



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Augusto César Nunes Alves

Ações e desafios da resposta do sistema de saúde à Covid-19: Estudo de caso em dois municípios da Tríplice Fronteira Amazônica

Rio de Janeiro

2023

Augusto César Nunes Alves

Ações e desafios da resposta do sistema de saúde à Covid-19: Estudo de caso em dois municípios da Tríplice Fronteira Amazônica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Actions and challenges of the health system response to COVID-19: case study in two municipalities in the Amazon Triple Frontier.

A474a Alves, Augusto Cesar Nunes.
Ações e desafios da resposta ao sistema de saúde à COVID-19: estudo de caso em dois municípios da Tríplice Fronteira Amazônica / Augusto Cesar Nunes Alves. -- 2023.
119 f. : il.color.

Orientadora: Adelyne Maria Mendes Pereira.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 103-112.

1. COVID-19. 2. Política de Saúde. 3. Sistemas de Saúde. 4. Vigilância em Saúde Pública. 5. Saúde na Fronteira. I. Título.

CDD 616.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Augusto César Nunes Alves

Ações e desafios da resposta do Sistema de Saúde à COVID-19: Estudo de caso em dois municípios da Tríplice Fronteira Amazônica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 14 de novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Monique Azevedo Esperidião
Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico esse trabalho a todos os povos da floresta que sofreram terrivelmente com mais esse desafio que foi enfrentar uma crise sanitária diante de um sistema de exploração que não lhes garantia o mínimo para sobreviver. Em especial aos servidores públicos que foram a esperança daqueles que sofriam com toda crise sanitária. A resiliência desses povos é um sopro de esperança para construirmos uma sociedade mais justa e igualitária.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar minha profunda gratidão à minha orientadora, a Professora Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira, pelo apoio incansável e orientação valiosa ao longo desta jornada. Sua paciência, serenidade, competência e humildade são verdadeiras fontes de admiração, e a confiança que ela demonstrou em cada passo desta trajetória foi inestimável.

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos aos professores do Programa Vigilância em Saúde nas Fronteiras (VIGIFRONTTEIRAS), com um destaque especial para as Professoras Doutoras Maria Eduarda Cesse e Andréa Sobral, que lideram este projeto com o potencial de transformar vidas. Este reconhecimento se estende não apenas àqueles que investem nele para continuar na vida acadêmica, mas, sobretudo, aos povos das fronteiras. É fundamental compreender suas aspirações e necessidades, construindo a esperança de uma melhoria significativa em suas condições de vida e saúde.

Também gostaria de estender meus agradecimentos aos técnicos e servidores do Programa Vigilância em Saúde nas Fronteiras (VIGIFRONTTEIRAS) da Fundação Oswaldo Cruz, pela presteza e cordialidade e a sensibilidade em entender as nossas condições de conectividade e logística em uma região tão cheia de desafios.

Agradeço também aos gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant, meus colegas de trabalho que contribuíram diretamente com o sucesso deste trabalho. Em especial a colega Josivane Reis Nogueira, cuja coragem e dedicação ficará marcada na história da cidade por tudo que fez e faz pelos seus conterrâneos.

Finalmente, desejo expressar minha gratidão à sociedade brasileira, que com todas as mazelas e problemas construiu um Estado que me proporciona a chance de parar e dedicar tempo e esforços para busca do desenvolvimento pessoal, e que pretendo que se torne coletivo. Quero destacar aos meus pais, que, apesar da distância, sempre me incentivaram a perseguir meus sonhos e acreditar no meu potencial e as minhas filhas, que são o verdadeiro motivo de acordar todo dia e continuar a buscar meus sonhos.

A descolonização nunca passa despercebida, pois atinge o ser, modifica fundamentalmente o ser, transforma espectadores esmagados pela inessencialidade em atores privilegiados, recolhidos de modo grandioso pelos raios luminosos da História.

(Fanon, 2022, p. 32)

RESUMO

Esta dissertação analisou as respostas dos sistemas de saúde frente à COVID-19 em dois municípios da tríplice fronteira amazônica, Benjamin Constant no Brasil e Islândia no Peru, no período de 2020 a 2022. Baseou-se no neoinstitucionalismo histórico como referencial analítico. Configurando-se como uma pesquisa exploratória, usou como método o estudo de caso, desenvolvido por meio de 11 entrevistas semiestruturadas, revisão e análise documental e de dados secundários. Os resultados apresentam as estratégias utilizadas para o enfrentamento da COVID-19 nos municípios selecionados, bem como os desafios da gestão de uma emergência sanitária em região de fronteira. Há similaridades entre as medidas de resposta à COVID-19 implementadas nos dois municípios estudados, considerando o controle da propagação da epidemia, a preparação e o fortalecimento das redes locais de serviços de saúde. Contudo, há diferenças significativas quanto à extensão de tais medidas, o que pode estar relacionado às características estruturais dos sistemas de saúde em cada país, bem como as desigualdades sociais e econômicas que caracterizam a região. Como esperado para uma região de fronteira contígua, há associação entre a evolução da COVID-19 entre os municípios estudados, o que sugere transmissão transfronteiriça sobretudo na segunda e terceira ondas. Há também certa relação entre os picos de casos e óbitos destes municípios e seus respectivos estado/departamento, o que pode ter relação com os fluxos migratórios internos. A análise evidencia uma série de desafios para a gestão de uma emergência sanitária em territórios de fronteira, entre os quais se pode citar: ausência de integração entre os sistemas de informação epidemiológicos que permitam um compartilhamento da situação epidêmica em tempo real; falta de comunicação entre os registros de atendimentos (ambulatