte das vinte e três unidades, atingem todos Postos e Centros de Saúde e a unidade hospitalar, sendo que, nas

Unidades Mistas, o serviço está presente apenas em três dos seis estabelecimentos existentes. Entre as unidades de saúde colombianas, o Controle da Hipertensão Arterial ocorre nos dois Centros de Saúde, nos dois Hospitais, em sete das nove Clínicas/Ambulatórios e em dois dos três Consultórios. Entre as unidades de saúde peruanas o Controle da Hipertensão Arterial está presente em todos os cinco Centros de Saúde e em todos os três Hospitais e ou seja, atinge a totalidade dos estabelecimentos estudados.

Tabela 43 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle da hipertensão arterial, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	0	3	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	0	13	13	0	2	2	0	5	5
3-Unidade Mista	3	3	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	0	2	2	0	3	3
5-Clínica/Ambulatório	-	-	-	2	7	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	1	2	3	-	-	-
Total	3	20	23	3	13	16	0	8	8

A Tabela 44 apresenta os resultados da cobertura de serviços de Controle da Diabetes, que, nas localidades brasileiras, repetiu o desempenho da Hipertensão Arterial com as ações programáticas acontecendo em vinte das vinte e três unidades e atingindo todos Postos de Saúde, Centros de Saúde e unidade hospitalar, além de três das seis Unidades Mistas.

Do mesmo modo, entre as unidades de saúde colombianas, o Controle da Diabetes repete rigorosamente a situação da Hipertensão Arterial, estando presente nos dois Centros de Saúde, nos dois Hospitais, em sete das nove Clínicas/Ambulatórios e em dois dos três Consultórios. Entre as unidades de saúde peruanas o Controle da Diabetes está presente em dois dos cinco Centros de Saúde e dois dos três Hospitais estudados.

Tabela 44 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle das diabetes, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Brasil			Colômbia			Peru		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Posto de Saúde	0	3	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	0	13	13	0	2	2	3	2	5
3-Unidade Mista	3	3	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	0	2	2	1	2	3
5-Clínica/Ambulatório	-	-	-	2	7	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	1	2	3	-	-	-
Total	3	20	23	3	13	16	4	4	8

A Tabela 45 apresenta os resultados da cobertura de serviços de Controle da Hanseníase, cuja presença nas localidades brasileiras atinge dezoito das vinte e três unidades. As ações programáticas desta enfermidade, acontecem apenas em dois dos três Postos de Saúde, doze dos treze Centros de Saúde, três das seis Unidades Mistas e na unidade hospitalar. Nas unidades de saúde colombianas, o Controle da Hanseníase também ocorre nos dois Centros de Saúde existentes, nos dois Hospitais, em cinco das nove Clínicas/Ambulatórios e em um dos três Consultórios. Entre as unidades de saúde peruanas o Controle da Hanseníase está presente em, apenas, um dos cinco Centros de Saúde e nos três Hospitais estudados.

Tabela 45 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle da hanseníase, segundo o país de localização dos estabelecimentos, na tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	BRASIL			COLÔMBIA			PERU		
	NÃO	SIM	TOTAL	NÃO	SIM	TOTAL	NÃO	SIM	TOTAL
1-Posto de Saúde	1	2	3	-	-	-	-	-	-
2-Centro de Saúde	1	12	13	0	2	2	4	1	5
3-Unidade Mista	3	3	6	-	-	-	-	-	-
4-Hospital	0	1	1	0	2	2	0	3	3
5-Clínica/Ambulatório	-	-	-	4	5	9	-	-	-
6-Consultório	-	-	-	2	1	3	-	-	-
Total	5	18	23	6	10	16	4	4	8

Considerando a distribuição geográfica da cobertura dos programas de controle das endemias, observa-se na Tabela 46, que: todas as dezesseis localidades dispõem de ações de controle da

Tuberculose e da Hipertensão Arterial. O Controle da Diabetes está ausente em duas localidades: Angamos (PE) e Santa Rosa (PE). As ações programáticas de controle da Hanseníase, por sua vez, estão ausentes em quatro localidades: Angamos (PE), Atalaia do Norte (BR), Caballococha (PE) e Santa Rosa (PE). Desta forma, Angamos (PE) e Santa Rosa (PE) seriam as únicas localidades pesquisadas a não contar com ações programáticas de duas das quatro enfermidades pesquisadas: Diabetes e Hanseníase.

Tabela 46 - Unidades de saúde com ações programáticas para o controle de enfermidades endêmicas, por localidade sede dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Controle da Tuberculose	Controle da Hipertensão	Controle da Diabetes	Controle da Hanseníase
Amaturá (BR)	1	1	1	1
Angamos (PE)	1	1	0	0
Atalaia do Norte (BR)	1	1	1	0
Benjamin Constant (BR)	5	4	4	3
Caballococha (PE)	1	2	1	0
Iquitos (PE)	3	3	2	3
Islândia (PE)	1	1	1	1
Letícia (CO)	8	10	10	7
Pedreira (CO)	1	1	1	1
Puerto Nariño (CO)	1	1	1	1
Santa Rosa (PE)	1	1	0	0
Santo Antônio do Içá (BR)	2	2	2	2
São Paulo de Olivença (BR)	4	4	4	4
Tabatinga (BR)	7	7	7	7
Tarapacá (CO)	1	1	1	1
Tonantins (BR)	1	1	1	1
Total de unidades	39	41	37	32

7.4.12 Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

A Tabela 47 expõe os resultados dos levantamentos sobre a disponibilidade de serviços de Unidade de Terapia Intensiva na tríplice fronteira de acordo com a localização das unidades de saúde pesquisadas. Ao todo, foram identificados quatro serviços em funcionamento entre as quarenta e sete unidades de saúde pesquisadas. Uma está localizada na Colômbia e três no Peru.

Tabela 47 - Unidades de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis segundo o país de localização do estabelecimento na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Não	Sim	Total
1-Brasil	23	0	23
2-Colômbia	15	1	16
3-Peru	5	3	8
Total	43	4	47

Dentre as unidades hospitalares da tríplice fronteira, que fizeram parte da pesquisa, as quatro Unidades de Terapia Intensiva existentes estão concentradas em três hospitais públicos peruanos, localizados em Iquitos e um hospital público colombiano localizado em Letícia (Quadro 9).

Serviços de UTI disponíveis	
Unidade de saúde que dispõe de UTI	Localidade
Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nivel II-2	Iquitos (PE)
Hospital Iquitos Nivel II-3 (ESSALUD)	Iquitos (PE)
Hospital Regional de Loreto Nivel II-3	Iquitos (PE)
Hospital San Rafael de Leticia	Leticia (CO)

Quadro 9 - Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por estabelecimento, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

7.4.13 Leitos hospitalares

A Tabela 48 apresenta os dados da distribuição dos leitos hospitalares nos estabelecimentos da tríplice fronteira que participaram do estudo. Foram identificados novecentos e quarenta e três leitos hospitalares sendo duzentos e vinte e oito nas unidades de saúde brasileiras, cento e trinta e cinco nas unidades colombianas e quinhentos e oitenta nas unidades peruanas.

Tabela 48 - Leitos hospitalares, segundo o país de localização das unidades de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1-Brasil	228	24,2%	24,2%
2-Colômbia	135	14,3%	38,5%
3-Peru	580	61,5%	100,0%
Total	943	100,0%	100,0%

Na distribuição dos leitos fronteiriços por localidade sede das unidades de saúde (Tabela 49) constata-se que todas as localidades dispõem de leitos hospitalares, porém, há uma concentração maior nos maiores centros urbanos.

Tabela 49 - Leitos hospitalares, por localidade sede das unidades de saúde, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009

Localidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Amaturá (BR)	18	1,9%	1,9%
Angamos (PE)	3	0,3%	2,2%
Atalaia do Norte (BR)	32	3,4%	5,6%
Benjamin Constant (BR)	32	3,4%	9,0%
Cabalococha (PE)	30	3,2%	12,2%
Iquitos (PE)	539	57,2%	69,4%
Islândia (PE)	6	0,6%	70,0%
Letícia (CO)	112	11,9%	81,9%
Pedreira (CO)	6	0,6%	82,5%
Puerto Nariño (CO)	9	1,0%	83,5%
Santa Rosa (PE)	2	0,2%	83,7%
Santo Antônio do Içá (BR)	33	3,5%	87,2%
São Paulo de Olivença (BR)	40	4,2%	91,4%
Tabatinga (BR)	45	4,8%	96,2%
Tarapacá (CO)	8	0,8%	97,0%
Tonantins (BR)	28	3,0%	100,0%
Total de Leitos	943	100,0%	100,0%

A cidade de Iquitos (PE) concentra 92,93% dos leitos peruanos ou 57,2% dos leitos disponíveis na zona da tríplice fronteira. A cidade de Letícia (CO) dispõe de 82,96% dos leitos colombianos ou 11,9% de todos os leitos da tríplice fronteira. A cidade de Tabatinga dispõe de 19,74% dos leitos brasileiros ou 4,8% de todos os leitos da tríplice fronteira. Na

identificação dos tipos de leitos disponíveis é possível notar que a concentração aumenta quando se trata da distribuição dos leitos destinados ao atendimento nas áreas especializadas.

7.4.14 Profissionais especialistas

A Tabela 50 e a Tabela 51 expõem os resultados relativos a disponibilidade de profissionais especialistas nas unidades de saúde da tríplice fronteira. Nos quarenta e sete estabelecimentos pesquisados (23 do Brasil, 16 da Colômbia e 08 do Peru), a clínica geral foi a mais citada entre as dezessete especialidades indagadas, estando presente em quarenta e quatro unidades de saúde (20 no Brasil, 14 na Colômbia e 08 no Peru).

Tabela 50 - Unidades de saúde que dispõem de profissionais especialistas, por especialidade, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Especialidade	Brasil	Colômbia	Peru	Total
Cardiologista	1	1	3	5
Cirurgião Buco-Maxilofacial	1	1	1	3
Cirurgião Geral	7	2	3	12
Cirurgião Pediátrico	1	1	1	3
Cirurgião Vascular	0	0	0	0
Clínico Geral	22	14	8	44
Ginecologista/Obstetra	7	3	3	13
Nefrologista	2	0	2	4
Neurocirurgião	0	0	3	3
Neurologista	0	1	3	4
Oftalmologista	1	3	2	6
Oncologista	0	0	0	0
Otorrinolaringologia	0	1	3	4
Pediatra	3	4	3	10
Pneumologista	0	0	2	2
Psiquiatria	0	1	3	4
Radiologista	0	0	3	3
Outros	5	6	3	14

Na seqüência apareceram: ginecologia/obstetrícia em treze unidades (07 no Brasil, 03 na Colômbia e 03 no Peru); cirurgia geral em doze unidades (07 no Brasil, 02 na Colômbia e 03 no Peru); pediatria em dez unidades (03 no Brasil, 04 na Colômbia e 03 no Peru); oftalmologia em seis unidades; cardiologista em cinco unidades; nefrologia, neurologia, otorrinolaringologia e psiquiatria em quatro unidades; cirurgia buco-maxilofacial, cirurgia

pediátrica, neurocirurgia e radiologia em três unidades; pneumologia em duas unidades. A cirurgia vascular e a oncologia estão ausentes em todas as unidades de saúde pesquisadas (Tabela 50 e Tabela 51).

Segundo os dados colhidos, há oito especialidades completamente ausentes nos estabelecimentos de saúde brasileiros: cirurgia vascular, neurocirurgia, neurologia, oncologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria e radiologia. Nos estabelecimentos colombianos estão ausentes seis especialidades: cirurgia vascular, nefrologia, neurocirurgia, oncologia, pneumologia e radiologia. Nos estabelecimentos peruanos estão ausentes apenas as duas especialidades que faltam a todas as unidades de saúde fronteiriças: cirurgia vascular e oncologia (Tabela 50).

Comparativamente, o lado brasileiro da fronteira dispõe do maior número de unidades de saúde com profissionais especialistas em três áreas: cirurgia geral, clínica geral e ginecologia/obstetrícia. O lado colombiano tem mais unidades com especialistas disponíveis em duas áreas: oftalmologia e pediatria. Nas outras doze áreas, o lado peruano da fronteira é o que dispõe de mais unidades com especialistas, sendo que, em três especialidades (Neurocirurgia, pneumologia e radiologia) os estabelecimentos peruanos são os únicos que dispõe de profissionais (Tabela 50).

Os dados da distribuição dos profissionais especialistas (Tabela 51) por unidade de saúde, segundo a localidade sede do estabelecimento indicam que, juntas, as localidades de Iquitos (PE), Letícia (CO) e Tabatinga (BR) concentram a maior variedade de profissionais especialistas disponíveis em suas unidades de saúde. Apenas em quatro das dezessete áreas (cardiologia, cirurgia geral, clínica geral e ginecologia/obstetrícia), existem profissionais especialistas fora do eixo formado pelas localidades de Tabatinga (BR), Letícia (CO) e Iquitos (PE). Em três áreas (neurocirurgia, oncologia e radiologia), Iquitos (PE) é a única localidade a dispor de unidades com profissionais especializados em toda a zona da tríplice fronteira. Em nenhuma outra localidade há unidades de saúde que disponha de algum especialista em uma área que não exista em Iquitos.

Tabela 51 - Unidades de saúde com profissionais especialistas, por área de especialização e segundo a localidade sede dos estabelecimentos, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

LOCALIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
Amaturá (BR)	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Angamos (PE)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atalaia do Norte (BR)	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Benjamin Constant (BR)	0	0	1	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Cabalococha (PE)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Iquitos (PE)	3	1	3	1	0	3	3	2	3	3	2	0	3	3	2	3	3	2
Islândia (PE)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Letícia (CO)	1	1	2	1	0	11	3	0	0	1	3	0	1	4	0	1	0	6
Pedreira (CO)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Puerto Nariño (CO)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Rosa (PE)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Içá (BR)	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Paulo de Olivença (BR)	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabatinga (BR)	0	1	1	0	0	7	4	2	0	0	1	0	0	3	0	0	0	2
Tarapacá (CO)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tonantins (BR)	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unidades com Especialistas	5	3	12	3	0	44	13	4	3	4	6	0	4	10	2	4	3	14

A – Cardiologista	D - Cirurgião Pediátrico	G - Ginecologista/Obstetra	J – Neurologista	M – Otorrinolaringologia	P – Psiquiatria
B - Cirurgião Maxilofacial	E - Cirurgião Vascular	H – Nefrologista	K – Oftalmologista	N – Pediatra	Q – Radiologista
C - Cirurgião Geral	F - Clínico Geral	I – Neurocirurgião	L – Oncologista	O – Pneumologista	R – Outros

7.4.15 Referência e contra-referência

Os procedimentos adotados pelas unidades de saúde, quanto a referência e contra-referência dos pacientes, foram avaliados por meio de cinco questões relacionadas a: disponibilidade de mecanismo de referência; realização de contra-referência para unidades básicas; oferta de todos os serviços especializados que a unidade deveria; existência de proposta de expansão dos serviços especializados na unidade de saúde; e existência de proposta de expansão de leitos.

Considerando o país de localização das unidades de saúde (Tabela 52), os resultados indicam que apenas um estabelecimento colombiano não dispõe de mecanismos de referência, entre os quarenta e sete que foram pesquisados. Já a contra-referência foi referida como existente em dezenove unidades de saúde sendo, apenas, seis dos vinte e três estabelecimentos brasileiros, oito dos dezesseis estabelecimentos colombianos e cinco dos oito estabelecimentos peruanos.

Tabela 52 - Referência e contra-referência de pacientes e situação da oferta de serviços especializados e leitos nas unidades de saúde da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

PAÍS	A	B	C	D	E
1 – Brasil	23	6	2	7	2
2 – Colômbia	15	8	8	3	1
3 – Peru	8	5	2	5	4
Total de Unidades	46	19	12	15	7

A – Unidades que dispõem de mecanismos de referência assistencial.

B – Unidades que realizam a contra-referência dos pacientes para a atenção básica.

C – Unidades que oferecem todos os serviços especializados que deveria.

D – Unidades com proposta de expansão de serviços especializados na unidade.

E – Unidades com proposta de expansão de leitos na unidade.

Com relação aos serviços especializados que a unidade deveria oferecer, ainda considerando o país de localização (Tabela 52), apenas doze unidades indicam que os serviços estão disponíveis, atendendo as características do estabelecimento. Dentre estas, apenas duas unidades de saúde são brasileiras, indicando que a demanda de serviços é superior a capacidade de assistência na grande maioria da rede assistencial localizada na região do Alto Solimões. No lado colombiano, oito unidades responderam que a oferta de serviços especializados é adequada ao perfil do estabelecimento. Ou seja, metade das unidades

estudadas que incluem serviços de referência para toda a rede de atenção básica da área fronteiriça departamental do Amazonas colombiano. No lado peruano, apenas dois dos oito estabelecimentos informam oferecer todo os serviços compatíveis com o seu perfil, um desempenho semelhante a situação brasileira, que da amostra de vinte e três unidades estudadas, apenas dois estabelecimentos indicam que dispõem de recursos adequados a demanda.

Considerando a relação entre a localização das unidades de saúde e os mecanismos de referência e contra-referência, as informações contidas na Tabela 53 indicam que, praticamente, todos os estabelecimentos de todas as localidades dispõem de referência para o encaminhamento dos pacientes. A única exceção fica por conta de uma unidade de saúde colombiana.

Tabela 53 - Mecanismos de referência e contra-referência, por localidade sede das unidades de saúde, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

LOCALIDADE	Unidade dispõe de mecanismos de referência assistencial	Unidade realiza a contra-referência dos pacientes para a atenção básica
Amaturá (BR)	1	0
Angamos (PE)	1	0
Atalaia do Norte (BR)	2	1
Benjamin Constant (BR)	5	2
Cabalococha (PE)	2	1
Iquitos (PE)	3	3
Islândia (PE)	1	1
Letícia (CO)	12	8
Pedreira (CO)	1	0
Puerto Nariño (CO)	1	0
Santa Rosa (PE)	1	0
Santo Antônio do Içá (BR)	2	1
São Paulo de Olivença (BR)	4	0
Tabatinga (BR)	7	2
Tarapacá (CO)	1	0
Tonantins (BR)	2	0
Total de Unidades	46	19

O mesmo não ocorre em relação aos outros quesitos, pois, das dezesseis localidades avaliadas, na metade delas nenhuma unidade de saúde realiza contra-referência dos pacientes para as unidades básicas; em onze das dezesseis localidades, nenhuma unidade afirma dispor de todos os serviços adequados ao atendimento das demandas especializadas; apenas nove localidades dispõem de alguma unidade de saúde com proposta de ampliação dos serviços; e não mais que seis localidades dispõem de unidades de saúde que referem propostas de ampliação de leitos.

Os dados sobre a disponibilidade de mecanismos de referência e contra-referência por tipo de unidade, expostos na Tabela 54 demonstram que existe um bom nível de organização da demanda e um relativo grau de articulação da rede de saúde nos três lados da fronteira. Principalmente no caso dos centros de saúde e das unidades hospitalares, por estes serem tipos de estabelecimentos que são comuns, aos três sistemas de saúde e também equivalentes no nível de complexidade e no tipo de serviços que prestam. Em relação aos centros de saúde é possível notar que, comumente, dispõem de mecanismo de referência. Entretanto, a contra-referência para unidades básicas está disponível somente em cinco dos vinte estabelecimentos desse tipo, sendo três brasileiras e duas peruanas. Nas unidades hospitalares, a situação da referência e contra-referência é bem melhor, uma vez que, nos lados brasileiro e peruano da fronteira, todos os estabelecimentos desse tipo dispõem de mecanismo de referência, enquanto a contra-referência só está presente em um dos dois hospitais colombianos.

Tabela 54 - Mecanismos de referência e contra-referência segundo os tipos de unidade de saúde da trílice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Unidades que dispõem de mecanismos de referência assistencial			Unidades que realizam a contra-referência dos pacientes para a atenção básica		
	BR	CO	PE	BR	CO	PE
1-Posto de Saúde	3	-	-	1	-	-
2-Centro de Saúde	13	2	5	3	0	2
3-Unidade Mista	6	-	-	1	-	-
4-Hospital	1	2	3	1	1	3
5-Clinica/Ambulatório	-	8	-	-	6	-
6-Consultório	-	3	-	-	1	-
Total	23	15	8	6	8	5

No caso das unidades mistas, todas dispõem de sistema de referência, porém, apenas uma informa dispor de contra-referência. Já nas unidades colombianas do tipo clínica/ambulatório, o mecanismo de referência está presente em oito dos nove estabelecimentos e a contra-referência em apenas seis. Quanto aos três consultórios pesquisados, todos dispõem de referência, porém, apenas um deles adota procedimentos de contra-referência para as unidades básicas (Tabela 54).

7.5 A oferta dos serviços na rede hospitalar de referência

7.5.1 Identificação da rede hospitalar de referência

Nesta sessão são apresentados os resultados relativos às condições da oferta de serviços da rede hospitalar de referência da zona da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Para efeito de uma descrição pormenorizada foram excluídos dessa amostragem, os estabelecimentos pesquisados que, apesar de realizar procedimentos de internação e cirurgia, compõem a rede de atenção básica dos sistemas locais de saúde, como é o caso das unidades mistas no lado brasileiro e do hospital local de Puerto Nariño no lado colombiano.

Sendo assim, os quadros a seguir se referem aos dados coletados por meio dos questionários de pesquisa que foram aplicados na forma de entrevistas com os gestores dos seguintes estabelecimentos: Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR); Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 (PE); Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD (PE); Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (PE); Hospital San Rafael de Leticia (CO).

O Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR) por ser vinculado ao Exército Brasileiro, atende a demanda interna do batalhão de fronteira. Mantém uma unidade de urgência e emergência que atende a todas as ocorrências da localidade onde está situado e por meio de convenio, serve de referência para toda a rede de atenção básica das localidades que compõem a região do Alto Solimões.

O Hospital San Rafael de Leticia (CO), vinculado à Secretaria de Saúde Departamental do Amazonas, constitui uma Instituição Prestadora de Serviços (IPS) de administração pública direta que atende, por referência, toda a demanda de atenção de nível secundário do departamento. Dispõe de estrutura de atendimento ambulatorial, internação e cirurgia eletiva e os seus custos são cobertos pelas operadoras de seguro saúde, que cobrem as despesas do atendimento aos usuários que são encaminhados pela rede de atenção básica.

O Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 (PE), juntamente com o Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (PE) compõe a estrutura de referência hospitalar para o subsistema de saúde pública vinculado ao Ministério de Saúde peruano e sob administração

direta da Secretaria de Saúde Departamental de Loreto. Essas duas unidades hospitalares mantêm estrutura de atendimento ambulatorial, internação e cirurgias eletivas. O Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD (PE) compõe o subsistema de saúde pública de administração indireta vinculado ao Ministério do Trabalho peruano. Conta com estrutura de atendimento de urgência, ambulatório e cirurgias eletivas aos usuários do ESSALUD.

Nos quadros a seguir os dados são sistematizados para descrever, inicialmente, as características da clientela atendida pelas unidades e a existência de mecanismos de referência e contra-referência para: exames laboratoriais e exames de imagem; internação; consultas especializadas; e cirurgias especializadas. Na seqüência, são apresentados os resultados relativos a avaliação dos gestores sobre a capacidade instalada e as principais medidas planejadas para ampliar a disponibilidade de serviços e leitos hospitalares.

As diferenças entre os três sistemas de saúde aparecem nitidamente no padrão de respostas obtidas em cada um dos itens avaliados. De tal forma que as soluções encontradas para o encaminhamento das demandas laboratoriais e hospitalares, se restringem ao setor público quando se trata do Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR) enquanto abrangem o setor público e o privado quando se trata das redes hospitalares da Colômbia e do Peru.

7.5.2 A demanda atendida na rede hospitalar de referência

De acordo com as respostas obtidas sobre a composição da demanda (Quadro 10) a procedência principal dos pacientes atendidos nos cinco hospitais que compõem essa amostra da rede de serviços fronteiriços são: a própria localidade onde estão situados os estabelecimentos e as localidades da região a que eles fazem parte.

Quanto ao fluxo da demanda, este se dá principalmente de maneira organizada por marcação de consultas no próprio estabelecimento e através de encaminhamento formal de outras unidades (Quadro 10). Esta é uma característica importante da rede hospitalar fronteiriça que decorre a vinculação dos estabelecimentos a redes organizadas com acesso delimitado para clientelas específicas.

Demanda atendida pelas unidades hospitalares					
Características da Demanda	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Procedência dos pacientes					
- Localidades da região que este hospital é referência					
- Da própria localidade sede da unidade hospitalar					
- Outros					
Como ocorre o fluxo da demanda					
- Espontânea					
- Organizada por marcação de consultas no hospital					
- Referenciada por encaminhamento formal					
- Referenciada por central de regulação					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) – Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 10 - Características da demanda atendida pelos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Ou seja, o hospital militar de Tabatinga (BR) assistindo prioritariamente ao batalhão de fronteira, o Hospital San Rafael de Leticia (CO) atendendo a clientela vinculada aos seguros de saúde e os hospitais peruanos atendendo de acordo com subsistema a que os pacientes são vinculados. Não houve a identificação de encaminhamentos de por meio de central de regulação.

7.5.3 Encaminhamento das demandas de exames complementares

Os dados referentes aos mecanismos de referência para exames laboratoriais (Quadro 11) indicam os serviços públicos como destino exclusivo dos encaminhamentos realizados pelo Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR) enquanto o Hospital San Rafael de Leticia (CO) encaminha exclusivamente para rede de serviços conveniados. Já entre os hospitais peruanos, consta que o Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 (PE) não realiza encaminhamentos.

Isso se deve ao fato de atender uma demanda organizada respeitando o nível de complexidade da unidade de saúde. Assim, os casos que demandam maior resolutividade, são

encaminhados ao Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (PE) que por sua vez, utiliza tanto serviços públicos quanto privados contratados e conveniados para atender a demanda que necessita de referência laboratorial. No caso do Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD (PE) essa demanda é referenciada, exclusivamente, para a rede de serviços privados.

Solução das demanda de encaminhamento para exames complementares de laboratório					
Exames Laboratoriais	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Tipo de Serviço					
- Serviços públicos					
- Serviços privados contratados					
- Serviços conveniados					
- Serviços privados					
- Não encaminha					
Local do serviço de referência					
- Na própria sede do Município					
- Município sede do hospital regional					
- Outros					
- Não encaminha					
Como ocorre o encaminhamento					
- Verbal					
- Por escrito para outro serviço					
- Por escrito para uma referência formal					
- Não encaminha					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 11 - Mecanismos de referência para exames laboratoriais utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Quanto ao destino dos encaminhamentos das demandas de exames laboratoriais, todos os estabelecimentos hospitalares estudados indicaram outras localidades diferentes daquela em que se situam e que são respectivamente: Manaus, a capital do Estado do Amazonas, no caso do hospital brasileiro, Bogotá, a capital da Colômbia no caso do hospital colombiano e Lima a capital do Peru, no caso dos hospitais localizados em Iquitos (Quadro 12). Em todas as situações, os encaminhamentos são realizados formalmente.

Solução das demandas de encaminhamento para serviços hospitalares			
Principais locais de referência das unidades hospitalares	Bogotá (CO)	Lima (PE)	Manaus (BR)
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR)			
H2 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD (PE)			
H3 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (PE)			
H4 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia (CO)			
H5 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 (PE)			

Quadro 12 - Destino principal dos encaminhamentos das unidades hospitalares da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

No que diz respeito aos exames de imagem (Quadro 13) os hospitais fronteiriços repetem exatamente as mesmas condições dos exames laboratoriais, com exceção do Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 que, neste caso, também necessita referenciar exames de imagem, lançando mão da rede de serviços públicos e conveniados que se localiza na própria sede do estabelecimento e utilizando, para tanto, mecanismos formais de encaminhamento por escrito.

Solução das demandas de encaminhamento para exames complementares de imagens					
Exames complementares de imagem	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Tipo de Serviço					
- Serviços públicos					
- Serviços privados contratados					
- Serviços conveniados					
- Serviços privados					
Local do serviço de referência					
- Na própria sede do Município					
- Município sede do hospital regional					
- Outros					
Como ocorre o encaminhamento					
- Verbal					
- Por escrito para outro serviço					
- Por escrito para uma referência formal					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 13 - Mecanismos de referência para exames de imagem utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

O Quadro 14 demonstra que o H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 e o Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD são os dois estabelecimentos que demandam a maior variedade de tipos de exames que vão desde os exames laboratoriais mais simples como as de culturas de material biológico, até a realização sorologias e marcadores tumorais.

Tipos e destinos dos exames complementares que geram demandas de encaminhamento					
Exames	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Exames laboratoriais					
- Biópsias					
- Culturas					
- Fezes					
- Imunológicos					
- Infectologia					
- Marcadores Tumorais					
- Sangue					
- Sorologia					
- Testes Hormonais					
- Urina					
- Virologia					
- Exames de terceiro e quarto níveis de complexidade					
Exames de imagem					
- Ecografia					
- Endoscopia					
- Radiografia					
- Ressonância Magnética					
- Tomografia					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 14 - Exames que os hospitais localizados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru necessitam referenciar, 2009.

Em relação aos exames de imagem, a tomografia é o tipo mais demandado. Todos os estabelecimentos hospitalares fronteiriços estudados referenciam pacientes para a realização desse tipo de procedimento, à exceção do Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD, assim como a ressonância magnética que só não é demandada pelos dois hospitais da rede própria do sistema de saúde departamental: Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 e Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (Quadro 14).

O Hospital San Rafael de Leticia (CO), que é uma unidade de referência para o segundo nível de atenção, em todo o departamento do Amazonas colombiano, apesar de não especificar os

tipos de exame, informa que encaminha todos os procedimentos laboratoriais que são identificados como de terceiro e quarto níveis, de acordo com as definições do Plano Obrigatório de Serviços (POS).

7.5.4 Encaminhamentos das demandas de consulta, internação e cirurgia

Assim como as condições de encaminhamento para exames laboratoriais e de imagens são equivalentes, os mecanismos de referência para a realização de internação, consultas e cirurgias especializadas também se assemelham (Quadro 15, Quadro 16 e Quadro 17).

Solução das demandas de encaminhamento para procedimentos hospitalares					
Internação	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Tipo de Serviço					
- Serviços públicos					
- Serviços privados contratados					
- Serviços conveniados					
- Serviços privados					
Local do serviço de referência					
- Na própria sede do Município					
- Município sede do hospital regional					
- Outros					
Como ocorre o encaminhamento					
- Verbal					
- Por escrito para outro serviço					
- Por escrito para uma referência formal					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 15 - Mecanismos de referência para internação utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tanto nas demandas de internação como nos casos que necessitam de consulta e cirurgia especializada, os serviços públicos são a modalidade principal de recurso buscado pelo referencial pelo hospital fronteiriço brasileiro, bem como, os serviços privados são a modalidade exclusiva a que recorre o hospital fronteiriço colombiano.

No caso dos hospitais peruanos, os serviços utilizados como referência podem ser públicos, conveniados ou privadas quando a unidade hospitalar que encaminha é da rede pública, de administração direta do setor de saúde peruano (Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 e Hospital Regional de Loreto Nível II-3) ou exclusivamente privada se a unidade hospitalar que estiver encaminhando for da rede de administração indireta como é o caso do Hospital Iquitos Nível II-3, ligado a seguradora pública ESSALUD, vinculada ao Ministério do Trabalho peruano (Quadro 15, Quadro 16 e Quadro 17).

Solução das demandas de encaminhamento para consulta					
Consulta especializada	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Tipo de Serviço					
- Serviços públicos					
- Serviços privados contratados					
- Serviços conveniados					
- Serviços privados					
Local do serviço de referência					
- Na própria sede do Município					
- Município sede do hospital regional					
- Outros					
Como ocorre o encaminhamento					
- Verbal					
- Por escrito para outro serviço					
- Por escrito para uma referência formal					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 16 - Mecanismos de referência para consulta especializada utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Em relação ao destino dos encaminhamentos, sempre realizados através de comunicação formal, todas as unidades hospitalares fronteiriças informam que referenciam para outra localidade diferente da sede do estabelecimento quando se trata de demanda de internação e consulta especializada. Apenas o Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 referencia, também, para a própria cidade de Iquitos porque pertence a mesma rede pública do Hospital Regional de Loreto Nível II-3 que possui um nível maior de resolutividade (Quadro 15, Quadro 16 e Quadro 17).

Quando se trata de cirurgia especializada, o Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD informa que utiliza como referência, apenas, a rede de serviços privados disponível na própria cidade de Iquitos, não procedendo a encaminhamento para serviços de cirurgia de outras localidades (Quadro 17).

De qualquer forma, quando se trata de encaminhamentos para a realização de procedimentos fora da localidade, toda a demanda é referenciada para os grandes centros urbanos das cidades de Manaus (BR), Bogotá (CO) e Lima (PE), conforme especifica o Quadro 12.

Solução das demandas de encaminhamento para cirurgia					
Cirurgia especializada	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Tipo de Serviço					
- Serviços públicos					
- Serviços privados contratados					
- Serviços conveniados					
- Serviços privados					
Local do serviço de referência					
- Na própria sede do Município					
- Município sede do hospital regional					
- Outros					
Como ocorre o encaminhamento					
- Verbal					
- Por escrito para outro serviço					
- Por escrito para uma referência formal					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 17 - Mecanismos de referência para cirurgia especializada utilizados nos hospitais da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

As áreas que poderiam demandar encaminhamentos para consultas e cirurgias especializadas, sobre as quais foram indagados os gestores, constam no Quadro 18. As respostas obtidas demonstram uma ampla e diversificada carência dos hospitais fronteiriços, notadamente em algumas áreas tais como: oncologia (cuja necessidade foi identificada por todos os gestores); nefrologia; neurologia; urologia; e cirurgia cardiovascular cada uma citada, pelo menos, por dois dos cinco gestores de unidades hospitalares de referência.

Considerando cada sistema local de saúde separadamente, podemos ver que o Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR) encaminha demandas de consulta em cinco das quinze áreas de

especialidade indicadas (cardiologia, hepatologia, nefrologia, oncologia, urologia) e três das dez áreas cirúrgicas levantadas pelo estudo (cirurgia cardiovascular, oncologia, urologia). No Hospital San Rafael de Leticia (CO) as áreas de especialidade que demandam encaminhamento para consulta são: dermatologia e neurologia, enquanto as cirurgias demandadas são das áreas: cardiovascular, oncologia e urologia (Quadro 18).

Especialidades que geram demandas de encaminhamento					
Especialidades	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Consulta especializada					
- Cardiologia					
- Cirurgia Geral					
- Cirurgia Vascular					
- Dermatologia					
- Ginecologia					
- Hepatologia					
- Medicina Interna					
- Nefrologia					
- Neurocirurgia					
- Neurologia					
- Oftalmologia					
- Oncologia					
- Ortopedia					
- Pediatria					
- Urologia					
Cirurgia especializada					
- Cirurgia Abdominal					
- Cirurgia Cardiovascular					
- Cirurgia Torácica					
- Dermatologia					
- Hematologia					
- Neurocirurgia					
- Oftalmologia					
- Oncologia					
- Traumatologia-Ortopedia					
- Urologia					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 18 - Especialidades que os hospitais localizados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru necessitam referenciar para realização de consultas médicas e cirurgia especializada, 2009.

No caso dos estabelecimentos peruanos deve ser considerado que o Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 (PE) e o Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (PE) conformam uma mesma rede assistencial pública departamental de Loreto. Assim, o primeiro referencia

consultas e cirurgias especializadas para o segundo que por sua vez encaminha apenas os casos de que não dispõe de resolutividade.

De maneira que, na cidade de Iquitos, onde os dois estabelecimentos estão localizados, a rede pública de administração direta da saúde necessita referenciar consultas e cirurgias especializadas para as áreas de nefrologia, neurologia, cirurgia torácica, oncologia e urologia. Quanto ao Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD (PE), as áreas que necessitam ser encaminhadas são: consultas em cirurgia vascular e oncologia; e cirurgias nas áreas de hematologia e oncologia (Quadro 18).

7.5.5 Mecanismos de contra-referência da rede hospitalar

A relação dos hospitais fronteiriços com o conjunto da rede de serviços do sistemas locais de saúde pode ser observado no Quadro 19 que identifica a situação dos mecanismos de contra-referência para a atenção básica que existem. Os resultados demonstram que todos os hospitais estudados dispõem de procedimentos para contra-referenciar os pacientes e que os mesmos ocorrem indistintamente por encaminhamento escrito do profissional para o serviço.

Contra-referência nas unidades hospitalares					
Situação	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
Existência de contra-referência para a atenção básica					
Como ocorre o encaminhamento					
- Por comunicação verbal do profissional					
- Por encaminhamento escrito do profissional					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 19 - Mecanismo de contra-referência para a rede básica dos hospitais localizados na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

7.5.6 Fatores limitantes da oferta e planejamento da ampliação de serviços e leitos

No Quadro 20 estão expostos os resultados relativos ao planejamento de propostas para o enfrentamento das deficiências de oferta de serviços especializados e leitos nos hospitais na fronteira. Duas das cinco unidades hospitalares informam dispor de todos os serviços especializados que deveriam. São eles: o Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (PE) e o Hospital San Rafael de Letícia (CO). São unidades de saúde que foram projetadas para atender uma demanda específica de encaminhamentos procedentes do nível de atenção básica. Nas outras três unidades hospitalares, as principais causas identificadas como razões da não oferta de serviços foram: falta de recursos humanos; e falta de infra-estrutura, equipamentos ou insumos.

O conjunto dos serviços especializados que os gestores indicam que deveriam ser ofertados coincidem com as áreas de serviços dos estabelecimentos fronteiriços que geram demandas de encaminhamentos para internação, consultas e cirurgias (Quadro 18 e Quadro 20).

Na mesma linha, as soluções indicadas pelos gestores para superar as deficiências dos serviços estão relacionadas as principais áreas definidas como deficiências dos serviços. Ou seja, para a falta de infra-estrutura, equipamentos, insumos e recursos humanos especializados informam o planejamento da ampliação da infra-estrutura e recursos humanos; a implantação de serviços em diversas áreas, tais como: oncologia, gastroenterologia, cirurgia vascular, dermatologia, neurologia e urologia; e o incremento de serviços nas áreas de: anestesiologia, ginecologia e pediatria (Quadro 20).

Enfrentamento das debilidades de oferta de serviços					
Situação da oferta e propostas de ampliação de serviços e leitos	H1 (BR)	H2 (PE)	H3 (PE)	H4 (PE)	H5 (CO)
A. Oferta de todos os serviços especializados que deveria					
B. Razão de não ofertar todos os serviços					
- Falta de infra-estrutura ou equipamentos ou insumos					
- Falta de recursos humanos especializados					
C. Especialidades que deveriam ser ofertadas					
- Cardiologia					
- Cirurgia cardíaca					
- Cirurgia vascular					
- Dermatologia					
- Gastroenterologia					
- Ginecologia					
- Medicina interna					
- Oncologia					
- Patologia clínica					
- Pediatria					
- Pneumologia					
- Psiquiatria					
- Reumatologia					
- Urologia					
D. Existe proposta de ampliação de serviços					
Propostas de ampliação de serviços					
- Ampliação da infra-estrutura					
- Ampliação de recursos humanos					
- Implantar cirurgia oncológica					
- Implantar gastroenterologia					
- Implantar cirurgia vascular					
- Implantar dermatologia					
- Implantar neurologia					
- Implantar urologia					
- Incrementar anestesiologia					
- Incrementar ginecologia					
- Incrementar pediatria					
E. Existe a proposta de ampliação de leitos					
Tipos de Leitos					
- Cirúrgico					
- Gastroenterologia					
- Pediatria					
- Obstetrícia					
- Urologia					
H1 (BR) - Hospital de Guarnição de Tabatinga – Tabatinga (BR) H2 (PE) - Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 – Iquitos (PE) H3 (PE) - Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD – Iquitos (PE) H4 (PE) - Hospital Regional de Loreto Nível II-3 – Iquitos (PE) H5 (CO) - Hospital San Rafael de Leticia – Leticia (CO)					

Quadro 20 - Situação da disponibilidade e planejamento de ampliação de serviços especializados e leitos hospitalares nos hospitais localizados na trílice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

7.5.7 Síntese das características da oferta de serviços de saúde na tríplice fronteira

O Quadro 21 e o Quadro 22 sintetiza as principais características da oferta de serviços disponíveis na zona de fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru, a partir dos dados informados pelos próprios gestores dos estabelecimentos.

Das dezesseis localidades que dispõem de unidades de saúde participantes do estudo, Tabatinga (BR), Letícia (CO) e Iquitos (PE) concentram os principais estabelecimentos que oferecem a maior variedade e a maior complexidade de serviços. A situação dessas localidades contrasta com as demais. O serviço de atendimento à urgência e emergência clínica, por exemplo, é oferecido por vinte e três estabelecimentos e em todas as dezesseis localidades, porém, quanto se trata de urgência e emergência cirúrgica, a disponibilidade cai para doze estabelecimentos e apenas nove localidades. A oferta combinada de serviços de urgência e emergência nas quatro especialidades avaliadas (clínica, traumática, pediátrica e cirúrgica) foi encontrada apenas em sete localidades: Benjamin Constant (BR), Caballococha (PE), Iquitos (PE), Letícia (CO), Santo Antônio do Içá (BR), São Paulo de Olivença (BR), e Tabatinga (BR) (Quadro 21 e Quadro 22).

Outro serviço avaliado que ilustra as características da distribuição dos serviços de saúde na tríplice fronteira é a assistência ambulatorial especializada que está disponível apenas em treze estabelecimentos de quatro localidades. Nesse caso são nítidas as diferenças entre as soluções adotadas por cada sistema de saúde. Nas duas localidades brasileiras que oferecem esse tipo de serviço (Benjamin Constant e Tabatinga), o mesmo ocorre principalmente nas unidades do tipo centro de saúde. Na Colômbia o serviço é disponibilizado apenas em Letícia, ofertado, principalmente, por unidades de saúde privadas, do tipo clínica/ambulatório e consultórios médicos conveniados. No Peru, por sua vez, o serviço também se concentra na cidade de Iquitos e, portanto, restrito as unidades hospitalares que são públicas (Quadro 21 e Quadro 22).

Os resultados da pesquisa apontam ainda, que o serviço com maior disponibilidade na zona de fronteira é o atendimento as gestantes, que é ofertado por quarenta e quatro estabelecimentos e está presente em todas as dezesseis localidades. As ações programáticas voltadas para o

controle das enfermidades endêmicas aparecem em seguida com o atendimento da hipertensão arterial sendo ofertado por quarenta e um estabelecimentos e o controle da tuberculose ofertado por trinta e nove estabelecimentos, ambos em dezesseis localidades. O controle das diabetes ocorre em trinta e sete estabelecimentos e catorze localidades; enquanto o controle da hanseníase ocorre em trinta e dois estabelecimentos e doze localidades (Quadro 21 e Quadro 22).

Noutra situação de menor disponibilidade, entre os serviços avaliados, se encontram os serviços de cirurgia eletiva. Dentre estas se destacam como mais comuns: o serviço de cirurgia abdominal presente em onze estabelecimentos e oito localidades; a cirurgia ginecológica, presente em nove estabelecimentos e seis localidades e a cirurgia pediátrica presente em cinco estabelecimentos e quatro localidades. Entre as cirurgias eletivas menos disponíveis, destacam-se a cirurgia torácica executada apenas pelo Hospital San Rafael de Letícia (CO) e a cirurgia neurológica realizada pelos três hospitais peruanos localizados em Iquitos (PE) (Quadro 21 e Quadro 22).

A preponderância de cirurgias abdominais, ginecológicas e pediátricas como as mais comumente ofertadas pelos estabelecimentos de saúde localizados na zona fronteira, em contraponto com a escassez de serviços de cirurgia torácica, neurológica e otorrinolaringológica, por exemplo, combina com o padrão descrito por Silva (2002) quando refere as características de uma rede de saúde que oferece serviços de menor complexidade (Quadro 21 e Quadro 22).

Distribuição dos serviços disponíveis			
Serviços Avaliados	Distribuição dos Serviços por Unidades de Saúde. Total de 47 Estabelecimentos: BR (23), CO (16), PE (08).	Distribuição dos Serviços por Localidade. Total de 16 Localidades: BR (07); CO (04); PE (05).	Complexidade dos Serviços.
1) Urgência e Emergência. (Clínica, Pediátrica, Traumática, Cirúrgica)	- Urgência e emergência são abordadas por 23 estabelecimentos: 07 brasileiros, 08 colombianos, e 04 peruanos. - Ocorrências clínicas atendidas em 23 estabelecimentos, pediátricas (20), traumáticas (19), e cirúrgicas (12).	- Urgência clínica atendida em 16 localidades; pediátrica (14), traumática (13), e cirúrgica (07). - Em 08 localidades são atendidas todas as especialidades: 05 localidades brasileiras, 01 colombiana, 02 peruanas. - Em Santa Rosa se atende apenas ocorrências clínicas.	- Urgência e emergência são atendidas em todos os hospitais da fronteira e todos os centros de saúde colombianos e peruanos. - Urgência clínica é menos complexa e mais comum (23 serviços e 16 localidades). - Urgência cirúrgica é mais complexa e menos comum (12 serviços e 09 localidades).
2) Assistência às Mulheres Gestantes. (Pré-Natal, Ultra-Sonografia, Parto Normal, Parto Cesariano, Assistência a Gestante de Alto Risco)	- Gestantes são atendidas por 44 estabelecimentos: 23 brasileiros, 13 colombianos, e 08 peruanos. - Pré-natal realizado em 39 estabelecimentos, parto normal e gestante de alto risco (21), parto cesariano (14) e ultra-sonografia (11).	- Parto normal é atendido em todas as 16 localidades; Pré-natal (15); parto cesariano e gestante de alto risco (10). - 08 localidades têm todos os serviços. - 06 localidades têm apenas: pré-natal e parto normal. - 01 localidade só não tem pré-natal. - 01 localidade só não tem ultra-som.	- Serviços menos complexos são mais comuns: pré-natal (39 unidades e 15 localidades) e parto normal (21 unidades e 16 localidades). - Serviços mais complexos são mais raros: ultra-sonografia (13 unidades e 09 localidades); parto cesariano (14 unidades e 10 localidades) e assistência a gestante de risco (21 unidades e 10 localidades). - No Peru todos os serviços mais complexos se concentram em Iquitos e Caballococha. A Colômbia concentra em Letícia.
3) Assistência Ambulatorial Especializada.	- Atendimento ambulatorial especializado realizado por 13 estabelecimentos: 05 brasileiros, 05 colombianos, e 03 peruanos. - Disponível nas unidades hospitalares de referência. - Ausente nas unidades mistas brasileiras e no hospital local de Puerto Nariño. - Ausente nos centros de saúde colombianos e Peruanos.	- Atendimento ambulatorial especializado disponível apenas em 04 localidades: Benjamin Constant, Tabatinga, Letícia e Iquitos.	- Serviço concentrado nas localidades que dispõem de assistência de maior complexidade. - Brasil: disponível em 04 centros de saúde e 01 hospital de duas localidades. - Colômbia: disponível em 01 hospital, 03 clínica/ambulatório e 01 consultório de 01 localidade. - Peru: disponível em 03 hospitais de 01 localidade.
4) Assistência Odontológica Especializada. (Atendimento: Clínico e Cirúrgico).	- Atendimento odontológico especializado disponível em 15 estabelecimentos: 08 brasileiros, 02 colombianos, e 05 peruanos. Tipos de unidades que oferecem o serviço: - todos os tipos unidades brasileiras. - nas clínicas/ambulatórios colombianas. - centros de saúde e hospitais Peruanos.	- Atendimento odontológico clínico realizado em 08 localidades: Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Caballococha, Iquitos e Islândia, Letícia, Tabatinga e Tonantins. - Atendimento odontológico cirúrgico realizado em 04 localidades: Atalaia do Norte, Caballococha, Letícia, Tabatinga.	- Atendimento odontológico clínico, menos complexo, disponível em 15 unidades e 08 localidades. - Atendimento cirúrgico, mais complexo, disponível apenas em 08 unidades e 04 localidades. - Tabatinga oferece atendimento clínico e cirúrgico em 05 estabelecimentos. - Letícia atende apenas em clínicas/ambulatório.
5) Assistência Fisioterápica.	- Atendimento fisioterápico realizado por 11 estabelecimentos: 01 brasileiro, 06 colombianos, e 04 peruanos. - Disponível nas unidades hospitalares de referência. - Ausente nas unidades mistas brasileiras, no hospital local de Puerto Nariño e nos centros de saúde brasileiros e colombianos.	- Atendimento fisioterápico disponível apenas em 04 localidades: Tabatinga, Letícia, Iquitos, e Islândia.	- Serviço concentrado nas localidades que dispõem de assistência de maior complexidade. - Brasil: disponível em 04 centros de saúde e 01 hospital de duas localidades. - Colômbia: disponível em 01 hospital, 03 clínica/ambulatório e 01 consultório de 01 localidade. - Peru: disponível em 03 hospitais de 01 localidade.

Quadro 21 - Síntese da situação de oferta de serviços nos estabelecimentos de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009. (Continua).

Distribuição dos serviços disponíveis			
Serviços Avaliados	Distribuição dos Serviços por Unidades de Saúde.	Distribuição dos Serviços por Localidade.	Complexidade dos Serviços.
	Total de 47 Estabelecimentos: BR (23), CO (16), PE (08).	Total de 16 Localidades: BR (07); CO (04); PE (05).	
6) Exame Laboratorial de análises clínicas.	Exame laboratorial de análises clínicas é realizado por 23 estabelecimentos: 07 brasileiros, 08 colombianos, e 08 peruanos. - Disponível em todos os tipos de unidades de saúde com exceção dos postos de saúde e consultórios.	- Exame laboratorial de análises clínicas todas as 16 localidades.	- Serviço de baixa complexidade está disponível em todas as unidades de 09 localidades. - Em Tabatinga, somente o hospital registra o serviço porque existe um laboratório de saúde pública de fronteira que concentra o atendimento da demanda.
7) Exames de Imagem. (Radiografia Simples, Radiografia com Contraste, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética).	Exames de imagem são realizados por 16 estabelecimentos: - 08 brasileiros (01 centro de saúde, 06 unidades mistas e no hospital); 04 colombianos (02 hospitais, e 02 clínicas/ambulatórios); e 04 peruanos (01 centro de saúde e 03 hospitais). - Radiografia simples: 16 unidades. - Radiografia com contraste: 05 unidades. - Tomografia computadorizada: 02 unidades. - Ressonância magnética: nenhuma unidade.	Exames de imagem são realizados em 11 localidades: - 11 localidades realizam radiografia simples. - 03 localidades realizam radiografia com contraste (Iquitos, Letícia e Santo Antônio do Içá). - 05 localidades não realizam nenhum exame de imagem e Iquitos só não realiza a ressonância magnética.	- Serviços menos complexos são mais comuns: a radiografia simples realizada por 16 unidades de 11 localidades; e a radiografia com contraste realizada por 05 unidades de 03 localidades. - Serviços mais complexos são mais raros ou inexistentes: a tomografia realizada por 02 unidades em 01 localidade; e a ressonância magnética que não existe em nenhuma localidade. - No Peru todos os serviços mais complexos se concentram em Iquitos.
8) Cirurgias Eletivas. (Torácica, Abdominal, oftalmológica, otorrinolaringológica, neurológica, pediátrica, ginecológica, bucomaxilofacial).	Cirurgias eletivas são realizadas por 11 estabelecimentos: 06 brasileiros, 02 colombianos, e 04 peruanos. A distribuição das especialidades por unidade de saúde é: - Abdominal: 11 unidades. - Ginecológica: 09 unidades. - Pediátrica: 05 unidades. - Oftalmológica: 04 unidades. - Bucomaxilofacial, otorrinolaringológica e neurológica: 03 unidades. - Torácica: 01 unidade.	Cirurgias eletivas são realizadas em 08 localidades: - 02 localidades dispõem de serviços em 07 especialidades: Iquitos e Letícia. - 03 localidades dispõem de serviços em 02 especialidades: Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga. - 02 localidades dispõem de serviços em 03 especialidades: Santo Antônio do Içá e Tabatinga.	- Cirurgias menos complexas e mais disponíveis: abdominal (11 unidades de 08 localidades); ginecológica (09 unidades de 06 localidades); pediátrica (05 unidades de 04 localidades). - Cirurgias mais complexas e menos disponíveis: torácica (01 unidade de 01 localidade); neurológica (03 unidades de 01 localidade); otorrinolaringológica (03 unidades de 02 localidades); bucomaxilofacial (03 unidades de 03 localidades); e oftalmológica (04 unidades de 04 localidades).
9) Ações Programáticas Para o Controle de Enfermidades Endêmicas. (Tuberculose, Hipertensão Arterial, Diabetes, Hanseníase)	Unidades de saúde que dispõem de ações programáticas: - Hipertensão: 41 - Brasil (20); Colômbia (13); Peru (08). - Tuberculose: 39 - Brasil (21); Colômbia (11) e Peru (07). - Diabetes: 37 - Brasil (20); Colômbia (13) e Peru (04). - Hanseníase: 32 - Brasil (18); Colômbia (10) e Peru (04).	Ações programáticas são realizadas em todas as 16 localidades: - 12 localidades dispõem de ações nas quatro endemias avaliadas (tuberculose, hipertensão, diabetes, e hanseníase). - 02 localidades não dispõem de ações de diabetes e hanseníase: Angamos e Santa Rosa. - 02 localidades não dispõem de ações apenas da hanseníase: Atalaia do Norte e Caballococha.	- Ações mais comuns disponíveis em 16 localidades: controle da hipertensão (41 unidades) e controle da tuberculose (39 unidades). - Ações menos comuns: controle das diabetes (37 unidades de 14 localidades) e controle da hanseníase (32 unidades de 12 localidades). - Ações são bem distribuídas entre tipos de unidades e localidades.
10) Unidades de Terapia Intensiva (UTI).	Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponível em 04 estabelecimentos: 01 colombiano e 03 peruanos.	Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apenas em duas localidades: - Iquitos: 03 serviços de UTI. - Letícia: 01 serviço de UTI.	UTI disponível apenas nos hospitais de referência da Colômbia e do Peru. No Brasil, o Hospital de Guarnição de Tabatinga dispõe de uma unidade de terapia semi-intensiva.

Quadro 22 - Síntese da situação de oferta de serviços nos estabelecimentos de saúde da tríplce fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009. (Conclusão).

Diversos outros serviços avaliados, considerados de maior complexidade, repetem a mesma situação dos serviços de cirurgia eletiva das especialidades mais complexas. É o caso dos exames de tomografia computadorizada que, em toda a zona de fronteira aparece somente em dois estabelecimentos de Iquitos (PE). A situação da ressonância magnética chega a ser pior ainda, pois não está disponível em nenhum estabelecimento de nenhuma localidade da fronteira (Quadro 21 e Quadro 22).

O problema da qualidade dos leitos pode ser constatado pela baixa oferta em áreas de maior complexidade de assistência. Os resultados analisados (Tabela 55) indicam que no lado brasileiro da fronteira, apenas um estabelecimento dispõe de leito de UTI; cinco dispõem de leito de recuperação pós-cirúrgica; cinco dispõem de leito para o pré-parto; e dois dispõem de leitos para doenças crônicas. No lado colombiano, igualmente, apenas um estabelecimento dispõe de leitos de UTI; um dispõe de leito de recuperação pós-cirúrgica; seis dispõem de leito para o pré-parto; e nenhum dispõe de leito para doenças crônicas. No lado peruano, três estabelecimentos dispõem de leitos de UTI; seis dispõem de leito de recuperação pós-cirúrgica; sete dispõem de leito para o pré-parto; e três dispõem de leito para doenças crônicas.

Tabela 55 - Unidades de saúde pesquisadas com Leitos hospitalares, por tipo, segundo o país de localização do estabelecimento da tríplex fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

País	Leitos de UTI			Leitos de Recuperação (Pós-Cirúrgico)			Leitos de Pré-Parto			Leitos de Doenças Crônicas		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
1-Brasil	22	1	23	18	5	23	18	5	23	21	2	23
2-Colômbia	15	1	16	15	1	16	10	6	16	16	0	16
3-Peru	5	3	8	2	6	8	1	7	8	5	3	8
Total de unidades	42	5	47	35	12	47	29	18	47	42	5	47

Ao todo, nos três lados da fronteira, conta-se apenas com trinta e três leitos de UTI; cinquenta leitos de recuperação pós-cirúrgica; trinta e seis leitos para o pré-parto; e trinta e sete leitos destinados às doenças crônicas. Em todas as áreas especializadas a maioria dos leitos disponíveis pertence aos estabelecimentos do Peru que abrangem 75,80% dos leitos de UTI,

76,00% dos leitos de recuperação pós-cirúrgica; 61,10% dos leitos para o pré-parto; e 89,20% dos leitos destinados às doenças crônicas (Tabela 56).

No detalhamento da distribuição geográfica dos leitos disponíveis em cada uma das áreas especializadas, observa-se que: 75,80% dos leitos de UTI estão localizados em Iquitos (PE); 9,10% em Letícia (CO); e 5,20% em Tabatinga (BR). Os leitos de recuperação pós-cirúrgica estão distribuídos por nove localidades, sendo: 50,00% em Iquitos (PE), 24,00% em Caballococha (PE); 6,00% em São Paulo de Olivença (BR); 4,00% cada em Letícia, Santo Antônio do Içá (BR), Tabatinga (BR) e Tonantins (BR); 2,00% cada em Amaturá (BR) e Islândia (PE) (Tabela 57).

Tabela 56 - Leitos hospitalares, por tipo, segundo o país de localização do estabelecimento na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Leitos de UTI		Leitos de Recuperação (Pós-Cirúrgico)		Leitos de Pré-Parto		Leitos de Doenças Crônicas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Brasil	5	15,20%	10	20,00%	10	27,80%	4	10,80%
2-Colômbia	3	9,10%	2	4,00%	4	11,10%	-	-
3-Peru	25	75,80%	38	76,00%	22	61,10%	33	89,20%
Total de Leitos	33	100,00%	50	100,00%	36	100,00%	37	100,00%

Os leitos destinados ao atendimento do pré-parto estão disponíveis em doze localidades, sendo: 44,40% em Iquitos (PE); 11,10% em Caballococha (PE), 8,30% cada em Santo Antônio do Içá (BR) e Tabatinga (BR). Os leitos destinados as doenças crônicas estão distribuídos em quatro localidades sendo 67,60% em Iquitos (PE); 21,60% em Caballococha (PE); e 5,40% cada em Atalaia do Norte (BR) e Tonantins (BR). Entre as dezesseis localidades participantes do estudo, Benjamin Constant (BR), Santa Rosa (PE) e Tarapacá (BR) se destacam por não disporem de nenhum leito hospitalar nas especialidades analisadas (Tabela 57).

O problema do tamanho das unidades hospitalares também está presente da tríplice fronteira. Dos vinte e um estabelecimentos que registram a disponibilidade de leitos hospitalares, apenas três possuem mais de cem leitos, sete possuem entre trinta e quarenta e cinco leitos, e

todas as demais unidades possuem de dois a vinte e nove leitos. Os três hospitais de Iquitos (PE) são os que possuem o maior número de leitos, sendo: o Hospital Regional de Loreto Nível II-3 (250 leitos); o Hospital Iquitos Cezar Garayar Garcia Nível II-2 (188 leitos); e o Hospital Iquitos Nível II-3 ESSALUD (101 leitos). O Hospital San Rafael de Letícia (CO) e o Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR) dispõem, ambos, de quarenta e cinco leitos cada.

Tabela 57 - Leitos hospitalares, por tipo e localidade sede dos estabelecimentos da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Leitos de UTI		Leitos de Recuperação (Pós-Cirúrgico)		Leitos de Pré-Parto		Leitos de Doenças Crônicas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Amaturá (BR)	0	0	1	2,00%	1	2,80%	0	0
Angamos (PE)	0	0	0	0	1	2,80%	0	0
Atalaia do Norte (BR)	0	0	0	0	0	0	2	5,40%
Benjamin Constant (BR)	0	0	0	0	0	0	0	0
Cabalcocha (PE)	0	0	12	24,00%	4	11,10%	8	21,60%
Iquitos (PE)	25	75,80%	25	50,00%	16	44,40%	25	67,60%
Islândia (PE)	0	0	1	2,00%	1	2,80%	0	0
Letícia (CO)	3	9,10%	2	4,00%	2	5,60%	0	0
Pedreira (CO)	0	0	0	0	1	2,80%	0	0
Puerto Nariño (CO)	0	0	0	0	1	2,80%	0	0
Santa Rosa (PE)	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Içá (BR)	0	0	2	4,00%	3	8,30%	0	0
São Paulo de Olivença (BR)	0	0	3	6,00%	2	5,60%	0	0
Tabatinga (BR)	5	15,20%	2	4,00%	3	8,30%	0	0
Tarapacá (CO)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tonantins (BR)	0	0	2	4,00%	1	2,80%	2	5,40%
Total de Leitos	33	100,00	50	100,00	36	100,00	37	100,00

Ressalte-se ainda, sobre esse aspecto, que existe um equilíbrio maior entre as sete unidades brasileiras que variam entre dezoito e quarenta e cinco leitos (com média de 32,5 leitos). No lado colombiano a quantidade varia entre três e quarenta e cinco leitos por estabelecimento (média de 18,1). No lado peruano, enquanto na cidade de Iquitos (PE), a amostra unidades hospitalares estudada apresenta uma média de 179,7 leitos por estabelecimento, no restante das localidades a média chega a 10,3 leitos por estabelecimento.

7.5.8 Síntese das propostas de enfrentamento das limitações de oferta de serviços

As respostas relativas ao planejamento da expansão de serviços dão uma idéia do nível do enfrentamento às carências da rede de assistencial, quanto a prestação de atendimento especializado (Tabela 58). Neste caso, quinze gestores de unidades de saúde responderam que existe proposta de ampliação. Destas, apenas sete estabelecimentos são brasileiros, um número pequeno considerando a indicação de que apenas duas das vinte e três unidades pesquisadas indicaram que dispõem de todos os serviços que deveriam oferecer. Já no lado colombiano e peruano a proporção de respostas positivas para a ampliação de serviços foi bem mais razoável. Na amostra colombiana, em que oito sinalizam não oferecer os serviços esperados, três indicam dispor de proposta de expansão, enquanto na amostra peruana, em que seis unidades sinalizam oferecer um volume de serviços especializados aquém da sua necessidade, nada menos que cinco indicam que há planos de ampliação de sua capacidade.

Tabela 58 - Proposta de enfrentamento às carências de serviços e de leitos hospitalares, por localidade sede das unidades de saúde, na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Localidade	Unidade oferece todos os serviços especializados que deveria.	Existe a proposta de expansão de serviços especializados na unidade	Existe a proposta de expansão de leitos na unidade
Amaturá (BR)	0	0	1
Angamos (PE)	0	0	0
Atalaia do Norte (BR)	0	0	0
Benjamin Constant (BR)	1	1	0
Caballococha (PE)	1	2	1
Iquitos (PE)	1	2	2
Islândia (PE)	0	0	0
Leticia (CO)	8	2	1
Pedreira (CO)	0	0	0
Puerto Nariño (CO)	0	0	0
Santa Rosa (PE)	0	1	1
Santo Antônio do Içá (BR)	0	0	0
São Paulo de Olivença (BR)	0	2	0
Tabatinga (BR)	1	3	1
Tarapacá (CO)	0	1	0
Tonantins (BR)	0	1	0
Total de Unidades	12	15	7

O mesmo ocorre em relação a proposta de expansão de leitos. Novamente, o caso brasileiro chama a atenção porque, apesar dos dados indicarem que há uma grande carência de serviços na rede, apenas duas unidades sinalizam para a existência de um planejamento visando a ampliação do número de leitos. Da mesma forma, entre as unidades de saúde colombianas na qual, apenas um estabelecimento informa que existe proposta de aumentar a disponibilidade

de leitos hospitalares. No lado peruano, a existência de proposta de expansão do número de leitos foi informada por quatro das oito unidades pesquisadas, o que pode indicar uma relativa dinamicidade de resposta às carências dos serviços, por parte das autoridades de saúde. No entanto, deve ser considerado que a amostra de unidades de saúde estudada inclui os três hospitais de referência situados na cidade Iquitos (PE), a capital departamental de Loreto e da Província de Maynas, que constitui no maior centro urbano localizado nas proximidades da linha de tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru (Tabela 58).

A Tabela 59 permite identificar a disponibilidade e a existência de propostas de enfrentamento das carências de serviços especializados e leitos hospitalares segundo os tipos de unidade, permitindo assim, distinguir a situação por nível de complexidade dos serviços, considerando que esses atributos estão mais relacionados aos estabelecimentos que realmente deveriam dispor de atenção especializada e de capacidade de internação.

Tabela 59 - Propostas de enfrentamento das carências de serviços e leitos hospitalares, segundo o tipo de unidade de saúde e o país de localização dos estabelecimentos na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, 2009.

Tipo de Unidade	Unidades que oferecem todos os serviços especializados que deveriam			Unidades com proposta de expansão de serviços especializados			Unidades com proposta de expansão de leitos		
	BR	CO	PE	BR	CO	PE	BR	CO	PE
1-Posto de Saúde	0	-	-	1	-	-	0	-	-
2-Centro de Saúde	2	0	1	5	1	3	0	0	2
3-Unidade Mista	0	-	-	0	-	-	1	-	-
4-Hospital	0	1	1	1	0	2	1	0	2
5-Clinica/Ambulatório	-	6	-	-	2	-	-	1	-
6-Consultório	-	1	-	-	0	-	-	0	-
TOTAL	2	8	2	7	3	5	2	1	4

No caso das unidades hospitalares verifica-se que: o único estabelecimento brasileiro desse tipo, localizado no Alto Solimões (Hospital de Guarnição de Tabatinga) indica que não dispõe de todos os serviços especializados que deveria ao mesmo tempo em que informa a existência de planejamento de ampliação dos serviços e leitos. O mesmo não ocorre com os seis estabelecimentos brasileiros do tipo unidade mista, que realizam atividades de urgência/emergência, cirurgias e internação, porém, nenhum apresenta proposta de expansão de serviços e apenas um deles informa dispor de planejamento de ampliação de leitos, apesar

de todos indicarem que não oferecerem todas as ações especializadas que deveriam (Tabela 59).

No lado colombiano, um dos dois hospitais indica dispor de todos os serviços especializados, porém, nenhum refere a existência de plano de ampliação de serviços ou leitos. Já nas unidades do tipo clínica/ambulatório, enquanto seis dos nove estabelecimentos afirmam oferecer todos os serviços especializados necessários, dois dos três que não oferecem todos os serviços, indicam dispor de proposta de expansão de serviços e apenas um, dispõe de proposta de ampliação de leitos (Tabela 59).

No lado peruano, por sua vez, enquanto um dos três hospitais indica que dispõe de todos os serviços especializados que são necessários para atender a demanda, nenhum dos que não oferecem refere a existência de proposta de ampliação de serviços ou leitos hospitalares. Por outro lado, nas cinco unidades peruanas do tipo centro de saúde, dentre as quais, apenas uma sinaliza que dispõe de todos os serviços necessários, pelo menos três registram a existência de proposta de expansão de serviços especializados e duas indicam a existência de proposta de ampliação de leitos. Esse dado pode sugerir uma gestão estratégica no sentido ampliação da capacidade resolutiva no nível da atenção básica, o que indicaria para um movimento de descentralização de serviços da rede, apesar da concentração excessiva dos serviços especializados, em Iquitos, a capital departamental de Loreto, conforme sinaliza os dados da distribuição geográfica dos serviços especializados (Tabela 59).

8 DISCUSSÃO

8.1 Territorialidade e perfil sócio-demográfico e epidemiológico da tríplice fronteira

O presente estudo buscou apreender a condição específica em que se dá à organização da assistência a saúde num seguimento de fronteira situado em plena região amazônica que abrange uma parte dos territórios nacionais do Brasil, da Colômbia e do Peru.

A investigação preenche uma importante lacuna do campo temático quando utiliza a escala municipal como referência para a caracterização geográfica, sócio-demográfica e epidemiológica da região porque, geralmente, as investigações abordam o conjunto da fronteira de cada país agregando os dados em escalas regional e sub-regional ou então, promovendo comparações entre os países fronteiriços, a partir do parâmetro das cidades gêmeas. Isto sem levar em conta que a maioria dos estudos brasileiros comumente focalizam realidade da fronteira meridional do país, em virtude da conformação do Mercosul ter abrangido, inicialmente, apenas a Argentina, o Brasil, o Uruguai e o Paraguai (GADELHA, 2007; GIOVANELLA, 2007; MACHADO, 2005; OLIVEIRA; MACHADO; MOYSES, 2008; PEITER, 2005; PÉREZ JIMÉNEZ, 2009; VIANA, 2007;).

Para melhor compreensão da organização da rede de serviços na tríplice fronteira amazônica, procedeu-se uma análise comparada dos sistemas nacionais de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru, considerando as modificações mais recentes que foram introduzidas pelos processos de reforma sanitária, ainda em curso nesses países.

Na verificação da capacidade instalada, além dos dados secundários disponíveis, foi realizado um levantamento junto aos gestores das unidades de saúde, utilizando um questionário semi-estruturado que contemplou diversos aspectos da oferta de serviços, incluindo a disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos; quantitativo de leitos hospitalares; sistema de referência e contra-referência; e estratégias adotadas para a superação de obstáculos e deficiências.

A noção de região utilizada na delimitação da área de estudo, remete ao sentido político-administrativo que as autoridades políticas dos três países adotam, quando promovem a

segmentação do território em subáreas adstritas às calhas dos principais rios da bacia hidrográfica, com objetivo de garantir a operacionalidade das intervenções em saúde. No entanto, o termo “região de fronteira” também incorpora um conceito geográfico ampliado que tenta apreender a dimensão e as especificidades que configuram a totalidade espaço-social da parte do território que se constitui na zona de fronteira (CORREA, 2007).

Para Correa (2007), o termo região alude à noção fundamental de diferenciação de área, ou seja, a idéia de que a superfície da terra é constituída por áreas diferentes entre si. O autor ressalta que o conceito, intelectualmente produzido, parte da apreensão crítica da realidade e busca captar a gênese, a evolução e o significado do objeto região. Desta forma, conclui que o termo pode ser utilizado como um meio para se conhecer a realidade no aspecto espacial específico ou na sua dimensão totalizante. E nesse contexto, o território a que se refere deve ser explicitado, independente da matriz do conceito de região utilizada (se natural, geográfica ou como classe de área), uma vez que ele sempre será um instrumento de ação e controle social sobre os territórios numa sociedade de classes.

Sendo assim, a princípio, qualquer intervenção executada em áreas de fronteira deve considerar os atributos particulares que demarcam uma dinâmica própria aos processos fronteiriços. E para além dos fatores condicionantes da fronteira, também deve ser levado em conta que, as especificidades da Amazônia interferem de modo singular na determinação dos problemas de saúde e conseqüentemente na possibilidade de sucesso das políticas públicas que são executadas na região. Tanto é assim que Viana et al (2007) descrevem a particularidade do segmento da fronteira amazônica nos seguintes termos:

[...] As áreas de fronteira internacional da Amazônia Legal representam mais de 65% das fronteiras terrestres do território brasileiro. Nos municípios com área total ou parcialmente localizada na Faixa de Fronteira (150 km de largura ao longo das fronteiras), incidem normas especiais que objetivam garantir a segurança do território nacional, que se somam às demais normas federais e estaduais existentes. Entretanto, a preocupação com a segurança nacional e o grande volume de normas não têm sido acompanhados de uma política pública sistemática que atenda às especificidades regionais, nem do ponto de vista econômico, nem da cidadania fronteiriça. A concentração de áreas protegidas ao longo da Faixa de Fronteira acrescenta outro conjunto de normas ambientais, que incidem sobre muitos municípios. Os Estados do Acre, Roraima e Amazonas, por exemplo, têm cerca de 70% de seus municípios sob legislação especial. Muitas áreas representam reservas indígenas, e algumas delas extrapolam o domínio territorial brasileiro. Desse modo, as áreas que pertencem à faixa de fronteira conhecem restrições ao uso do território, devido à incidência de várias camadas normativas. Como a fronteira consiste em uma zona de contato entre territórios distintos, os municípios pertencentes a essa faixa acabam por apresentar um intenso fluxo material e imaterial, configurando

lugares de marcante circulação de mercadorias, lícitas e ilícitas. No que concerne à saúde, os municípios da Faixa de Fronteira amazônica apresentam fortes elementos diferenciais. O primeiro é que alguns deles são de difícil acesso por meio terrestre, destacando a importância da colaboração das Forças Armadas no atendimento médico, odontológico e transporte de doentes. O segundo é a grande mobilidade de população dos países vizinhos em busca de atendimento no sistema de saúde brasileiro. Esse fluxo não está contabilizado no cálculo dos recursos do SUS, acarretando conflitos no âmbito dos serviços e demandas dos municípios por mais recursos federais. Um terceiro elemento é a presença de profissionais de saúde estrangeiros (legais e ilegais), principalmente de médicos, decorrente da dificuldade de fixação de profissionais brasileiros por deficiências de infra-estrutura e condições adequadas de trabalho. Um quarto elemento é a necessidade da cooperação internacional para a prevenção e controle de doenças infecciosas (malária, tuberculose, AIDS), sendo fundamental fortalecer a cooperação entre países fronteiriços no nível local. Cabe ressaltar, por fim, que a localização de um município na faixa de fronteira não o isenta de apresentar diversos usos do território, visto que a fronteira internacional brasileira é bastante diversificada. Nesse sentido, poderiam ser identificadas, nos municípios de fronteira, diferentes situações geográficas. Porém, sua localização fronteiriça acarreta fortes especificidades que devem ser consideradas na formulação das políticas de saúde [...] (VIANA et al, 2007).

Os resultados desta pesquisa confirmaram todos os aspectos contemplados nessa citação literal. De forma que, nas sessões seguintes, serão construídos nexos entre os achados do trabalho de campo e os dados secundários disponíveis; entre as referências teóricas relacionadas ao tema da saúde e o contexto geográfico e epidemiológico da fronteira; entre a conjuntura que demanda mudanças na abordagem das relações políticas e diplomáticas entre países vizinhos e as características dos problemas de saúde na dimensão local em que se dá a organização dos serviços e o planejamento das ações de saúde, enquanto respostas organizadas do poder público.

O perfil e a distribuição geográfica da população residente são importantes componentes do processo de determinação dos problemas de saúde em qualquer região. Num contexto de fronteira, entretanto, ganha uma relevância maior porque o sucesso das ações de saúde depende dos custos operacionais que a logística da distribuição de insumos incorpora e o dispêndio adicional que representa a fixação de recursos humanos em pontos estratégicos que atendam os critérios de acessibilidade para uma população dispersa e até certo ponto desconhecida.

Os diagnósticos populacionais nessas áreas são imprecisos, dado o contingenciamento geográfico e a mobilidade da população que nela habita. Por isso é necessário cruzar informações e aperfeiçoar o uso das fontes secundárias quando se trata de traçar um perfil

minimamente confiável do tamanho, composição e tendência demográfica da zona de fronteira.

Na análise das tendências demográficas de um determinado espaço geográfico delimitado são considerados diversos fatores relacionados às características dos nascimentos, dos óbitos e das migrações. O ritmo de crescimento e a possibilidade do declínio da população dependem da natalidade (relação entre o número de nascidos vivos residentes e a população total) e da fecundidade (relação entre o número de nascidos vivos e o número de mulheres em idade de reprodução). O componente da migração relaciona a diferença entre o contingente que muda da área e a que muda para a área (emigração e imigração), um processo que é modulado por fatores sociais, econômicos e ambientais e que manifesta padrões diferentes de ocorrência nas populações residentes das áreas urbanas e rurais (RIOS-NETO, 2005).

O mais importante componente da dinâmica populacional é a taxa de fecundidade que reflete o comportamento da estrutura familiar em cada época. A transição demográfica, fenômeno demarcado pela queda do número de filhos por mulher em idade fértil (fertilidade), tem sido associado às mudanças desencadeadas pelos processos de urbanização. Isso porque, em tese, o crescimento das cidades provoca o efeito da redução do tamanho das famílias ao longo dos anos. O fato é explicado pelo aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e a conseqüente redução do tempo disponível para o cuidado dos filhos. Outro aspecto relacionado é a facilidade de acesso aos métodos contraceptivos que os núcleos urbanos proporcionam (KALACHE, 1987; GETIS, 2004; CAETANO, 2008).

Vários países apresentam um declínio da população que tem sido analisado como uma conseqüência da baixa fecundidade associada a saldos migratórios negativos. Nessa situação se encontram a Cingapura que em 2007 registrou uma Taxa de Fecundidade de 1,07 a Lituânia com 1,21 e o Japão com 1,23. Ainda no ano de 2007, o Male apresentou uma Taxa de Fecundidade de 7,38 e o Níger de 7,37 filhos.

A fecundidade de 2,1 filhos por mulher é considerada a menor taxa que garante a manutenção do crescimento populacional, mas, avalia-se que a permanência dessa taxa por 25 anos seguidos pode levar ao crescimento zero de uma população (CARVALHO, 2007). Nos países considerados menos desenvolvidos a taxa de reposição mínima preconizada é de 2,3 devido à mortalidade infantil e adulta serem mais elevadas. Quanto às taxas de natalidade, são

consideradas baixas quando são inferiores a 18/1000. No ano de 2005 as Taxas de Natalidade nos países, ao redor do mundo, variou de 8,33/1000 na Alemanha a 51, 33/1000 no Niger.

A redução das taxas de natalidade e fecundidade, combinado com um aumento da mortalidade impacta diretamente na estrutura da pirâmide populacional e na redução da taxa de crescimento. Se o número de nascimentos é alto a população tende para a expansão, porém, se a mortalidade for elevada, mesmo crescendo a população, os extratos de maior idade tendem a continuar inexpressivos. A Taxa de Mortalidade bruta é considerada baixa quando é menor que 10/1000 e alta quando é maior que 20/1000. No mundo todo, em 2005, a mortalidade geral variou de 2,42 no Kwait a 29,36 no Botsuana. No continente africano, as taxas de mortalidade são muito altas. (CAETANO, 2008).

As alterações na taxa de mortalidade e na esperança de vida tem pouco efeito na estrutura etária de uma população que apresenta taxas altas de crescimento populacional. O Brasil é um dos casos em que, um longo período de ganhos na esperança de vida teria levado a um aumento da longevidade das gerações de nascimento sem provocar o envelhecimento da população. Segundo Rios-Neto (2005), a redução mortalidade no Brasil, antes da queda da fecundidade, pode ser comprovada pela elevação da expectativa de vida ao nascer de 43,4 anos na década de 1940 para 68,6 anos na década de 2000. Na hipótese de uma queda da fecundidade total teria como efeito uma mudança brusca na estrutura etária brasileira, que poderia apresentar uma redução da população de dependentes da faixa de 00 a 04 anos e um crescimento da população de idosos com mais de 60 anos de idade (KALACHE, 1987; CAETANO, 2008).

Na análise do resultado das estimativas e projeções de população feitas pelo Instituto de Estatística e Informática do Peru - INEI é possível constatar o quanto podem ser discrepantes os efeitos dos mesmos fatores determinantes sobre a dinâmica populacional, quando se compara indicadores de nível nacional aos indicadores do meio urbano e rural do país. Os dados sistematizados no documento: *Cuentas Nacionales del Perú: Producto Bruto Interno por Departamentos 2001-2008 y Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad, 1995-2025*, permitem concluir que a taxa média de crescimento do Peru no ano de 2009 (1,36%) é coerente com as taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade que foram projetadas para o mesmo ano. A fecundidade nacional peruana ficou na ordem de 2,52 nascidos vivos por mulher em idade fértil, que é bem superior à taxa de reprodução mínima necessária para a garantia do

crescimento continuado do país, assim como a natalidade nacional calculada em 20,75 nascidos vivos por mil habitantes é superior à taxa de 18/1000, apontada como piso do intervalo considerado adequado para uma população. Na mesma linha, a taxa de mortalidade peruana, no patamar de 5,99/1000 habitantes pode ser considerada baixa, segundo os parâmetros recomendados. Quanto ao saldo migratório, apesar do Peru ter apresentado uma taxa negativa (-1,14/1000), esta não foi tão significativa que pudesse comprometer o crescimento populacional do país.

Com relação ao desempenho das áreas urbanas do Peru, o referido documento mostra que o crescimento da população residente nesses espaços (1,55%) supera a média do crescimento nacional, apesar das áreas urbanas registrarem taxas de natalidade e fecundidade inferiores às taxas nacionais equivalentes. A explicação possível para essa disparidade seria que as taxas de natalidade e fecundidade das áreas urbanas se fizeram acompanhar de taxas de mortalidade geral (5,61/1000) e infantil (19,27/1000) menores que a média nacional, ao mesmo tempo em que o saldo migratório positivo (2,95/1000) se contrapõe ao desempenho nacional negativo desse indicador que foi (-1,14 por 1000).

Na projeção de indicadores demográficos das populações das áreas rurais do Peru podemos constatar como a combinação de fatores determinantes pode alterar a dinâmica demográfica, gerando situações adversas, dependendo do contexto. Em 2009, o conjunto das áreas rurais do Peru apresentou uma taxa de crescimento de 0,84%, ou seja, menor que a média nacional (1,36%) e a média das áreas urbanas do país (1,55%). Mesmo apesar das áreas rurais terem apresentado taxas de natalidade (28,15/1000) e fecundidade (3,80/mulher) superiores as médias das taxas equivalentes no nível nacional e no meio urbano.

Essa situação pode ser explicada pelo desempenho das áreas rurais em relação à taxa de mortalidade global (7,04/1000) bem superior à mortalidade média nacional (5,99/1000) e a mortalidade média das populações urbanas do Peru (5,61/1000). Do mesmo modo, a mortalidade infantil das áreas rurais do Peru em 2009 (42,10/1000) chega a ser uma vez e meio maior que a mortalidade infantil média nacional (27,60/1000) e mais que o dobro da mortalidade infantil média das áreas urbanas do Peru (19,27/1000).

Seguindo esse raciocínio, sobre a determinação de tendências demográficas, o crescimento e a estrutura da população rural do Peru não deveriam sofrer grandes alterações em função da mortalidade elevada, já que esta seria compensada pelos nascimentos (natalidade e

fecundidade) que são maiores no meio rural que nos meios urbanos. Todavia, os dados da também mostram que, no meio rural peruano, a taxa de migração negativa (-12,30/1000) é quase onze vezes maior que a taxa migratória média nacional do Peru (-1,14/1000), no mesmo tempo que as áreas urbanas peruanas apresentaram uma taxa migratória positiva (2,95/1000). Ou seja: no Peru a emigração internacional é maior que a imigração, assim como a emigração das áreas rurais para as áreas urbanas também é maior que das áreas urbanas para o meio rural. O que nos leva a concluir que o fluxo do movimento migratório se dá num sentido em que o meio rural perde população para as áreas urbanas e estas perdem mais que ganham população no saldo migratório internacional.

A partir da constatação de que o comportamento dos indicadores altera em função da o contexto das áreas geográficas, podemos utilizar o caso peruano, como parâmetro na análise da situação e tendência demográfica da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Tomemos como exemplo o caso do Departamento de Loreto, que possui cinco de suas sete províncias localizadas em áreas de fronteira internacional, das quais, três (Maynas, Ramon Castilla e Requena) se localizam justamente na tríplice fronteira amazônica com o Brasil e a Colômbia.

Segundo os resultados do censo demográfico peruano (Censo Nacional 2007 - Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI), entre os anos de 2002 e 2007, o movimento migratório no Departamento de Loreto registrou uma saída de 42.088 habitantes e uma entrada de 22.082 habitantes. Conforme assinalado anteriormente, o saldo migratório negativo é mais acentuado nas áreas rurais que as áreas urbanas, portanto, é necessário analisar o processo migratório tendo em conta o padrão de distribuição da população no interior do Departamento de Loreto.

Como ficou demonstrado na exposição dos resultados relativos a composição populacional da tríplice fronteira, as características das unidades territoriais do Departamento de Loreto não são homogêneas. Há um padrão desigual de distribuição da população entre as províncias e mesmo no interior de cada província há desigualdades entre os distritos. É o que se pode observar em Maynas, cuja densidade de 4,46 habitantes/Km² é bem superior à média do Departamento de Loreto que ficou na casa de 2,77 habitantes/Km², sendo que, dos 13 distritos que compõem essa província, os mais populosos não estão localizados na área de fronteira.

No distrito de Iquitos, por exemplo, que é o principal centro urbano da província de Maynas, a densidade supera 430 habitantes/Km². Mas há também o distrito de Belén, com mais de 100

habitantes/Km², Punchana com densidade de 50 habitantes/Km² e San Juan que ultrapassa 30 habitantes/Km². Por outro lado, nos distritos de Napo, Putumaio, Teniente Manuel Clavero e Torres Causana que são fronteiriços, a densidade não ultrapassa a casa de 01 habitante/Km² (PERU, 2008).

Esse mesmo raciocínio sobre disparidades demográficas pode ser aplicado às outras províncias do Departamento de Loreto que, assim como Maynas, possuem distritos localizados na área de fronteira com baixa densidade demográfica e distritos que não são fronteiriços e por serem populosos elevam a proporção da população urbana e a densidade média da província, em franca contradição com a realidade dos distritos fronteiriços.

A análise dos dados populacionais expostos na sessão de resultados permite concluir que existem diferenças entre os próprios distritos fronteiriços do Departamento de Loreto que, na média, apresentam uma densidade populacional de 0,54 habitantes por Km² que cai para 0,44 habitantes por Km² quando se agrupa apenas os distritos localizados na tríplice fronteira com o Brasil e a Colômbia, excluindo aqueles que são fronteiriços apenas do Peru com o Equador.

As informações relativas à distribuição proporcional de áreas urbanas e rurais de Loreto (PE) estimadas pelo INEI (PERU, 2008) reforçam esse raciocínio. Em 35 dos 51 distritos do Departamento as áreas rurais correspondem à maior parte do território, sendo que, entre os doze distritos que se localizam na área de fronteira, apenas um deles (Putumayo) apresenta uma proporção de área urbana mais expressiva que a proporção da área rural. Nos outros onze distritos de Loreto que são fronteiriços, em seis deles (Andoas, Morona, Napo, Teniente Manuel Clavero, Torres Causana e Yavari) a área rural chega a representar 80% ou mais do total de seu território.

O mesmo raciocínio é válido para o lado colombiano da tríplice fronteira. Considerando os dados expostos na sessão de resultados, em oito dos nove corregimentos do Departamento do Amazonas (CO), a população residente em áreas rurais chega a 100% do total. O nono corregimento departamental (La Vitória) não dispõe dessa informação. Quanto aos dois municípios do departamento, a mesma tendência se mantém, pois, em Puerto Nariño 73% da população habitam a área Rural. Nesse caso, Letícia, a capital departamental seria a única exceção por contar com menos de 30% da sua população habitando na área rural. Mesmo assim, deve ser ressaltado que a média da densidade populacional do departamento é de

apenas 0,65 habitantes/Km² e que somente os municípios de Letícia e Puerto Nariño atingem a densidade de 6,75 e 5,05 habitantes/Km² respectivamente.

Em termos de distribuição espacial da população residente é possível, então, concluir que a tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru é uma área de baixíssima densidade demográfica que, em média, não chega a atingir 0,5 habitantes/Km² no lado peruano, não ultrapassa 0,65 habitantes/Km² do lado colombiano e não chega a 1,5 habitantes/Km² do lado brasileiro. Ademais, além de contar com uma população rarefeita e preponderantemente rural é importante assinalar que os núcleos urbanos densamente povoados que existem na zona de fronteira concentram os recursos e infra-estrutura de políticas públicas disponíveis, o que contribui, mais ainda, para acentuar as desigualdades existentes entre as parcelas que habitam as áreas de fronteira e o restante da população.

Levando em conta o que foi discutido até aqui, para demonstrar a existência de um saldo migratório negativo muito mais expressivo nas áreas rurais do Peru e que, na região da tríplice fronteira há uma predominância de populações localizadas nessas áreas, pode-se inferir que os deslocamentos populacionais responsáveis pelo saldo migratório negativo devem constituir um importante fator determinante da dinâmica populacional fronteiriça, capaz de repercutir na estrutura da população e nas tendências demográficas, provocando impactos relevantes na situação de saúde das populações das áreas fronteiriças.

De modo geral, segundo Carvalho (2003), as mudanças no padrão de natalidade e fecundidade, além da mortalidade causada por epidemias como a do HIV, por catástrofes naturais e pelo envolvimento de países em conflitos armados, figuram no rol de determinantes que atualmente são considerados capazes de provocar alterações de monta na estrutura das populações e assim, produzir como efeitos: a redução da proporção de jovens, o aumento da frequência de mulheres ou ampliação do contingente de idosos.

É no mesmo patamar de relevância desses fatores que situam as migrações, principalmente das grandes parcelas do segmento produtivo que se deslocam de diversas partes do mundo, em direção aos países considerados mais desenvolvidos, atraídos por oportunidades de emprego e a perspectiva de melhores condições de vida. Por isso, os estudos sobre mobilidade populacional geralmente abordam as implicações das correntes migratórias externas que atingem os países da Europa, Ásia e os Estados Unidos da América (EUA), oriundos de outros continentes, notadamente a América Latina que, segundo Oliveira (2006), em sua

maioria responde às demandas de mão-de-obra barata e sem qualificação para a agricultura, alimentação, construção, indústria têxtil, serviços domésticos e cuidados com os doentes, idosos e crianças em suas casas. Em muitas realidades, ressalta a autora, cabem aos migrantes os chamados trabalhos sujos, perigosos, difíceis, exigentes e indesejáveis.

Argumenta-se aqui, mais uma vez, e enfaticamente, que além da análise dos indicadores de fecundidade e natalidade e de outros processos relacionados às tendências demográficas, no contexto da tríplice fronteira amazônica, o fenômeno da mobilidade deve ser considerado um fator tão relevante para a dinâmica populacional, que pode até se constituir num traço particular da realidade socioeconômica da região.

Contudo, a magnitude da mobilidade populacional que ocorre na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, potencialmente capaz de promover impactos na estrutura da pirâmide populacional e na dinâmica demográfica da região, precisa ser compreendida como um processo cuja natureza e especificidade não podem ser dimensionadas pelos mesmos critérios e parâmetros que tem norteado a interpretação dos processos migratórios e a formulação de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas relacionados aos deslocamentos de populações para além de suas fronteiras nacionais (OLIVEIRA, 2006).

No texto “A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia”, Márcia Maria de Oliveira traça um panorama da realidade migratória mundial abordando, preliminarmente, duas questões que ajudam compreender as limitações da abordagem tradicional sobre a mobilidade humana, quando se trata de entender o contexto da tríplice fronteira amazônica (OLIVEIRA, 2006).

Segundo Oliveira (2006), a primeira limitação diz respeito ao fato de que a discussão sobre a mobilidade humana só encontra espaço no debate das políticas nacionais, que focalizam as fronteiras geopolíticas, quando o migrante passa a ser um “problema” para o país receptor. A principal contradição identificada é que esse enfoque omite o fato de que o mesmo processo que favorece o crescimento econômico dos países ricos, também é o que empobrece os países pobres de onde partem os migrantes. Apesar dessa constatação, no âmbito internacional, são as questões de segurança de fronteiras que pautam os debates sobre políticas migratórias.

A segunda limitação identificada por Oliveira (2006), no debate sobre os deslocamentos populacionais é que, tanto no âmbito institucional quanto nas instâncias não governamentais, as discussões têm girado em torno do tema da emigração internacional que nas últimas

décadas tem priorizado a América do Norte, a Ásia e a Europa como destinos, em detrimento do debate sobre as migrações internas que ocorre no interior de cada país e que num segundo nível avança para as migrações externas entre vizinhos fronteiriços.

Esse é o tipo de migração característico da zona de fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru. Para melhor explicitá-lo, Oliveira (2006) cita documentos publicados pela Igreja Católica do Brasil que abordam questões relacionadas aos refugiados e a migração, argumentando que:

[...] Dentre as várias causas da migração internacional, destacam-se os conflitos armados, a opressão política, a pobreza, a ausência de redes de segurança para as necessidades fundamentais, a degradação do ambiente, os desequilíbrios demográficos, os fatores climáticos, o processo acelerado de urbanização e a falta de participação nos processos políticos e muitos outros. Todos esses fatores constituem um conjunto de causas que dão origem a uma emigração de fuga dessas condições de vida. Também nesse contexto se originam os deslocamentos compulsórios, que eminentemente são de trabalhadores, ora expropriados de suas terras, de seus postos de trabalho e emprego, ora pressionados pela falta de oportunidades etc., que se vêem obrigados a migrar em busca de alternativas de sobrevivência. Os migrantes se tornam, nesse contexto, uma espécie de “provocação” que incomoda a “ordem preestabelecida” e se transformam em parceiros da luta por um mundo solidário, onde haja espaço para todos viverem com dignidade. [...] (OLIVEIRA, 2006).

No Brasil, a legislação migratória ainda reproduz a doutrina de segurança nacional, aplicando políticas de controle autoritárias e restritivas para com os migrantes, em contradição com a lógica da integração que orienta as próprias ações do governo na sua relação diplomática com os países vizinhos e até com exigências de tratamento que reivindica, quando se trata do migrante brasileiro no exterior. São regras discricionárias que dificultam a abordagem dos contingentes deslocados na fronteira amazônica (SPRANDEL, 2001).

No contexto específico da tríplice fronteira os deslocamentos populacionais forçados repercutem nas condições de vida e situação de saúde das populações que habitam as áreas contíguas da região. Dado que o perfil epidemiológico expressa as contradições sociais, políticas e econômicas do território e a mobilidade populacional tem grande importância na dinâmica do espaço fronteiriço amazônico, a sua magnitude deve ser considerada como determinante do perfil de saúde da zona de fronteira.

Os resultados do processo de classificação do perfil epidemiológico da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru demonstram que, na escala estadual/departamental, os indicadores

sócio-econômicos e de saúde explicitam as desigualdades internas dos espaços nacionais e vislumbram a existência de alguma identidade entre os territórios fronteiriços dos três países. No caso do Brasil, por exemplo, todos os indicadores avaliados tendem para uma situação de maior gravidade no estado do Amazonas, em comparação com as médias nacionais. Da mesma forma que também ocorre no departamento do Amazonas em relação às médias nacionais da Colômbia e no departamento de Loreto, em relação às médias nacionais do Peru.

Significando que o aumento da escala de análise poderá melhorar a precisão da medida quando se trata da caracterização do perfil epidemiológico que é predominante na zona de fronteira. No entanto, as próprias condições geográficas e precariedade dos sistemas de informação chegam a provocar até uma ausência completa de alguns dados relevantes, tornando este, um grande obstáculo a dificultar uma aproximação mais precisa da realidade regional do espaço de fronteira.

Carvalho e Fontbonne (2006) ponderam que na sua aplicação do modelo de classificação dos perfis epidemiológicos, com objetivo de fazer comparações de áreas continentais, quatro elementos importantes foram levados em conta, na etapa de análise dos resultados: o primeiro elemento diz respeito a necessidade de compreender a grande diversidade política, social e cultural que ocorre entre os continentes e ainda entre os próprios países que formam as várias regiões do mundo. O segundo elemento diz respeito às grandes variações nas dimensões geográficas territoriais e climáticas entre os países e a sua composição étnica e demográfica. O terceiro elemento diz respeito a força da economia que diferencia os países pelas reservas naturais que dispõem e pela riqueza que acumularam ao longo de sua história. Por fim, o quarto elemento diz respeito às transições demográfica, epidemiológica e nutricional que ocorrem simultaneamente em cada país, delineando o perfil dos indicadores cuja variação expressam os resultados de políticas econômicas e sociais que repercutem, tanto na expectativa de vida, quanto na composição demográfica.

Desta forma, Carvalho e Fontbonne (2006) consideram que os estudos sobre perfil epidemiológico precisam aproximar dos espaços regionais como forma de capturar os processos que operam como determinantes específicos em cada realidade. Se nos contextos de fronteira, as diferenças intra e inter regionais são expressivas, na fronteira amazônica, onde os deslocamentos populacionais produzem impactos significativos na estrutura e distribuição da população, este é um fenômeno relevante que deve ser tratado como um dos principais

determinantes do processo saúde-doença e da complexidade que envolve a organização dos serviços para o atendimento das demandas e necessidades regionais.

Segundo Oliveira (2006), as localidades de Letícia (CO), Tabatinga (BR) e Santa Rosa (PE) são importantes pontos de convergência do processo migratório da tríplice fronteira que funcionam como lugar de permanência e porta de entrada/saída nos três sentidos e enfrentam problemas similares dos três países nessa área que são: narcotráfico, desemprego e trabalho informal. Como o Brasil tem sido o destino principal a atrair o contingente de deslocados colombianos e peruanos, a cidade de Tabatinga (BR) é o ponto de maior movimentação da corrente migratória. No entanto, apesar da fronteira aberta, esses migrantes são tratados como irregulares no território brasileiro, sem direito a documentos de permanência e sofrem discriminação por parte das autoridades em função das lacunas da legislação migratória brasileira que atendem apenas aos interesses econômicos.

Para Oliveira (2006), a migração peruana na zona de fronteira amazônica decorre de diversos fatores que incluem determinantes de natureza histórica, relacionada à cultura indígena, uma vez que os povos andinos eram predominantemente nômades; natureza geográfica relacionada a proximidade da fronteira que funcionaria como um convite a transposição; natureza econômica relacionado ao processo recente de migração que decorre das crises e recessão no país vizinho; e, por fim, natureza política relacionado a ditadura militar que atingiu o Peru entre 1968 e 1975. Em cada conjuntura operou um fator determinante ou outro que resultou em um movimento migratório em três ciclos. No primeiro ciclo, nos limites regionais de pequenos povoados para as cidades maiores como Iquitos. No segundo ciclo o processo migratório se direcionou em larga escala para o Chile. No terceiro ciclo, ocorrido na década de 1980 e primeira metade da década de 1990, com maior relevância, a migração peruana adentrou a Amazônia brasileira.

Ainda segundo Oliveira (2006) o fluxo da migração para a Amazônia brasileira, em grande parte se deu para Tabatinga, porém, um número considerável se desloca para as cidades ao sul da região do Alto Solimões como: Benjamin Constant, Jutai e Amaturá, entre outras. Outros escolhem Manaus atraídos pela mesma ilusão de desenvolvimento econômico que também atrai os brasileiros oriundos das diversas regiões do interior do estado.

O perfil médio do migrante peruano é: originado da selva peruana; tem histórico de migração anterior no Peru; não tem qualificação profissional; o nível de estudos é baixo; pertencem a

etnias indígenas peruanas; migram com toda a família em busca de qualquer tipo de trabalho e melhores condições de vida; em média têm três filhos; submetem a qualquer situação que lhes proporcione algum ganho para sustento da família; e são muito explorados por temerem denúncias, dada a sua situação de clandestinidade (Oliveira, 2006).

No caso da migração colombiana para o Brasil, Oliveira (2006) ressalta que o principal fator determinante é a violência decorrente de conflitos armados que envolvem: narcotraficantes, paramilitares, guerrilha e forças regulares do exército colombiano. O deslocamento é a categoria utilizada para explicar esses deslocamentos provocados pela fuga da violência. Os deslocados vivem sempre em condição provisória porque desejam regressar para os seus locais de origem, mas, são impedidos pelos conflitos.

Para Oliveira (2006), como não existe suporte para atendimento de migrantes nessas condições, o problema dos deslocados se transformou num grande desafio para as autoridades governamentais, principalmente porque o seu fluxo tem aumentado para a cidade de Letícia (CO), de onde partem posteriormente para adentrar o território brasileiro onde passam a viver em condição de clandestinidade que impede até a produção de dados confiáveis sobre o tamanho desse contingente e contribui para aumentar a discriminação e perseguição policial que pesa sobre eles.

A análise do comportamento demográfico dos municípios do Alto Solimões e do perfil epidemiológico de Tabatinga pode explicitar a determinação geográfica, sócio-demográfica e epidemiológica das características assumidas pelos problemas de saúde no contexto da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Os dados do IBGE indicam que todos os municípios do Alto Solimões apresentaram crescimento positivo variando suas taxas entre 2,31% e 4,39% ao ano no período de 2000 a 2006, com Atalaia do Norte apresentando a menor taxa e São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá e Tonantins as maiores. O município de Tabatinga, com 2,93%/ano foi o que mais se aproximou das taxa média de crescimento do estado do Amazonas que ficou em 2,76% ao ano (IBGE 2006).

Pelas estimativas do Ibge, Tabatinga é o município com maior número estimado de mulheres em idade fértil no Alto Solimões. Em termos proporcionais sua taxa de população feminina em idade fértil (61,51%) é a mais elevada e novamente a que mais se próxima da média estadual (63,85%). Sendo assim, chama a atenção o crescimento populacional de Amaturá

(3,82%/ano), Santo Antônio do Içá (4,20/ano) e Tonantins (3,83/ano), acima da média de Tabatinga que pode decorrer tanto de taxas de natalidade comparativamente mais elevadas quanto de taxas de mortalidade mais baixas nesses municípios mencionados.

No comparativo das taxas de natalidade os três municípios que apresentam as menores taxas médias de crescimento entre 2000 e 2006: Atalaia do Norte (2,31%), Benjamin Constant (2,38%) e Tabatinga (2,93%) mantêm um comportamento semelhante em relação às taxas de natalidade no período de 1996 a 2006. Benjamin Constant chega a apresentar uma natalidade de 2,07 nascidos vivos para cada 1.000 habitantes em 1996, porém, logo em 1997 apresenta uma taxa acima de 10 nascidos vivos para cada mil habitantes, mantendo-se então nesse patamar e acompanhando Benjamin Constant e Tabatinga na tendência constante de crescimento das taxas de natalidade nos anos seguintes. É de se acreditar, portanto, que o valor registrado para Atalaia do Norte em 1996 estava fora do padrão assim como o segundo registro de Benjamin Constant, nessa série de anos, indicando uma taxa de natalidade de 4,06 para 1997 quando no ano anterior fora de 15,17 nascidos vivos para cada 1000 habitantes.

Seguindo o mesmo raciocínio, parece coerente afirmar que, Amaturá, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença e Tonantins formam um segundo bloco de municípios que apresentaram comportamentos similares quanto às taxas de crescimento e natalidade no Alto Solimões. Nesse caso, todos os quatro apresentaram taxas médias de crescimento acima de 3,50% no período de 2000 a 2006 e natalidade abaixo de 0,20 nascidos vivos para cada 1.000 habitantes no ano que inicia a série de 1996 a 2004. Por se tratar de uma série curta, de apenas oito anos, não é possível concluir definitivamente sobre o comportamento dos municípios do Alto Solimões, entretanto, parece evidente que a natalidade não seria um elemento explicativo satisfatório para o perfil demográfico observado naqueles municípios. Ou seja, uma vez tendo sido ressaltado que as características de Tabatinga (número absoluto e proporção maior de mulheres em idade fértil) são, relativamente, mais propícias a um padrão de crescimento mais acentuado da população caberia indagar: porque justamente Tabatinga apresentou taxas de crescimento mais modestas que os aglomerados urbanos vizinhos. Uma provável explicação, como já foi assinalada seria uma ocorrência de mortalidade em Tabatinga, num padrão distinto dos outros municípios da mesma região. Outro provável fator seria a mobilidade populacional e as relações trans-fronteiriças que nas condições da conurbação distinguiria a dinâmica populacional de Tabatinga-Letícia do conjunto de seus vizinhos de fronteira.

Tanto as taxas de natalidade quanto a fecundidade são calculadas com base nos nascidos vivos, por isso é importante considerar aspectos como as condições de nascimento que envolve: prematuridade, partos cesáreos e a gravidez precoce. Todas estas condições, quando presentes em proporções elevadas, sinalizam riscos ampliados que podem determinar tanto o óbito fetal quanto a morte prematura. É por essa razão que a avaliação da mortalidade deve ser criteriosa, observando a sua distribuição segundo o grupo de causas e principalmente, considerando a estrutura das faixas etárias. Só dessa maneira se torna possível perceber os diferentes padrões de ocorrência de morte atingindo a população e porquanto, os efeitos da transição epidemiológica se tornarão evidentes, não como um padrão que se reproduz linear e previsivelmente, mas como um perfil que se delinea segundo a trajetória sócio-econômica e a realidade sanitária própria do lugar (CEZAR; RODRIGUES, 1999; BARRETO; CARMO, 2006; ZÚÑIGA; MONTEIRO, 2006).

A transição demográfica tal qual foi descrita pela primeira vez nos anos de 1940 referia aos efeitos das mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade sobre o crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e sexo. A primeira mudança ocorre com a queda da mortalidade produzindo um ganho de vidas humanas em todas as idades sem produzir, necessariamente, alteração na estrutura etária. A queda da fecundidade é que se constitui no fator decisivo para o envelhecimento porque provoca uma diminuição relativa dos contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens e uma ampliação nas faixas mais idosas (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

O percurso de uma população na trajetória de transição demográfica delinea pelo menos quatro fases com efeitos distintos em cada uma delas. Na primeira, natalidade e mortalidade, principalmente infantil, se mostram estáveis em níveis elevados tendo como consequência um equilíbrio populacional. Esta fase foi chamada de primitiva e identificada com o período pré-industrial. Na segunda fase, considerada intermediária, a natalidade mantém-se elevada, mas a mortalidade decresce. É quando então ocorre a explosão demográfica. Na terceira fase, chamada de intermediária de convergência de coeficientes, a natalidade começa a cair drasticamente provocando o efeito do envelhecimento da população.

Na quarta e derradeira fase da transição demográfica, chamada de moderna ou pós-transição, os coeficientes voltam a ser convergentes. Desta feita, porém, nos níveis mais baixos e tendo como consequência uma estabilização de taxas na qual, a fecundidade garante a reposição, a

esperança de vida cresce e a população envelhece aumentando o seu contingente feminino (VERMELHO E MONTEIRO, 2002).

A estrutura etária do município de Tabatinga (BR) corresponde a de uma população que ainda não foi submetida a uma transição demográfica. A pirâmide é de base larga sugerindo uma reposição que supera os óbitos e o crescimento do número de pessoas em idade avançada. A taxa bruta de mortalidade do município Tabatinga apresenta uma tendência de crescimento no decorrer dos anos de 1985 a 2004. Nesse período a maior taxa do município ocorreu no ano de 2003 (4,39/1000) e a menor no ano de 1991 (0,08/1000).

Comparando com a situação estadual percebe-se uma diferença nítida na tendência dos números pois, entre 1998 e 2000, o Amazonas registrou um crescimento da mortalidade de 3,47 para 3,72/1000 mas, logo em seguida, refluíu para o patamar de 3,42/1000 no ano de 2003. Conclui-se que o município de Tabatinga experimenta um crescimento do número de óbitos na contramão da realidade do Estado do Amazonas cuja tendência é de redução da mortalidade.

Resta identificar os fatores que condicionam o padrão de mortalidade do município de Tabatinga e quais os processos determinantes da sua ocorrência. No ano de 2004 prevaleceram as causas externas como grupo principal de causa de morte no município, sendo responsável por 21,28% dos óbitos. Na seqüência aparecem as perinatais com 19,15% dos óbitos, as doenças do aparelho circulatório (15,96%), as DIP (12,28%), as doenças do aparelho respiratório (8,51%) e finalmente as neoplasias (7,45%) (DATASUS). Apesar das doenças circulatórias figurarem no elenco das causas com percentuais acima das doenças infecciosas, estas últimas ainda provocam mais óbitos que as neoplasias em Tabatinga, enquanto, no Amazonas, como um todo, as DIP aparecem com uma proporção menor que todos os grupos de causa, com exceção das perinatais. Isto fala a favor de uma preponderância dos fatores relacionados às condições básicas de vida em relação aos aspectos crônicos e degenerativos na causalidade das doenças e óbitos no município de Tabatinga. Do quadro geral de mortalidade identificado em Tabatinga devem-se destacar dois aspectos. O primeiro relacionado às causas externas que, pela sua relevância, deve ser analisada procurando definir os processos relacionados a cada uma das faixas de idade.

Cezar e Rodrigues (1999) lembram que na transição, as causas externas tendem a crescer em todas as idades, com exceção na de menores de 1 ano. Recomendam então que se faça uma

análise integrada desta causa com os padrões de urbanização emergentes levando em consideração a natureza e o volume dos movimentos migratórios assim como a inserção da população no sistema educacional e no mercado de trabalho. Argumenta-se, ainda, que a desagregação por sexo também pode elucidar pontos importantes, principalmente estiver conjugada a uma desagregação do conjunto das causas externas em causas específicas como suicídios e acidentes automotores.

O segundo aspecto a ser ressaltado é que na proporção de óbitos decorrentes das afecções originadas no período perinatal estão incluídas as mortes advindas de deficiências na atenção ao parto e atendimento hospitalar. Sendo assim é um importante marcador da qualidade do serviço de saúde prestado a população. A distribuição dos óbitos por faixa etária evidencia a relação entre os grupos de causa e a mortalidade. Em Tabatinga, nos menores de 1 ano, as causas perinatais foram responsáveis por nada menos que 69,2% dos óbitos. As DIP e demais causas definidas, cada uma delas representando 15,4%, respondem pelo restante dos óbitos dessa idade. Juntas, as afecções perinatais e as DIP contemplam 75,5% de todas as causas de óbitos, presumivelmente conhecidas, que atingem as crianças menores de 1 ano de Tabatinga. Ou seja: 3 de cada 4 óbitos ocorridos em 2004 no município nessa faixa de idade.

As causas perinatais têm tanta relevância que chegam a representar um quinto da totalidade dos os óbitos registrados no município de Tabatinga em um ano. Na capital amazonense, os 51,3% das causas perinatais dos óbitos em menores de 1 ano representam tão somente 5,1% no total dos óbitos. No Amazonas, os 54,6% óbitos de por causa perinatal nos menores de 1 ano de idade representam apenas 7,4% do total dos óbitos do Estado. Na faixa etária 1 a 4 anos as causas externas somadas as DIP representam 50% do total. A outra metade é formada pelo grupo de outras causas mal definidas. Nos 5 a 9 anos, as doenças do aparelho circulatório, juntamente com as do aparelho respiratório e as demais causas definidas cada qual com 3,3%, englobam todos os grupos de causa de óbito. Nos 10 a 14 anos as DIP aparecem como responsáveis por todos os óbitos, já na faixa de 15 a 19 eles se restringem às causas externas e doenças do aparelho respiratório (50% cada). Nas idades seguintes, os tumores e as doenças circulatórias e respiratórias se consolidam como grupos de causa significativa enquanto as DIP e as causas externas encolhem as proporções para níveis bem mais baixos.

Se a distribuição da mortalidade proporcional segundo cada grupo de causa e para cada idade for representada numa seqüência de anos, será possível demonstrar o momento exato que cada

grupo de causa influenciou mais ou menos o perfil de mortalidade de cada uma das faixas etárias no município de Tabatinga. Assim, seria possível identificar os prováveis fatores condicionantes que estão relacionados a cada processo e dessa maneira, para cada momento será possível determinar que processos estruturais, ou não, que foram determinantes na definição do perfil de mortalidade do município sem se prender a modelos pré-definidos.

A simples distribuição da mortalidade proporcional segundo as causas para cada ano já explicita a transição do município de Tabatinga/AM demonstrando que em 2002 as neoplasias malignas do colo do útero surgem como uma importante causa de morte que rapidamente suplanta a Aids se consolidando, já em 2004, como uma das mais importantes causas de óbito do município. Do mesmo modo se percebe um surto de agressões registrado no ano de 2002.

8.2 Estrutura e organização dos sistemas locais de saúde fronteiriços

O atual sistema de saúde brasileiro teve a sua origem na reforma sanitária desencadeada na década 1980, como desdobramento de um debate amplo que envolveu a sociedade civil organizada, a comunidade técnico-científica e a esfera governamental, resultando na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi incorporado à plataforma política do movimento que defendia a redemocratização do país.

Contrariando a tendência neoliberal, os preceitos do novo sistema de saúde foram introduzidos na constituição promulgada em 1988 (BRASIL, 1988), passando a ser reconhecido como um direito de todos: a universalidade do acesso, a equidade no atendimento e a integralidade da assistência. Posteriormente a Lei Orgânica da Saúde - LOS 8080/1990 e a Lei Complementar 8.142/1990 (BRASIL, 1990a; 1990b) estabeleceram as bases operacionais definitivas para o processo de descentralização, hierarquização e controle social previstos no texto constitucional (ESCOREL, 2005).

A mudança no arcabouço jurídico institucional exigiu uma ampla redefinição das atribuições e papéis dos diferentes níveis de governo com a saúde (CUNHA, 1998). O SUS prevê a descentralização do planejamento e execução das ações para esfera municipal, que gradativamente tem assumido a responsabilidade pela organização das redes locais de atenção, respeitando os níveis de complexidade dos problemas. Naquilo que dispõe de

competência, o setor público assume diretamente a cobertura da assistência lançando mão de serviços próprios que podem ser vinculados a qualquer uma das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

A rede privada passou a ser tratada como um sistema complementar, que pode ser demandado pelo poder público, para a realização de exames diagnósticos ou assistência de média e alta complexidade, principalmente hospitalar, nas áreas em que não se dispõe de uma estrutura própria do governo, sendo esses procedimentos, cobertos pelos recursos públicos. Mais recentemente, a gestão do SUS tem sido reorientada no sentido da regionalização da assistência, definindo territórios sanitários de abrangência supra-municipal. Para viabilizar as ações, os recursos financeiros são repassados, diretamente aos municípios, que devem elaborar um plano de metas prevendo mudanças efetivas na situação de saúde da população (MENICUCCI, 2008).

O financiamento do sistema se dá pelos Fundos de Saúde (nacional, estadual e municipal), que são supridos com recursos orçamentários ou oriundos da arrecadação fiscal e previdenciária de empregados e empregadores, das contribuições sociais vinculadas à lucratividade das empresas e dos concursos de prognósticos (loterias), além da cooperação internacional (CUNHA, 1998). As transferências entre esferas ocorrem através de: repasses fundo a fundo, com base no critério populacional; por convênios vinculados às ações prioritárias; ou ainda, pelo pagamento de procedimentos realizados, diretamente às entidades prestadoras de serviços (MENICUCCI, 2008).

A conformação atual do **sistema de saúde da Colômbia** tem origem no pacto nacional pela superação da crise institucional desencadeada pelo conflito com o narcotráfico entre 1991 e 1993. A constituição promulgada em 1991 incorporou a noção de Estado Social de Direito, garantindo o acesso universal à seguridade social, entretanto, a tradição colombiana de promover reformas amplas para obter a distensão política foi mantida no espírito da Lei 100/1993 (COLÔMBIA, 1993) que transformou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (SGSSS). Para evitar o confronto com o sindicalismo e ao mesmo tempo garantir o apoio dos setores conservadores ao projeto de abertura da economia do país, o governo conduziu a reforma de maneira que o novo sistema preservasse a lógica de mercado resguardando os princípios de concorrência e livre escolha do usuário, os mecanismos de regulação, a solidariedade financeira entre ricos e pobres e a redefinição das funções do Estado (BOINIEC, 1992; HERNÁNDEZ, 2002).

Partindo do princípio da separação entre serviços individuais, que são considerados bens privados e estão a cargo do mercado, e coletivos que são bens públicos e estão sob os cuidados do Estado, o sistema de saúde foi estruturado em dois regimes (Contributivo e Subsidiado), com acesso regulado pelo governo que realiza inquéritos anuais para classificar o nível de renda e das necessidades da população cadastrada no Sistema de Identificação de Beneficiários de Subsídios do Estado (SISBEN). A base de sustentação financeira do sistema é a contribuição dos trabalhadores (4% de cada salário recebido) e dos patrões (8% sobre cada salário pago). No regime contributivo o Plano Obrigatório de Serviços (POS) é garantido aos empregados que recolhem o suficiente para cobrir os benefícios. No regime subsidiado o governo complementa os custos da assistência do segurado de baixa renda que obtém um pacote de serviços equivalente a 70% do POS contributivo. O Estado assume ainda, a cobertura das ações não-POS e a assistência da população não afiliada utilizando, nessas situações, um critério de prioridade no atendimento a grupos vulneráveis como crianças, pobres e portadores de doenças graves (HERNÁNDEZ, 2002).

A gestão do sistema de saúde colombiano é descentralizada para a esfera departamental que contrata Empresas Promotoras de Saúde (EPS) e Administradoras de Regime Subsidiado (ARS). Cada empresa recebe um repasse de recursos correspondente ao volume de Unidades de Pagamento por Captação (UPC) calculado com base no total de seus afiliados. Para execução da assistência, as operadoras de seguro saúde contratam Instituições Prestadoras de Serviços (IPS). Dentre elas, estão as Empresas Sociais do Estado (ESE) que são instituições públicas responsáveis pelo atendimento de primeiro e segundo nível e pelas ações de saúde coletiva.

O financiamento do sistema de saúde se dá pelo Fundo de Solidariedade e Garantia (FSG) que é subdividido em quatro sub-contas: a) a conta Compensação (COMP) destinada ao pagamento do regime contributivo, que é formada pela contribuição dos segurados; b) a conta Solidariedade (SOLIDAR) que é destinada ao regime subsidiado e composta por um percentual da contribuição dos afiliados ao regime contributivo que recebem acima de quatro salários mínimos e por repasses governamentais; c) a conta Promoção da Saúde e Prevenção de Enfermidades (PS-PE) composta por 0,5% das UPC pagas às EPS e por aportes do governo para a saúde coletiva; e d) a conta Enfermidades Catastróficas (CATAST) que financia o custo de doenças crônicas e de alto risco não incluídas no POS (HERNÁNDEZ, 2002).

O **sistema de saúde peruano** também passa, neste momento, por amplo reordenamento que decorre da aprovação da *Ley marco do aseguramiento universal en Salud* pelo Congresso Nacional em 30 de março de 2009 (PERU, 2009). Essa lei estabelece a obrigatoriedade de extensão da cobertura de seguro saúde a toda população e para efetivar esse direito criou o Plano Essencial de Assistência a Saúde (PEAS) prevendo a base legal para a sua supervisão e gestão (DIAZ, 2009).

O PEAS contempla a assistência integral a um pacote de doenças consideradas mais relevantes de acordo com o perfil epidemiológico do país e respeitando as realidades regionais. Para a sua implantação, inicialmente, foram selecionadas 45% da morbimortalidade que afeta a população, priorizando três regiões do país, entre as quais Loreto não está incluído, e mais quatro redes de saúde que receberam planos pilotos. No processo de implantação do PEAS está previsto a ampliação gradual do número de regiões contempladas e do percentual de carga de doenças cobertas (ARCE, 2009).

Segundo Castro (2009), essa lei não atende aos propósitos que anuncia de universalização do acesso, dentre outras razões, porque não altera a segmentação do sistema de saúde peruano e apenas propõe a unificação operacional das diversas estruturas que são paralelas e autônomas entre si. Atualmente existem cinco subsistemas que atendem à população: a) O Ministério da Saúde (MINSA) que compreende o Seguro Integral de Saúde (SIS); b) O Seguro Social em Saúde (ESSALUD) adscrito ao Ministério do Trabalho; c) a rede assistência das Forças Armadas (Marinha, Aeronáutica e Exército) adscrito ao Ministério da Defesa; d) o subsistema da Polícia Nacional do Peru (PNP) adscrito ao Ministério do interior; e e) Setor Privado: formado por entidades prestadoras de serviços de saúde, seguradoras privadas, clínicas e organizações da sociedade civil (OSC) (WILSON; VELÁSQUEZ; PONCE, 2009). Em todo o Peru, a parcela da população à margem dos seguros saúde chega a 58%, o que representa aproximadamente 16 milhões de habitantes. Do restante, 20% são cobertos pelo ESSALUD, 18% pelo SIS e 4% pelas forças armadas e pelo setor privado (DIAZ, 2009).

O financiamento do sistema de saúde peruano sofrerá mudanças consideráveis com a implantação da Lei Marco do Asseguramento Universal em Saúde. Na situação anterior, havia diversos fundos autônomos que mantinham cada segmento de seguro. A norma atual prevê a criação de um Fundo de Asseguramento a Saúde de caráter público para garantir o acesso ao seguro subsidiado e obriga os demais seguros de saúde a constituir um fundo solidário para garantir o PEAS a todos os seus afiliados. Para administrar os fundos solidários foram

instituídas as Administradoras de Fundos de Asseguramento em Saúde (AFA) que serão supervisionadas pela Superintendência Nacional de Asseguramento em Saúde (BARBOZA TELLO, 2009; WILSON; VELÁSQUEZ; PONCE, 2009).

8.6 Avaliação da oferta de serviços de saúde

8.6.1 Especificidades da assistência à saúde no contexto da fronteira

Na avaliação dos serviços de saúde localizados na tríplice fronteira amazônica entre Brasil/Colômbia/Peru foram considerados três componentes: a oferta de serviços; os mecanismos de referência e contra-referência; e as estratégias adotadas para o enfrentamento das limitações da oferta de serviços e leitos hospitalares.

Entre os quarenta e sete estabelecimentos selecionados para participar do estudo, foram contemplados todos os tipos de unidades de saúde que reproduzem as principais características da rede de serviços disponíveis nos três lados da fronteira. Na análise dos dados coletados foi considerada a totalidade dos estabelecimentos que compõem a amostra e, num segundo nível, um recorte para a avaliação das cinco unidades hospitalares de referência que prestam assistência de maior nível de complexidade.

Os postos e centros de saúde, somados às unidades mistas representam a maioria dos estabelecimentos da amostra, assim como também ocorre na composição geral da rede de serviços fronteiriços dos três países. Da mesma forma que o tipo de gestão identificada como principal é a administração direta da saúde. A gestão por empresas privadas foi encontrada apenas na metade das unidades de saúde colombianas estudadas. Ou seja: considerando o tipo de prestador de serviços, o gestor público das três esferas de governo é responsável pela totalidade das unidades básicas e hospitalares enquanto a gestão privada responde apenas por oito unidades de saúde, sendo três consultórios e cinco clínicas/ambulatórios, todos localizados em Letícia (CO).

A inclusão de três hospitais localizados em Iquitos (PE) na amostra estudada, decorre da inexistência de outras unidades hospitalares peruanas situadas diretamente na faixa de fronteira^X. Pela conformação do sistema de saúde do Peru, as micro-redes e redes de serviços são formadas por postos e centros de saúde, geograficamente distribuídos, que encaminham suas demandas de exames, internação e cirurgia especializados para os maiores núcleos urbanos. No caso do departamento de Loreto, é exatamente para os três hospitais de Iquitos (PE) que se destinam os pacientes de todas as províncias peruanas situadas na faixa de fronteira com o Brasil e a Colômbia.

As cidades gêmeas de Tabatinga (BR) e Letícia (CO) abrigam os outros dois hospitais estudados, que são respectivamente: o Hospital de Guarnição de Tabatinga e o Hospital San Rafael de Letícia. Esses estabelecimentos servem de referência para a rede de serviços de atenção básica fronteiriços do Brasil e da Colômbia. O lado brasileiro da faixa de fronteira conta ainda com seis estabelecimentos do tipo Unidade Mista assim como, no lado colombiano existe o Hospital Local de Puerto Nariño. Essas unidades de saúde, no entanto, têm um grau de resolutividade restrito, servindo apenas como apoio para a rede de postos de saúde, sem abordar os casos de internação, cirurgia, consulta especializada ou exames complementares, que são todos encaminhados para outros serviços de maior complexidade assistencial.

Para avaliar a resolutividade da rede local de saúde, foram então levantados os dados sobre a oferta de serviços contemplando: atendimento às urgências e emergências clínicas e cirúrgicas; atendimento as gestantes; realização de consultas ambulatoriais especializadas; atendimento odontológico e fisioterápico; disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico laboratorial e de imagens; realização de cirurgias eletivas; execução de ações programáticas de saúde para o controle de agravos endêmicos; e disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em funcionamento.

A análise dos resultados foi realizada num contexto em que a fronteira é assumida como um território único e que a sua identidade geográfica, social e econômica se expressa, principalmente, nas características peculiares dos problemas de saúde da população, o que

^X Segundo Oliveira, Machado e Moyses (2008) a faixa de fronteira compreende o território situado entre a linha divisória internacional e uma linha paralela orientada a uma distância que cada país define para o interior de seu território. No Brasil, a constituição estabeleceu que a faixa de fronteira é de 150 quilômetros e portanto, abrange todos os municípios e cidades situados nesse limite. A região fronteira é um conceito que refere às unidades territoriais que são limítrofes entre dois ou mais países.

torna imprescindível uma intervenção articulada das autoridades sanitárias. Nessa perspectiva, a descentralização e regionalização da assistência são assumidas como ações estratégicas para a integração dos sistemas locais de saúde.

Conforme ressaltam Oliveira, Machado e Moyses (2008), a *Fronteira* deve ser entendida como: “um espaço territorial, sociológico e econômico, de relação de interdependência, promovida e compartilhada por grupos populacionais que se estabelecem de um ou de 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 da cada uma de suas nações de origem”. Para os mesmos autores:

[...] As cidades fronteiriças integram-se de forma natural e criam uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova sociedade com valores e traços culturais, étnicos linguagens peculiares e próprios dessa localidade, apresentando uma identidade diferente do restante do país. Observa-se também que existem fronteiras em que a condição de um lado é melhor que a do outro, devido, especialmente, ao fato de um país possuir melhores condições de acesso aos serviços, e nesse caso, a saúde é utilizada como um elo de ligação entre os dois lados, gerando nas fronteiras mais críticas um desenvolvimento mais equitativo para o bem estar e qualidade de vida da população. [...] (OLIVEIRA; MACHADO; MOYSES, 2008).

Na regionalização da assistência é preconizada a hierarquização da rede de serviços, com atribuição de papéis para cada uma das unidades de saúde, de acordo com o nível de complexidade do atendimento que elas prestam. Segundo Dubeux (2006), a conformação dos hospitais regionais corrobora com a definição de áreas de abrangência e conseqüentemente de sua população adscrita, a fim de contribuir com o planejamento dos recursos a serem distribuídos de acordo com as necessidades locais.

Num estudo realizado no Brasil, esta autora chamou atenção para diversas características identificadas nos hospitais de referência que se opunham a idéia da regionalização, tais como: demanda atendida predominantemente da própria localidade sede da unidade de saúde, registro de procedimentos menos complexos como causas da maioria das internações, e disponibilidade de oferta limitada de serviços, o que implicava na transferência de pacientes para os hospitais mais especializados (DUBEUX, 2006).

Os estudos sobre essa temática indicam ainda que, no processo de regionalização, tanto a disponibilidade quanto a restrição de serviços em determinadas especialidades médicas bem como a ausência de estruturas necessárias para a assistência (instalações, exames

complementares e leitos hospitalares) refletem no comprometimento da demanda atendida. Isso porque se considera que o padrão de utilização de serviços altera por meio da demanda induzida pela oferta (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005; DUBEUX, 2006).

Quando se trata de uma zona de fronteira, a regionalização da assistência adquire uma complexidade maior a medida que nessas áreas estão interpostas: as disparidades entre os modelos de gestão de cada país e principalmente as carências relativas ao nível de estruturação da rede de serviços locais de saúde, um traço que ressalta os efeitos das desigualdades entre as diversas regiões que compõem os espaços nacionais. A evidência de que existe uma relação direta entre o nível de desenvolvimento e as características das demandas de saúde atendidas foi constatada, por exemplo, num estudo de Silva (2002), sobre a relação entre o público e o particular na oferta de serviços e na descentralização no Brasil. Nas suas conclusões, o autor procura ressaltar a existência de uma grande diversidade regional com predomínio de maior complexidade da assistência nas áreas mais desenvolvidas. Porém, faz questão de alertar que a preponderância das especialidades médicas consideradas básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia), como causas de internação nas regiões menos desenvolvidas, decorre mais das características da oferta de serviços do que propriamente do perfil da demanda. Ou seja: as áreas especializadas que mais atendem, internam e realizam procedimentos, são exatamente as que são oferecidas pelos serviços e não aquelas que expressam as maiores necessidades da população.

Nos estudos sobre o tema dos recursos humanos nota-se que, de fato, existe um padrão relacionado à distribuição geográfica de profissionais de saúde, no qual se observa uma concentração maior de especialistas nos grandes centros urbanos e, principalmente, nas áreas mais desenvolvidas. Quando se observa o interior de cada região, geralmente essas desigualdades se reproduzem mantendo uma carência maior nos pontos mais isolados e menos desenvolvidos. E o quadro tende a se agravar dependendo do tipo de profissional, uma vez que as especialidades mais complexas, como a neurocirurgia, apresentam uma concentração relativamente maior em comparação com as outras consideradas menos complexas (ABRAMZÓN, 2008; MATO GROSSO, 2002).

No Brasil, a estratégia de descentralização adotada no setor saúde procura fortalecer a esfera municipal, ao mesmo tempo em que resgata o papel da esfera estadual e federal na articulação das ações de abrangência supra municipal. A regionalização da rede assistencial reforça o princípio da integralidade da atenção ao promover um novo arranjo institucional em que a

hierarquização dos serviços é referida aos territórios sanitários, que são sub-regiões definidas segundo as características geográficas de cada estado da federação.

Nesse modelo de gestão, o setor público responde como principal provedor da oferta de serviços, principalmente nas regiões menos desenvolvidas e de população mais rarefeita como as áreas de fronteira. Atualmente, na região do Alto Solimões os serviços de saúde disponíveis são exclusivamente públicos, porém, a complexidade da assistência ainda não ultrapassa o segundo nível de atenção.

No sistema de saúde colombiano, a gestão é terceirizada e as operadoras privadas do seguro social atuam sob o controle descentralizado das instâncias departamentais, que exercem esta finalidade a partir de um credenciamento por meio de certificação do Ministério da Saúde. Nesse modelo em que os estabelecimentos de saúde vinculados ao setor público funcionam como Instituições Prestadoras de Serviços (IPS), nas mesmas condições dos estabelecimentos privados, são os mecanismos de mercado que regulam a expansão da rede assistencial, sobretudo a distribuição de recursos humanos e de infra-estrutura de apoio diagnóstico.

De forma que a concentração de serviços tende a ser maior e a possibilidade de ampliação a capacidade instalada é mais limitada. Tanto assim que, no momento, o departamento do Amazonas dispõe de uma rede assistencial majoritariamente pública que também não ultrapassa o nível secundário de complexidade. Com o agravante que na assistência individual e na realização de exames complementares é significativa a presença do setor privado, que se expande em função da demanda, dificultando a sua regulação por parte do poder público.

No Peru, apesar da existência de uma segmentação do setor saúde em diversos subsistemas, na região de fronteira a rede de serviços disponíveis é exclusivamente pública. Em todo o departamento de Loreto, a oferta de serviços de primeiro nível tem grande capilaridade, enquanto a atenção de segundo e de terceiro nível de complexidade se concentram na cidade de Iquitos (PE).

A distribuição de serviços e de profissionais, nesse caso, em grande medida, passa pelo controle do governo departamental. Entretanto, dadas as condições peculiares da região, principalmente relativas ao grau de dispersão populacional, pode se dizer que no lado peruano da fronteira, as desigualdades internas se tornam mais evidentes. Isso porque, apesar do departamento de Loreto dispor de uma rede assistencial mais estruturada e de maior resolutividade que a rede de serviços disponíveis na faixa de fronteira do Brasil e da

Colômbia, o fato dos serviços de maior complexidade assistencial de Loreto se concentrar na capital do departamento, as condições da assistência prestada nas localidades fronteiriças não apresentam grande diferença, ou são até piores, quando comparadas aos dois outros lados da fronteira.

Melhor dizendo, a situação dos três países é equivalente se for levado em conta apenas a qualidade dos serviços localizados ao longo da faixa de fronteira. Porque, se for considerado as condições de acesso geográfico dos usuários, a concentração serviços de maior complexidade em Iquitos e a distribuição precária de profissionais de saúde, principalmente médicos, pelas localidades fronteiriças, a precariedade da situação da assistência à população peruana é relativamente maior. Pelo menos esta é a conclusão a que chegaram as autoridades sanitárias de Loreto, ao analisar a situação de saúde das províncias localizadas na faixa de fronteira em comparação com as demais províncias do departamento (PERU, 2008).

Para se conformar uma rede regionalizada de assistência à saúde, voltada ao atendimento da população fronteiriça e de acordo com as especificidades da região, seria necessário estabelecer um realinhamento dos papéis desempenhados pelas unidades hospitalares, definindo uma adscrição de clientela e uma uniformização do fluxo para o atendimento a demanda de assistência.

Pelo menos no plano dos diagnósticos das autoridades de saúde, há consensos quanto às características peculiares da região amazônica e a situação de saúde dos cidadãos fronteiriços. O que muda é o nível de articulação da resposta do sistema de saúde. No documento Plano Estadual de Saúde 2006-2007 do Governo do Amazonas-Brasil, a Secretaria de Estado da Saúde explicita que:

[...] A implementação do processo de regionalização, com disponibilidade de serviços e garantia de acesso aos mesmos à população, especialmente do interior do estado representa verdadeiro desafio no Amazonas, sendo fato afirmar que sua implantação conforme as normas ministeriais até então, poucos avanços obtiveram. Não obstante o esforço de se instituir o processo de regionalização no estado observa-se que a descentralização da Gestão e da Assistência para os municípios ainda é incipiente, sendo que 80% dos municípios são responsáveis apenas pela atenção básica, e aproximadamente 40% são certificados para Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) e ainda assim apresentam dificuldades com a cobertura e resolutividade de tais ações, contribuindo para isso: Distribuição esparsa da população no estado, (área de 1.570.745,680 km², ou seja, um quinto de todo o território nacional, para uma população estimada pelo IBGE em 2006 de 3.311.046 habitantes, com densidade demográfica aproximada de 2 hab/km²); Grandes distâncias entre os municípios, com o acesso muitas vezes dificultado por barreiras geográficas; Dificuldades de fixação de profissionais no interior do estado; Centralização da oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial/hospitalar na capita; Recursos financeiros

insuficientes; Reduzida capacidade de gestão das Secretarias de Saúde na maioria dos municípios, especialmente nas áreas de planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria, bem como gestão dos fundos de saúde [...]. (Brasil. Plano Estadual de Saúde 2006-2007. Governo do Amazonas. Secretaria de Estado da Saúde, 2007).

Seguindo uma linha de raciocínio bastante semelhante ao das autoridades de saúde brasileiras, o governo departamental do Amazonas colombiano conclui em seu "Estudio para la organización de la prestación de servicios de primer nivel y su articulación a la red de prestación de servicios del departamento" que:

[...] El Departamento del Amazonas posee unas características excepcionales a diferencia de otras regiones del país, teniendo en cuenta su posición geográfica como zona de frontera, situación que favorece la "doble nacionalidad" o en algunas ocasiones la "triple nacionalidad" (Colombia – Perú – Brasil), esto hace que se presenten dificultades para la identificación y atención de la población del departamento, generándose que los recursos asignados para la prestación de servicios a la población del Departamento del Amazonas cada vez sean mas insuficientes. [...] De otra parte, esa características geográficas hacen que la prestación de los servicios de salud en el Departamento del Amazonas sea muchísimo mas onerosa que en otras regiones del país, debido a las dificultades topográficas, carencia de vías de comunicación terrestre y grandes distancias, lo que obliga a utilizar el medio de transporte aéreo como única alternativa para el traslado de pacientes e insumos, incrementándose los costos de atención en las instituciones de salud del Departamento. Es importante destacar que en la actualidad la oferta de aerolíneas que prestan sus servicios hacia los diferentes corregimientos departamentales es muy reducida e insuficiente para atender la demanda del servicio. [...] Así mismo, estas condiciones hacen que no se lleve un control permanente sobre la prestación de los servicios de salud a los afiliados al sistema, se requiere un modelo de prestación de servicios que privilegie las acciones de promoción y prevención. [...] Por lo anteriormente expuesto, no ha resultado atractivo para ningún particular ofertar servicios de salud en los corregimientos departamentales del Amazonas, debiendo la Secretaría Departamental de Salud garantizarlo a través de la red pública de prestadores. De otra parte por la baja demanda de servicios y la dispersión de la población resulta improbable la viabilidad financiera de una Empresa Social del estado que administre y garantice la prestación de los servicios de salud en esta parte del territorio [...] (COLÔMBIA, 2007).

Na análise sobre a situação de saúde da Região de Loreto, as autoridades peruanas também concluem sobre as especificidades da região e dificuldades relativas que implicam na execução de ações de saúde nas áreas de fronteira, ressaltando que:

[...] La frontera amazónica peruana es totalmente diferente a aquella de Tumbes o de Tacna en la Costa con Ecuador y Chile respectivamente o de Puno con Bolivia en la Sierra, que se caracterizan por tener poblados, comunidades, ciudades u otros núcleos humanos que mantienen conexión con el resto del país por carretera. (...) Desde el punto de vista de accesibilidad, la frontera está peligrosamente abandonada ya que las únicas formas de transitar son la fluvial y área que tienen costos y tiempos de recorrido cinco veces mayores que el transporte terrestre. El siguiente cuadro tiene los estimados de las distancias que miden los costos de

transporte en el vasto territorio de Loreto, así como el grado de aislamiento de la población para acceder a los servicios de salud. Las distancias expresadas en términos de tiempos promedios de transporte a motor fuera de borda o en avión, no consideran que el común del poblador ribereño o indígena no dispone de éstos medios de transporte y se traslado en canoas y a remo para recibir atención en un establecimiento de salud. [...] (Dr. Percy Antônio Rojas Ferreyra. Informe Preliminar respecto a la Situación de los Establecimientos de Salud Ubicados en Distritos Fronterizos con Otros Países. Gobierno Regional de Loreto. Dirección Regional de Salud Loreto. Comunicação Pessoal. Abril de 2009).

A única possibilidade de otimizar a utilização dos recursos de saúde situados na fronteira, seria através da integração dos serviços em uma rede única de assistência. Porém, a viabilidade dessa alternativa ainda dependeria de uma ampliação da capacidade instalada, implantando novos serviços ou aperfeiçoando a oferta daqueles que já estão disponíveis, de modo que, as redes locais de serviços saúde pudessem se tornar mais resolutivas e capacitados a garantir o acesso integral dos usuários, principalmente à assistência de maior complexidade, por meio de um sistema de referência e contra-referência unificado.

8.6.2 As redes locais e os serviços de saúde prestados

Na avaliação da oferta de serviços, o primeiro aspecto considerado diz respeito às características da demanda atendida, de acordo com as respostas dos gestores sobre a procedência dos pacientes e de como ocorre o fluxo para o atendimento das unidades hospitalares. A comparação entre as unidades hospitalares mostra as diferenças relacionadas ao modelo de gestão dos sistemas de saúde aplicados em cada um dos três lados da fronteira.

No Hospital San Rafael de Letícia (CO), assim como nos três hospitais peruanos localizados em Iquitos (PE), a clientela atendida provém principalmente de localidades da região a que servem de referência, além da própria localidade sede do estabelecimento. O fluxo para o atendimento se dá principalmente por mecanismos formais de encaminhamento ou pela marcação direta de consulta na própria unidade de saúde. No Hospital San Rafael de Letícia (CO) e no Hospital Iquitos Cezar Guarayar Garcia de Iquitos (PE), também são realizados atendimentos por demanda espontânea, mas, isso ocorre em função de prestarem assistência a casos de urgência e emergência.

Na Colômbia, o papel de cada estabelecimento é claramente definido e rigorosamente cumprido, em função do acesso ser regulado pelo regime de asseguamento. De modo que todo usuário tem a mesma porta de entrada no sistema, através dos serviços básicos de saúde. A partir de então, o usuário afiliado ao regime contributivo e subsidiado passa a receber um tratamento distinto do usuário que ainda não dispõe de afiliação a nenhum dos regimes de asseguamento. Dependendo da modalidade de afiliação o paciente segue um ou outro itinerário terapêutico.

Em qualquer uma das situações, o Hospital San Rafael de Letícia (CO) responde pela assistência de complexidade secundária que é o limite máximo disponível no departamento do Amazonas colombiano. A partir desse nível, os recursos são buscados em grandes centros como a cidade de Bogotá, a capital nacional da Colômbia, para onde os pacientes se dirigem portando encaminhamento da operadora do seguro e tendo a garantia de cobertura apenas dos benefícios previstos no Plano Obrigatório de Saúde (POS). Qualquer procedimento que não conste no rol das obrigatoriedades, os pacientes passam a depender do gestor departamental, a quem cabe resguardar a integralidade da assistência prevista no Sistema Geral de Seguridade em Saúde (SGSS) do país.

No sistema de saúde Peruano também se exige afiliação em um dos subsistemas, para que o usuário possa ter acesso a uma das redes de serviços de saúde. Todos os três hospitais de referência avaliados neste estudo pertencem às duas modalidades de asseguamento público. o Hospital Iquitos Cezar Guarayar Garcia Nível II-2 e o Hospital Regional de Loreto Nível II-3 conformam a rede do Sistema Integral de Saúde (SIS) que é associado ao Ministério da Saúde, já o Hospital Iquitos Nível II-3 pertence a rede do Seguro Social em Saúde ESSALUD que é associado ao Ministério do Trabalho.

As unidades básicas de saúde de Loreto seguem o protocolo de encaminhamento de referência relativo a cada subsistema, contando com as unidades hospitalares sediadas em Iquitos (PE) como o nível máximo de complexidade assistencial disponível na esfera departamental. A partir delas, os pacientes passam a ser encaminhados para a localidade de Lima, a capital nacional do Peru. A distribuição dos serviços de saúde peruanos em micro-redes e redes facilita a regulação do fluxo dos pacientes.

O Hospital de Guarnição de Tabatinga (BR) indica como principal procedência dos pacientes que atende a própria localidade sede do estabelecimento e outras localidades que, no caso, se

refere aos atendimentos de urgência oriundos dos países vizinhos, já que o gestor do estabelecimento não referiu como uma das origens de sua clientela, as localidades da região a que o hospital serve de referência. Esse dado é compatível com as respostas dos diretores das outras unidades de saúde do Alto Solimões que não indicaram a existência de uma conexão da rede de estabelecimentos da região com a unidade hospitalar localizada em Tabatinga. O que pode ser explicado pelo fato do estabelecimento pertencer ao exército e destinar-se prioritariamente ao atendimento dos membros da corporação que integra o pelotão de fronteira.

Mesmo apesar das limitações e dificuldades identificadas é possível concluir, com base nos resultados analisados, que as redes de serviços da Colômbia e do Peru são hierarquizadas e possuem adscrição de clientela, que conferem aos hospitais avaliados uma condição de serviço de referência, compatível com a perspectiva de uma articulação, desses estabelecimentos, com a totalidade dos serviços de saúde fronteiriços, numa política de assistência descentralizada e planejada em consonância com as necessidades locais, nos moldes indicados por Dubeux (2006), acerca das diretrizes da regionalização que se pratica no Brasil. O mesmo não poderia ser dito sobre a condição do Hospital de Guarnição de Tabatinga que atende prioritariamente a clientela militar, deixando de cumprir um papel de unidade de referência regional.

Com respeito à disponibilidade e abrangência da oferta de serviços de saúde fronteiriços, que é um fator de grande relevância no processo de estruturação de uma rede hierarquizada, os resultados obtidos corroboram as constatações de Silva (2002) e Abranzón (2008), sobre a distribuição desigual dos recursos de saúde e a concentração excessiva da assistência de maior complexidade em algumas áreas. Em todos os componentes avaliados observa-se que existe uma quantidade insuficiente de serviços instalados e vários procedimentos estão ausentes em alguns pontos da fronteira, enquanto outros que existem estão concentrados em poucas localidades, nem sempre de fácil acesso.

Ou seja, de acordo com os dados informados pelos próprios gestores dos estabelecimentos de saúde da zona de fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru um traço comum a todas as modalidades de serviços avaliados é a escassez combinada com uma distribuição desigual. Quanto menor a complexidade do serviço, mais disponível nas unidades de saúde e melhor distribuído geograficamente. Quanto maior a complexidade do serviço, menos disponível nas unidades de saúde e mais desigualmente distribuído entre as localidades.

A cidade de Iquitos (PE) é indubitavelmente o maior centro de assistência à saúde da zona de fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru. Lá são encontradas todas as modalidades de serviços registrados como existentes na região, assim como os serviços de maior complexidade. Entre as especialidades cirúrgicas, a cirurgia torácica é a única que não se encontra disponibilizada em Iquitos (PE). Quanto aos exames de imagem, apenas a ressonância magnética não é ofertada, mas, a cidade dispõe de todos os tipos de exames laboratoriais, atende a todas as urgências e emergências, oferece todos os serviços de assistência a gestantes, consultas ambulatoriais especializadas e ações de controle das enfermidades endêmicas.

A cidade de Letícia (CO) é o segundo centro de atenção mais desenvolvido da zona de fronteira. Entre as especialidades cirúrgicas, a única que não disponibiliza é a neurologia e entre os exames de imagem, também não dispõe de ressonância magnética e nem de tomografia computadorizada. Porém, oferece todos os tipos de exames laboratoriais, atende a todas as urgências e emergências e oferece todos os serviços de atendimento as gestantes, consultas ambulatoriais especializadas e ações para o controle das enfermidades endêmicas.

A cidade de Tabatinga (BR) possui recursos muito mais modestos. Entre as especialidades cirúrgicas, oferece apenas a cirurgia abdominal, pediátrica e bucomaxilofacial. Quanto aos exames de imagem dispõe apenas de radiografia simples, porém, oferece todos os tipos de exames laboratoriais, atende todas as urgências e emergências e oferece todos os serviços de atendimento as gestantes, consultas ambulatoriais especializadas e ações para o controle das enfermidades endêmicas.

Dada as condições de falta de integração dos sistemas locais de saúde dos três países, o fluxo de pacientes não ocorre de um modo que se aproveite todas as potencialidades de cada rede de serviços. Os usuários se deslocam da fronteira para o interior do espaço nacional, percorrendo distâncias maiores que os necessários, quando as demandas de serviços ultrapassam os limites da oferta de cada localidade, deixando de fazer uso da capacidade instalada nas localidades mais próximas, porque os serviços disponíveis, apesar de localizados na zona de fronteira, não estão acessíveis, pelo menos, por meio de mecanismos formais.

O quadro geral da disponibilidade de leitos hospitalares na tríplice fronteira reforça a evidência de desigualdade que caracteriza a distribuição dos recursos do setor saúde. Os

resultados da pesquisa revelaram uma diversidade de situações relacionadas a escassez e concentração dos serviços nas localidades.

Segundo Castro, Travassos e Carvalho (2005), o problema da disponibilidade de leitos hospitalares tem a ver com a inadequação da oferta (caracterizada pela falta em algumas regiões e sobra em outras) assim como a qualidade dos leitos que estão disponíveis. Outro aspecto relevante diz respeito baixa resolutividade dos hospitais pequenos, com menos de trinta leitos, cuja proliferação é motivada por razões políticas.

A concentração geográfica é um fato que pode ser evidenciado pelo peso dos três hospitais localizados em Iquitos (PE) que sozinhos, respondem por mais da metade dos leitos de toda a zona de fronteira (539 leitos ou 57,2% do total). A rede hospitalar de Letícia (CO) vem na seqüência (112 leitos ou 11,9%), sendo seguida de longe por Tabatinga (BR) que possui uma única unidade hospitalar (45 leitos ou 4,8%).

O perfil da rede hospitalar reflete diretamente no volume e na qualidade das internações. Em 2005, por exemplo, o estado do Amazonas registrou um déficit no número de internações, quando atingiu apenas 87,5% do total esperado. Esse dado foi interpretado pelo gestor estadual como uma conseqüência de sub-registro de internações nos hospitais do interior do estado, relacionando o fato a uma provável indisponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros para a assistência médico-hospitalar. Outras prováveis condicionantes seriam as características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas específicas da região (AMAZONAS, 2006).

Apesar de não entrar em detalhes quanto a espacialização das deficiências de recursos de assistência, para estabelecer um diagnóstico mais preciso da situação das áreas de fronteira, o referido documento registra, por outro lado, que é grande o número de encaminhamentos para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) realizados fora do estado. E na lista das principais especialidades que mais demandam tais encaminhamentos estão relacionadas a cardiologia, a neurologia, a gastroenterologia (transplante de fígado) e a cirurgia de cabeça e pescoço (AMAZONAS, 2006). Essas especialidades também aparecem no rol das áreas mais carentes de recursos na região de fronteira, considerando a disponibilidade de consultas ambulatoriais, exames complementares de diagnóstico, e serviços de cirurgias eletivas que foram identificadas por este estudo.

Com relação a disponibilidade de recursos humanos os resultados do levantamento realizado junto aos diretores das unidades de saúde permitem concluir que a tríplice fronteira amazônica apresenta todas as características relacionadas às dificuldades de fixação de profissionais de saúde nas áreas remotas, de difícil acesso, pouco povoadas e com baixo nível de desenvolvimento socioeconômico.

Segundo o diagnóstico elaborado pelas autoridades sanitárias de Loreto, as áreas fronteiriças do departamento não dispõem de médicos compondo a equipe de profissionais com atuação permanente. Dos 74 estabelecimentos de saúde localizados nos 12 distritos da fronteira, somente dois são do tipo Centro de Saúde que dispõe de infra-estrutura para atendimento médico. A maioria das unidades dispõe apenas de profissionais de nível técnico. São Postos de Saúde, funcionando apenas com material rústico e infra-estrutura improvisada, que são inadequadas para estabelecimentos de saúde, como é o caso do Distrito de Andoas (PERU, 2008). Esporadicamente, alguns desses estabelecimentos contam com a presença de profissionais recém graduados que estejam realizando o serviço social obrigatório (SERUM). Mesmo assim, o fato de empresas de grande porte como as petrolíferas realizarem investimentos em determinadas áreas de seu interesse, torna menos atrativo ainda o estágio profissionalizante nos pontos mais remotos do território que são exatamente os mais carentes.

Em contrapartida, nos sete municípios do Alto Solimões é comum a presença de médicos, dentistas e enfermeiros peruanos que cruzam a fronteira para exercer atividades na rede de serviços de saúde brasileiros. Na condição de graduados, mesmo sem ter cumprido as exigências do SERUM, esses profissionais geralmente assumem responsabilidades técnicas e até de gerência, apesar de serem submetidos frequentemente a contratos de trabalho precários.

Durante a pesquisa foi possível constatar que em vários municípios brasileiros da faixa de fronteira amazônica, há diversas situações em que os profissionais estrangeiros são a única alternativa disponível para a cobertura de assistência a saúde da população. Mesmo no caso de Tabatinga (BR), onde a unidade hospitalar do Exército Brasileiro geralmente dispõe de médicos especializados em diversas áreas, a oferta de serviços não se dá de forma regular. Isso porque a rotatividade profissional é muito grande, uma vez que a permanência desses profissionais na área de fronteira é sempre provisória.

Apesar da carência comprovada de profissionais brasileiros, dispostos a exercer atividades nesses municípios, ainda assim, os gestores sofrem uma série de pressões por parte dos

conselhos das profissões da área de saúde, o que dificulta ainda mais a solução dos problemas de saúde da população. Segundo Oliveira, Machado e Moyses (2008) o trabalho é um fator que apresenta efeitos intensos e desiguais nas comunidades da zona de fronteira. Na opinião desses autores:

[...] As oportunidades oferecidas pelo Estado mais desenvolvido, sobretudo para a realização de tarefas mais pesadas descartadas pelos profissionais qualificados desse mesmo estado, acarretam ao longo do tempo fluxo de trabalhadores do lado mais pobre para o lado mais rico do limite internacional. Esse fluxo pode ser constituído por trabalhadores diaristas sazonais, sem qualificação ou semi-qualificados, formais ou informais, atraídos pelas oportunidades de trabalho e, principalmente, pelos possíveis pagamentos de assistência social. Se esse afluxo de trabalhadores reduz as pressões demográficas e o desemprego no Estado menos desenvolvido, pode também, intensificar a exploração de trabalhadores ilegais na região de fronteira dos municípios mais desenvolvidos. [...] No caso do Brasil, não existe um marco regulatório único para tratar fluxos de trabalhadores transfronteira. Na verdade o que se observa é uma política diferente em cada local geográfico que preserva os interesses brasileiros em relação ao país vizinho. Tal política se expressa preferencialmente por acordos bilaterais. Embora justificada pelas diferenças entre países, os efeitos dessas políticas são nocivos a administração regional da faixa e da zona de fronteira, tendendo a reforçar em vez de modificar visões preconcebidas e assimétricas hostis à integração subcontinental. Na fronteira entre o Rio Grande do Sul e o Uruguai, por exemplo, um acordo bilateral criou um Documento Especial de Fronteiriço, que regulariza e facilita as interações transfronteiriças através da expedição de permissão de trabalho e circulação para as cidades-gêmeas localizadas no segmento fronteiriço. [...] (OLIVEIRA; MACHADO; MOYSES, 2008).

Ainda segundo os mesmos autores, autoridades sanitárias dos municípios da faixa de fronteira brasileira questionam a falta de incentivos e mecanismos compensatórios que possam atrair e manter os profissionais especializados nessas áreas, mesmo apesar dos diagnósticos realizados confirmarem a precariedade da situação vivida pela população, no que se refere ao acesso e qualidade dos serviços públicos disponíveis. Esse quadro tem justificado a cobrança de maior participação da municipalidade na execução de políticas e programas referentes ao tema. Por isso, argumentam que:

[...] O desafio atual passa pela criação de mecanismos para a implementação de ações conjuntas que possam equacionar problemas ligados ao processo regulatório do exercício profissional, principalmente nos municípios de fronteiras mais críticas, onde as desigualdades são mais latentes e onde a carência de pessoal é reconhecidamente um fator predisponente que impacta na saúde, as quais definem,

em grande parte, o acesso da população aos serviços de saúde.. [...] (OLIVEIRA; MACHADO; MOYSES, 2008).

Constata-se que, apesar dos avanços conquistados no setor saúde desde a implantação do SUS, nas áreas fronteiriças brasileiras ainda não se fazem valer os preceitos constitucionais do direito universal a saúde e os efeitos da busca pela integralidade e humanização da atenção equânime.

[...] A falta de recursos humanos especializados principalmente de médicos e enfermeiros, a insuficiência de equipamentos e para realização de procedimentos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. As mesmas carências têm sido observadas nos países fronteiriços com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora num sentido, ora em outro, na busca de melhor oferta de serviço de saúde. Esta mobilidade tem gerado grande obstáculos para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos em função da população flutuante que utiliza o sistema e que no, no caso brasileiro não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS. Há muito tempo procura-se resolver esses problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais. [...] (OLIVEIRA; MACHADO; MOYSES, 2008).

A partir dessas considerações é possível explicar o quadro identificado nos três lados da trílice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Entre as dezessete especialidades médicas pesquisadas, apenas a clínica geral foi encontrada em todas as localidades contemplando quarenta e quatro estabelecimentos. Outras três especialidades mais frequentes foram: a cirurgia geral encontrada em oito localidades e dose estabelecimentos; a ginecologia/obstetrícia encontrada em seis localidades e treze estabelecimentos; e a pediatria encontrada em três localidades e dez estabelecimentos.

Por outro lado, das dezessete especialidades avaliadas há oito que estão completamente ausentes em todos os estabelecimentos de todas as localidades brasileiras: cirurgia vascular, neurocirurgia, neurologia, oncologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, e radiologia. Dentre estas, com exceção de neurologia, otorrinolaringologia e psiquiatria, todas as cinco demais também estão completamente ausentes em todos os estabelecimentos e todas as localidades colombianas onde também não se dispõe de serviços de nefrologia. A cirurgia

vascular e a oncologia estão completamente ausentes, inclusive das unidades e localidades do Peru.

Ou seja, também neste item que se refere a presença de médicos especialistas, as especialidades mais complexas, expressam a situação de maior carência na área de fronteira, uma vez que somente três municípios se destacam por ofertar um número maior de especialidades: Iquitos (PE) com dezesseis especialidades, Letícia (CO) com onze, e Tabatinga (BR) com apenas sete. Nenhuma outra localidade situada na faixa de fronteira dispõe de profissionais em mais de três especialidades.

O quadro de disponibilidade de profissionais especialistas em áreas menos complexas como clínica médica, ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral combinada com escassez e até ausência de especialistas em áreas mais complexas como neurologia, cardiologia, radiologia e oncologia, somado a concentração excessiva de algumas especialidades disponíveis em poucas localidades, determina uma demanda maior de encaminhamentos e uma integração maior da rede de serviços, principalmente hospitalar, nos mecanismos de referência e contra-referência para maximizar a capacidade instalada dos sistemas locais de saúde.

8.7 Referência e contra-referência nos serviços de saúde da tríplice fronteira

A rede de serviços de saúde localizados na tríplice fronteira dispõe de mecanismos de referência bem definidos, porém, os dados analisados indicaram que a contra-referência dos pacientes para as unidades básicas não são tratados da mesma maneira.

No caso brasileiro, dado que a amostra estudada inclui três postos de saúde e treze centros de saúde que são unidades de atenção básica, somente as seis unidades mistas e o hospital regional de Tabatinga deveriam dispor do mecanismo de contra-referência. Já na rede de saúde colombiana, a contra referência deveria estar presente na maioria das unidades estudadas porque, a exceção de dois centros de saúde incluídos no estudo, todos os estabelecimentos avaliados servem de referência para os serviços de atenção básica. No caso peruano, a contra-referência presente em cinco das oito unidades de saúde é compatível com as características da amostra de estabelecimentos incluída no estudo, composta por cinco centros de saúde e três hospitais.

8.8 Estratégias adotadas no enfrentamento das limitações de oferta de serviços

A distribuição geográfica das unidades de saúde deve ser levada em conta, quando se trata de identificar o nível de resposta do sistema de saúde de cada país, uma vez que, a descentralização dos serviços pode permitir um acesso maior dos usuários, nessa região marcada pela dispersão e deslocamentos populacionais. Constata-se através dos dados, que a carência de serviços especializados está distribuída por toda a área de fronteira, enquanto a existência de uma estruturação de respostas para o enfrentamento às demandas, parece se concentrar em determinadas localidades.

É o que se pode concluir diante do fato de cinco das dezesseis localidades fronteiriças combinarem a inexistência de unidades de saúde que afirmem prestar todos os serviços especializados julgados necessários pelos próprios gestores, com a inexistência de qualquer proposta de expansão de serviços e leitos. Nessa situação se encontram: Angamos (PE), Atalaia do Norte (BR), Islândia (PE), Pedrera (CO) e Puerto Nariño (CO). Duas outras localidades: Amaturá (BR) e Santo Antônio do Içá (BR) combinam a inexistência de unidades que afirmem dispor de todos os serviços especializados com a ausência de proposta de expansão de serviços, apesar haver a indicação de proposta de aumento de leitos. Noutra situação, combina-se a ausência de unidades que disponham de todo o atendimento especializado necessário, com a falta de unidades com propostas de expansão de leitos. É o caso de Tarapacá (CO) e Tonantins (BR) (Tabela 59).

Pode-se concluir, a partir da análise dos dados coletados, que é justamente nas localidades onde a infra-estrutura de serviços especializados já se encontra instalada, que as unidades de saúde informam sobre a existência de propostas de expansão de serviços e leitos, no caso: Iquitos (PE), Letícia (CO) e Tabatinga (BR). Aliás, essas três localidades também são as únicas que contam com unidades de saúde apresentando resposta positiva para todos os quesitos relacionados aos mecanismos de referência e contra-referência e planejamento de expansão de serviços especializados e leitos.

9 CONCLUSÃO

Durante este estudo, pudemos analisar diversos documentos oficiais de abrangência nacional, regional e local, obtendo assim, uma visão abrangente do ponto de vista e do grau de apropriação do conhecimento das autoridades sanitárias, acerca da complexidade dos problemas da saúde na zona de fronteira. O melhor diagnóstico situacional sobre a saúde da região foi disponibilizado pela secretaria departamental de saúde de Loreto no Peru. Os documentos colombianos, em que pese a sua qualidade técnica e do esforço em realizar uma contextualização da análise, os resultados não são suficientes para se compor um quadro específico do território da fronteira. Nos documentos brasileiros, elaborados e disponibilizados pela instância gestora estadual, não se vislumbra a fronteira como um território específico e nem se estabelece um diagnóstico, com algum nível de detalhamento que permita a desagregação dos dados para reagrupá-los na perspectiva de uma análise espacial. O que contradiz a realidade nacional em que se dispõe de um grande volume de informação organizada sobre o contexto das fronteiras. Ou seja, há um evidente descompasso entre as preocupações políticas e acumulações teóricas já existentes no Brasil e a incorporação desse capital pelos gestores estaduais que realizam o planejamento e as intervenções em saúde.

A tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru pode ser descrita como uma região a parte, cuja identidade geográfica a define como um território supranacional que exige ações planejadas e intervenção conjunta por parte das autoridades governamentais, principalmente quanto ao enfrentamento dos problemas de saúde, nas condições em que se observa: isolamento geográfico e grande distância separando as comunidades; baixa densidade populacional e grande contingente indígena; escassez de recursos e infra-estrutura de assistência à saúde; perfil epidemiológico arcaico; desigualdade inter e intra-regional; condições de vida precárias; fronteira aberta e grande mobilidade humana.

Apesar dos problemas de saúde da população que habita ou circula nessa região serem comuns, as soluções empregadas não são compartilhadas pelos sistemas locais de saúde, pois, falta uma integração maior das redes de serviços, que até poderia ser compensada pela adoção de um planejamento conjunto e produção de agenda unificada de intervenção, no entanto, as ações coordenadas e as iniciativas de parceria, por parte dos gestores são apenas pontuais,

principalmente, em decorrência da incompatibilidade entre os modelos assistenciais dos três países.

Sendo assim, a grande dispersão populacional, somada à desigualdade na distribuição de recursos de assistência e alta concentração de serviços especializados e de maior complexidade podem ser assumidos como os maiores obstáculos à garantia de um atendimento acessível e eficaz à saúde na região de fronteira amazônica entre o Brasil, a Colômbia e o Peru.

Nesse contexto, a deficiência de recursos humanos deve ser ressaltada, pela magnitude que o problema assume nos três lados da fronteira e pela ausência de uma política articulada que garanta a capacitação, o aperfeiçoamento e, principalmente, a regularização do exercício profissional, com adoção de medidas concretas para a garantia da legalidade na contratação da mão de obra estrangeira nas localidades que estão situadas na zona de fronteira.

Enquanto o SUS se constitui num sistema nacional de saúde de finalidade pública e provisão mista de serviços, o SGSSS da Colômbia tem as características de um sistema misto com expressivo grau de regulação pública com diversas formas de asseguramento e provisão de acesso e o sistema peruano se apresenta segmentado e constituído por subgrupos heterogêneos. As evidências indicam que as reformas sanitárias implementadas nos anos de 1990, tanto na Colômbia quanto no Peru, serviram para incrementar ainda mais a seletividade e ampliar a participação do setor privado no setor saúde.

Mas há algumas convergências entre os três países que formam a tríplice fronteira amazônica, quanto à participação do Estado no financiamento, regulação e prestação de serviços. Nos três casos há uma clara complementaridade entre o setor público e o setor privado na cobertura da demanda, sendo que o que a diferença mais importante diz respeito à gestão do sistema, que no modelo peruano, tanto quanto no modelo colombiano se configura como um mercado de serviços médicos, regido pela lei da oferta e da procura e, portanto, sem garantia de integralidade na assistência e equidade no atendimento. Apesar da universalidade do acesso ser reconhecida como um direito, o que se observa é que na Colômbia o sistema se estrutura com base na cobertura de um seguro nacional que prioriza um leque de procedimentos considerados básicos, enquanto no Peru, o modelo de seguro adotado cobre toda a população, porém, com assistência integral focalizada de acordo com o nível de risco.

A principal crítica que se faz ao modelo adotado nos dois países vizinhos do Brasil é quanto a substituição do subsídio da oferta pelo subsídio da demanda que é justificada pela necessidade de se buscar a focalização dos benefícios do financiamento público da saúde, garantindo assistência aos mais pobres e impedindo a sua utilização pelas camadas que podem pagar. E para atingir essa finalidade, adota-se uma lógica de mercado e procuram alcançar a melhoria da produtividade dos serviços públicos, incentivando a competitividade com o setor privado pela preferência do consumidor.

A opção pela privatização da assistência resulta de um suposto consenso difundido, pelo qual se advoga como ideal, o financiamento pelo asseguamento, o acesso pela afiliação e o provimento de serviços pelo subsídio à demanda, traços que parecem comuns aos modelos assistenciais da Colômbia e do Peru. Tanto é assim que nos dois países os gestores procuram exigir que as administradoras de subsídio executem um gasto obrigatório com prevenção e promoção da saúde, adotando certos programas de alcance coletivo. Ao mesmo tempo em que passam a exigir uma atitude de mercado por parte das instituições públicas. Ou seja: tenta-se impor uma lógica de estado aos operadores do sistema que é privatizado e uma lógica de mercado a esfera estatal.

Uma das principais conclusões deste estudo é que, nas condições em que se dá a estruturação e a gestão dos sistemas locais de saúde, onde o setor público figura como grande provedor dos serviços básicos de saúde dos três países é possível adotar uma intervenção unificada, com oferta organizada e ações programáticas de saúde de alcance coletivo, no primeiro e no segundo nível de atenção. As disparidades dos modelos implicam em dificuldades operacionais, principalmente no âmbito da assistência individual, quando as condições de acesso e cobertura assumem graus elevados de diferenciação entre os usuários e de maior peso das instituições provedoras privadas.

A superação dessa dificuldade, na região da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, poderia vir através da estruturação de um fundo único de saúde, de caráter público, com recursos oriundos de fontes nacionais e da cooperação internacional, que tivesse uma gestão tri-nacional, e pudesse financiar a cobertura integral e o acesso universal aos serviços de saúde, independente da natureza pública ou privada do prestador. Esta poderia ser a base de um Sistema Único de Saúde da Fronteira.

A capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru foi avaliada a partir das respostas dos gestores para as questões relacionadas à oferta de serviços; disponibilidade de recursos humanos e de leitos hospitalares; mecanismos de referência e contra referência; e estratégias adotadas para o enfrentamento das limitações da oferta de serviços. Os resultados obtidos foram organizados em dois níveis de análise, sendo o primeiro nível correspondente ao conjunto dos dados de todas as unidades de saúde localizadas na zona de fronteira, que foram incluídas no estudo, e o segundo nível, correspondente a análise dos dados relativos às unidades hospitalares.

Uma constatação de grande relevância a que se chegou, a partir da análise dos resultados, é que existe uma situação de carência na oferta de serviços e da disponibilidade de recursos humanos especializados e de leitos hospitalares em toda a área da tríplice fronteira. Tudo isso somado a uma grande concentração dos recursos em determinadas localidades, contrastando com a realidade de dispersão populacional, que torna mais difícil o acesso dos usuários aos serviços.

Por outro lado, a ausência de uma integração efetiva da rede de serviços de saúde, também impede uma utilização racional da capacidade instalada nos três lados da fronteira. Este fato não decorre apenas das características do modelo assistencial e de gestão da saúde, mas, principalmente da falta de articulação das autoridades locais, com vistas ao planejamento e a execução de ações conjuntas, a partir de um diagnóstico unificado dos problemas e das necessidades da população.

A literatura consultada, sobre os sistemas de saúde, indica que é no modelo de gestão e na estrutura e funcionamento dos serviços que estão contidos a intencionalidade e a direcionalidade com que se abordam os problemas de saúde, no entanto, apesar do objetivo assumido de buscar a melhoria da saúde da população, a possibilidade de cumprir esse propósito é limitada, porque a prestação de serviços individuais e coletivos, assim como as ações intersetoriais não é suficiente, uma vez que o processo saúde-doença envolve a complexidade dos fatores econômicos, ambientais, biológicos e genéticos, além de comportamentos coletivos e individuais.

Como nas condições da fronteira, as carências são maiores que a disponibilidade de serviços, a parceria internacional pode tornar possível a solução dos problemas que são comuns. Contudo, devido ao fato do acesso à saúde ser regulado por critérios discrepantes em cada um

dos países, torna mais difícil a articulação das redes de assistência ao tempo que os gestores também demonstram pouca disposição e até certa incapacidade de atuar de modo promover uma atuação planejada e interativa.

No primeiro nível de atenção, as estruturas dos serviços de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru têm uma grande equivalência, o que pode vir a facilitar no processo de articulação das redes. Todavia, a partir do segundo nível de atenção o contingenciamento da cobertura ocorre por insuficiência da oferta e limitação de acesso, exatamente como uma decorrência do modelo assistencial e de gestão, principalmente no lado colombiano e peruano da fronteira.

No lado brasileiro, apesar da garantia constitucional de universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade do atendimento, a pouca disponibilidade de serviços especializados também impõe o deslocamento de pacientes para a realização de tratamento fora de domicílio. Esta é uma das situações que ressaltam a incongruência da falta de integração dos sistemas locais de saúde da fronteira, uma vez que se deixa de utilizar a capacidade instalada na rede assistencial colombiana e peruana apesar da acessibilidade geográfica. Não se utiliza a rede assistencial da Colômbia porque o sistema de asseguramento restringe o acesso apenas aos usuários cadastrados. Quanto à rede assistencial do Peru, o impedimento ocorre porque os serviços se organizam em subsistemas de saúde que são fechados e nos quais, cada estabelecimento atende a uma parcela distinta de usuários de acordo com o plano de seguro a que estes sejam vinculados.

Em função dessas diferenças, o itinerário terapêutico dos pacientes se restringe aos limites territoriais de cada país, tornando maiores as distâncias percorridas em busca da solução dos problemas de saúde e aumentando os custos e o tempo que são demandados. Os brasileiros que habitam na zona de fronteira usualmente se deslocam para a cidade de Manaus, a capital amazonense, quando o nível de complexidade dos problemas de saúde é superior à capacidade instalada na região do Alto Solimões. Do mesmo modo que as demandas do departamento do Amazonas são resolvidas em Bogotá, a capital colombiana, e as demandas do departamento de Loreto são encaminhadas para Lima, a capital peruana. Como não há integração entre os sistemas de saúde, os pacientes deixam de resolver na própria área de fronteira, diversos problemas de saúde que poderiam ser solucionados a custos bem menores.

A perspectiva da integração passa pela utilização racional de recursos disponíveis, o que poderia ser conseguido com um fortalecimento da rede local e utilização das potencialidades

de cada país. O Brasil tem a melhor política de acesso, a Colômbia tem a maior infra-estrutura de serviços de segundo nível de atenção nas proximidades da linha de fronteira (concentrada em Letícia) e o Peru dispõe da melhor cobertura de serviços especializados, concentrada na cidade de Iquitos que é mais importante centro urbano da zona de fronteira.

Desta forma, conclui-se que, no momento, as redes assistenciais dos três países ainda se organizam de modo completamente independente e não são interligadas entre si por mecanismos formais de articulação. É possível observar que, nas condições da tríplice fronteira, os três países tem problemas relacionados a oferta de serviços de urgência e emergência e outros serviços apresentam escassez, distribuição desigual, e dificuldade de acesso. Os maiores problemas relacionados à estrutura e organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru são: escassez, distribuição desigual, inexistência de integração. As carências abrangem principalmente a oferta de procedimentos eletivos, a disponibilidade de mão de obra especializada e serviços de diagnóstico de maior complexidade. Em cada localidade pesam um conjunto distinto dos componentes da carência.

10 RECOMENDAÇÃO

Para avançar na integração dos sistemas de saúde fronteiriços, faz-se necessário instituir uma instância colegiada, com poderes para articular e aprovar diretrizes políticas para a garantia da universalidade no acesso, equidade no atendimento e integralidade na assistência, com prazos definidos para a realização de um diagnóstico e planejamento comum, para orientar a padronização dos serviços, bem como: propor metas para uma gestão descentralizada dos sistemas locais de saúde que possibilite a utilização racional dos recursos disponíveis. Tal planejamento deveria prever um sistema de referência e contra-referência único e propor investimentos em infra-estrutura e capacitação de recursos humanos, além da regularização do exercício profissional na fronteira e uma política de distribuição dos serviços especializados.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS. Desafios Amazônicos. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2006 – 2007. Manaus. 2006.

ABRAMZÓN, M. C. La dotación de recursos humanos en salud: Argentina em 2004. In: PIERANTONI, C.R. et al (Org). Trabalho e educação em saúde no Mercosul. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, c2008. cap. 3, p. 27-62.

ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: _____. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

ARCE, M. Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima. v. 26, n. 2, p. 218-221, 2009.

BARBOZA-TELLO, M. El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima, v. 26, n.2, p. 236-238, 2009.

BARRETO, M.L. et al. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: Uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, p. 127-146, 1993.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C.A. (Org). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 7-32.

BJÖRKMANN, J.W. Reformas de saúde em perspectiva comparada: uma questão sem fim... ou uma busca improvável. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 763-770, 2009.

BOINIEC, I.L. Sistemas de protección, social comparados: Colombia, Brasil y México. Revista salud publica, Bogotá, v. 4, n.3, p. 203-239, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da União da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 mar. 2004.

BRASIL. Lei nº 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. **Diário Oficial [da União da Republica Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 mar. 2004.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 15 abr. 2005.

BRASIL. Secretaria de Programas Regionais. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília, DF, 2005.

CAETANO, A. J. Fecundidade abaixo da reposição, população estacionária por migração e efeitos sobre a estrutura etária. Revista brasileira de estudos populacionais. São Paulo v.25, n. 2, p. 325-334, 2008.

CAMARGO Jr, .K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, supl. 1, p. s58-s68. 2008.

CARNEIRO FILHO, A. Manaus: fronteira do extrativismo – cidade, um histórico de dinâmica urbana amazônica. In: ROJAS, L.B.I.; BASILIA, L.; TOLEDO, L. M. (Orgs.). Espaço e Doença: Um Olhar Sobre o Amazonas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. I.6.1 - I.6.5.

CARVALHO, J.A.M. de; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733, jun. 2003.

CASTRO, J. Hacia el aseguramiento universal en salud en el Peru. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima, v. 26, n. 2, p. 232-235. 2009.

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n.2, p. 277-284. 2005.

CÉSAR, I.A.; RODRIGUES, R.N. A transição Epidemiológica no Recife 1929-1990. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1999, Belo Horizonte, Anais. Belo Horizonte: ABEP, 1999. v. 1, p. 23-41

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

Letícia. Alcaldía. Plan de desarrollo de la mano con la comunidad: 2010-2011. Leticia, 2008.

COLÔMBIA. Secretaria del Salud Departamental. Estudio para la Organización de la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel y su Articulación a la Red de Prestación de Servicios del Departamento. Leticia, 2007.

COLÔMBIA. Lei 715/01: Diário Oficial; Bogotá, 2001.

COLÔMBIA. Lei 100/93: Congreso de la República; Bogotá, 1993.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. s7-s16, 2008.

CORREA, R.L. Região e Organização Espacial. São Paulo: Ática, 2003.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - Princípios. In: CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; OLIVEIRA Jr, M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. cap. 2, p. 11-26.

DIAS, E. M. A ilusão do Fausto: Manaus, 1890-1920. Manaus: Valer, 1999.

DIAZ, L.; VARGAS, J. Ley marco de aseguramiento universal en salud, bajo la lupa. . Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima, v. 26, n. 2, p. 236-242, 2009.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 260, p. 1743-1754, 1988.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. Journal of the American Medical Association, New York, v. 290, n. 1, p. 119-120, 2003.

DUBEUX, L.S.; CARVALHO, E.F. de. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. Revista Brasileira da Saúde Materno Infantil, Recife, v. 9, n. 4, p. 467-476, out. 2009.

DUBEUX, L.S. Avaliação da Demanda e Oferta de Serviços Especializados nos Hospitais Regionais de Pernambuco. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da Reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C. (Orgs.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2

FELISBERTO, E. et al. Avaliação da atenção básica e as doenças crônicas não transmissíveis. In: FREESE, E. (Org). Epidemiologia, política e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 4, p. 89- 104.

FERREIRA, J.R. Recursos humanos em saúde no Mercosul. In: PIERANTONI, C.R. et al (Org). Trabalho e educação em saúde no Mercosul. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, c2008. cap. 2, p. 19-25.

CESSE, E. Â. P. ; CARVALHO, Eduardo Freese de . Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX.. In: Eduardo Freese de Carvalho. (Org.). Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. 1 ed. Recife/PE: Editora Universitária, 2006, v. 1, p. 47-72.

CARVALHO, Eduardo Freese de ; FONTBONNE, A. . Transição epidemiológica comparada: Modernidade, precariedade e vulnerabilidade.. In: Eduardo Freese de Carvalho. (Org.). Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. 1 ed. Recife/PE: Editora Universitária - UFPE, 2006, v. 1, p. 17-46.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, supl. 2, p.S214-S226, 2007.

GALLO, E.; COSTA, L.; BRETAS, N. Sistema integrado da saúde nas fronteiras: SIS Fronteira e a integração em busca da equidade. In: COSTA, L. (Org). Integração de fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2006. Texto 3, p. 41-56.

GARCÍA, G.G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Revista Panamericana de Salud Pública, Buenos Aires, v. 9, n. 6, p. 406-412, 2001.

GETIS A.; GETIS J.; FELLMANN J. D. Introduction to Geography. San Diego: University of Illinois, 2004.

GIOVANELLA, 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. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007.

GÓMEZ-CAMELO, D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. Revista de Salud Pública, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 305-316, nov. 2005.

GRAZZIOTIN, V. A Zona Franca de Manaus e a Lei de Informática. Manaus, 2001. Comunicação Pessoal.

HERNÁNDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 991-1001, jul/ago. 2001.

HOUSE, J.W. The frontier zone: a conceptual problem for policy makers. International Political Science, London, v. 1, n. 4, p. 456-77, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de recuperação automática: censo demográfico e contagem populacional. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?z=cd&o=7&i=p>>. Acesso em: 26 mar. 2009.

JARAMILLO, I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. Gaceta Sanitária, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 48-53, 2002.

KALACHE, A.V.; RENATO, P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol.3, no.3, p.217-220, 1987.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. Medicina social: Aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 135-158.

MACHADO, L.O. Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, M. L. (Org.) Continente em chamás: Globalização e território na América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-84.

MULLER NETO, J. S. (Org.). A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES, 2002.

MENICUCCI, T. M. G. et al. Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2008.

OLIVEIRA, E. S.; MACHADO, M. H.; MOYSES, N. M. N. O trabalho de saúde nas regiões de fronteiras brasileiras. In: PIERANTONI, C.R. et al. (Org). Trabalho e educação em saúde no Mercosul. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, c2008. cap. 9, p. 171-200.

OLIVEIRA, M. M. de. A Mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. Estudos Avançados, São Paulo, v.20, n. 57, p. 183-196, maio/ago. 2006.

OLIVEIRA, J. C.; ALBUQUERQUE, F. R. P de C.; LINS, I. B. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004. Rio de Janeiro, 2004.

PATARRA, N. L.; OLIVEIRA, M. C. F. A. de. Transição e Transições. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 1988, Brasília, DF. Anais... Brasília, DF: ABEP, 1988. v. 1, p. 17-34.

PEITER, Paulo Cezar. A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio, 2005. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p. S237-S250, 2007.

PÉREZ, J. R.; NOGUEIRA, V. M. R. La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: los desafíos de las fronteras. Revista Katálysis, Florianópolis, v.12, n.1, p.50-58, jun. 2009.

PERU. Congreso de la República. Ley n^o 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la República; 2009.

PERU. Direccion Regional de Salud Loreto. Analisis de Situacion de Salud Region Loreto, Año 2007. Iquitos. 2008.

PIERANTONI, C.R. et al. (Org). Trabalho e educação em saúde no Mercosul. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, c2008.

RIOS NETO, E. L. G. . Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro. Revista Brasileira de Estudos da População, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 371-408, 2005.

RUMLEY, D.; MINGHI, J. The geography of border landscapes. London: Routledge, 1991.

SALAVERRY, O.; CÁRDENAS-HOJAS, D. Establecimientos asistenciales del sector salud, Perú 2009. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima, v.26, n.2, p. 264-267, 2009.

SILVA, L.M.V.da. Conceitos, abordagens e estratégias de para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A; SILVA, L.M.V.da. (Orgs). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, cap. 1, p. 15-40.

SILVA, R.L. Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios. Revista de salud pública, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 3658-78, 2005.

SILVA, H.P. O público e o particular na oferta de serviços e no processo de descentralização. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafios. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002.

SOUZA, M. História da Amazônia. Manaus: Valer, 2009.

SPRANDEL, M. O Parlamento e as migrações internacionais. In: Migrações internacionais: contribuições para Políticas – Brasil 2000. Brasília: CNPD, 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TREVAS, V.Y.P. A federação brasileira e a integração regional: mobilização dos estados e municípios para fortalecimento das políticas de fronteira. In: COSTA, L. (Org). Integração de

fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. texto 1, p. 17-25.

UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1597-1609, 2006.

URREA, G.; PILAR, M. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 25, n. 1, p. 84-92, 2009.

VERMELHO, L.L.; MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 91-103

VIANA, A.L. d'A. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p.S117-S131, 2007.

WILSON, L.; VELÁSQUEZ, A.; PONCE, C. La ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima, v. 26, n. 2, p. 207-17, 2009.

ZÚÑIGA, H.P. P, MONTEIRO, C. A. Uma hipótese para a ascensão da mortalidade infantil na cidade de São Paulo. In: MONTEIRO, C. A. (org). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2006. pp: 157-172.

Apêndice A - Termo de consentimento esclarecido para gestores.

DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA - CONSÓRCIO CPqAM/ENSP/IFF
 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA
 BRASIL/COLÔMBIA/PERU

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Gestores)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título “**Perfil epidemiológico e avaliação dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru**”, que está sob a responsabilidade do pesquisador Antônio Levino da Silva Neto. Se decidir participar dela, na condição de entrevistado, é importante que leia estas informações sobre a mesma.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar o perfil epidemiológico, a situação da oferta/demanda dos serviços de saúde e as condições de acesso dos usuários nesses serviços, considerando os municípios que compõem a região da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Os procedimentos que estão sendo utilizados na coleta de dados incluem a obtenção de informações dos gestores e usuários sobre os serviços de saúde, por meio de uma entrevista que não envolve nenhum risco. No entanto, a qualquer momento você pode desistir desta participação e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao trabalho do pesquisador e nem para a Instituição a que se vincula.

O conhecimento dos resultados deste estudo poderá ser obtido através do contato pessoal com o pesquisador responsável pela pesquisa e, caso seja do seu interesse, os resultados da pesquisa em geral serão publicados sob a forma de tese. Você não será identificado quando o material coletado nesta entrevista for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas, para participar como entrevistado, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

Endereço do pesquisador: Rua Jufari, 76. Condomínio Andirá, Apto.501. Bairro de Nova Esperança. Manaus/AM. Telefone:3621`2323.

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA - CONSORCIO CPqAM/ENSP/IFF
 PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA TRIPLE FRONTERA
 BRASIL/COLOMBIA/PERU

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Directores)

Usted esta siendo invitado (a) para participar de la investigación que lleva por título **“Perfil epidemiológico y evaluación de los servicios de salud en la triple frontera Brasil/Colombia/Perú”**, que esta bajo la responsabilidad del investigador Antonio Levino da Silva Neto, si usted decide participar de esta, es importante que lea las siguientes informaciones sobre la anterior y el papel que cumple como participante.

Esta investigación tiene como principal objetivo analizar el perfil epidemiológico y la situación de oferta y demanda de los servicios de salud y las condiciones de acceso de estos servicios, teniendo en cuenta los municipios que componen la región de la triple frontera Brasil/Colombia/Perú.

Los procedimientos que serán utilizados en la recopilación de datos incluyen, entrevistas y recolección de información secundaria sobre la oferta y demanda de los servicios de salud, que no representan ningún tipo de riesgo. Sin embargo en cualquier momento usted puede dejar de participar y retirar su consentimiento voluntariamente, esto no le causara ningún tipo de prejuicio en su relación con el investigador de la institución.

Si desea conocer los resultados de la recolección de información de este estudio y la forma como fueron resultas las tareas que le fueron definidas, estas informaciones las puede obtener contactando el investigador responsable y en caso que sea de su interés conocer los resultados generales de la investigación, estos serán publicados a través de una tesis. Su identificación será confidencial durante la utilización del material registrado para publicaciones científicas o educativas.

Después de la lectura de este consentimiento, autorizo por libre y espontanea voluntad y sin ningún tipo de reservas mi participación voluntaria de este estudio, firmo las dos copias, teniendo conciencia que una copia pertenece al investigador responsable y la otra a mi.

Nombre del participante (en letra imprenta) _____

Firma del participante _____ Fecha _____

Testifico que explico detalladamente la naturaleza y el objetivo de esta investigación y de los posibles riesgos y beneficios de los participantes de este estudio, junto al participante y a su representante autorizo y firmo este consentimiento.

Firma del investigador: _____ Fecha _____

Dirección del investigador: Calle Jufari, n. 76, condominio Andira APT: 501, Barrio Nova Esperanza- Manaus-AM-Brasil. Teléfono: 36212323.

Apêndice B - Termo de consentimento esclarecido para investigador de campo.

DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA - CONSÓRCIO CPqAM/ENSP/IFF
 PROJETO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA
 BRASIL/COLÔMBIA/PERU.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Pesquisador de Campo)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título “**Perfil epidemiológico e avaliação dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru**”, que está sob a responsabilidade do pesquisador Antônio Levino da Silva Neto. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre a mesma e sobre o seu papel enquanto participante.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar o perfil epidemiológico, a situação da oferta e a demanda aos serviços de saúde e as condições de acesso dos usuários, desses serviços, considerando os municípios que compõem a região da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Os procedimentos que serão utilizados na coleta de dados incluem entrevistas e levantamento da oferta/demanda dos serviços de saúde, portanto envolvem riscos mínimos. No entanto, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa Instituição.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do contato pessoal com o pesquisador responsável pela pesquisa e, caso seja do seu interesse, os resultados da pesquisa em geral serão publicados sob a forma de tese. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

Endereço do pesquisador: Rua Jufari, 76. Condomínio Andirá, Apto.501. Bairro de Nova Esperança.
 Manaus/AM. Telefone:3621 2323.

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA - CONSORCIO CPqAM/ENSP/IFF
 PROYECTO: PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA TRIPLE
 FRONTERA BRASIL/COLOMBIA/PERU

CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (PESQUISADOR DE CAMPO)

Usted esta siendo invitado (a) para participar de la investigación que lleva por titulo **“Perfil epidemiológico y evaluación de los servicios de salud en la triple frontera Brasil/Colombia/Perú”**, que esta bajo la responsabilidad del investigador Antonio Levino da Silva Neto, si usted decide participar de esta, es importante que lea las siguientes informaciones sobre la anterior y el papel que cumple como participante.

Esta investigación tiene como principal objetivo analizar el perfil epidemiológico y la situación de oferta y demanda de los servicios de salud y las condiciones de acceso de estos servicios, teniendo en cuenta los municipios que componen la región de la triple frontera Brasil/Colombia/Perú.

Los procedimientos que serán utilizados en la recopilación de datos incluyen, entrevistas y recolección de información secundaria sobre la oferta y demanda de los servicios de salud, que no representan ningún tipo de riesgo. Sin embargo en cualquier momento usted puede dejar de participar y retirar su consentimiento voluntariamente, esto no le causara ningún tipo de prejuicio en su relación con el investigador de la institución.

Si desea conocer los resultados de la recolección de información de este estudio y la forma como fueron resultas las tareas que le fueron definidas, estas informaciones las puede obtener contactando el investigador responsable y en caso que sea de su interés conocer los resultados generales de la investigación, estos serán publicados a través de una tesis. Su identificación será confidencial durante la utilización del material registrado para publicaciones científicas o educativas.

Después de la lectura de este consentimiento, autorizo por libre y espontanea voluntad y sin ningún tipo de reservas mi participación voluntaria de este estudio, firmo las dos copias, teniendo conciencia que una copia pertenece al investigador responsable y la otra a mi.

Nombre del participante (en letra imprenta) _____

Firma del participante _____ Fecha _____

Testifico que explico detalladamente la naturaleza y el objetivo de esta investigación y de los posibles riesgos y beneficios de los participantes de este estudio, junto al participante y a su representante autorizo y firmo este consentimiento.

Firma del pesquisador: _____ Fecha _____

Dirección del investigador: Calle Jufari, n. 76, condominio Andira APT: 501, Barrio Nova Esperanza- Manaus-AM-Brasil. Teléfono: 36212323

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****IDENTIFICAÇÃO**

Proc. nº 014/09-CEP/ESA-UEA – Projeto de Pesquisa “Perfil epidemiológico e avaliação dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.”


Interessado - M.Sc. Antônio Levino da Silva Neto

Data de apreciação - 22.05.2009

DECISÃO

Nesta data, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, acatando voto do(a) eminente relator(a), **APROVOU** “*ad referendum*” o processo supra identificado, com base no caput do item VII, na alínea a do sub-item VII.13 e na alínea a do sub-item IX.2 da Resolução CNS 196/96, ficando, portanto, autorizado o início da pesquisa proposta.

Plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, em Manaus, 22 de maio de 2009.


Prof.ª Dr.ª Ivete de Araújo Roland
Coordenadora

Anexo B - Termo de anuência/autorização para realização da pesquisa.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE-CPqLMD
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
CONSÓRCIO CPqAM/ENSP/IFF

**PROJETO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA
BRASIL/COLÔMBIA/PERU**

TERMO DE ANUÊNCIA / AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NAS
UNIDADES DE SAÚDE
(Gestores)

Registro SISNEP: Folha de Rosto - **FR - 241675**

Declaro estar informado sobre o desenvolvimento da pesquisa com o título "Perfil epidemiológico e avaliação dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru", que está sob a responsabilidade do pesquisador **Antônio Levino da Silva Neto**.

Na condição de autoridade pública, estou ciente que esta pesquisa tem como objetivo principal analisar o perfil epidemiológico, a situação da oferta/demanda dos serviços de saúde e as condições de acesso dos usuários nesses serviços, considerando os municípios que compõem a região da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

Declaro estar informado que os procedimentos que serão utilizados na coleta de dados incluem a obtenção informações dos gestores e usuários sobre os serviços de saúde, por meio de uma entrevista que não envolve nenhum risco. Também estou ciente que a qualquer momento poderemos retirar esta autorização.

Sendo assim, autorizo a coleta de dados em todas as unidades de saúde sob nossa jurisdição.

Nome da autoridade (letra de forma): **Dr. Carlos Vicente Manrique de Lara Estrada**

Cargo: **Director General de Salud Loreto.**

Assinatura:

Local: Iquitos - Peru

Gobierno Regional de Loreto
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO

Dr. CARLOS VICENTE MANRIQUE DE LARA ESTRADA

Data: 04 - 03 - 2009

Endereço do pesquisador: Rua Jufari, 76. Condomínio Andirá, Apto.501. Bairro de Nova Esperanca. Manaus/AM. Telefone: 3621'2323.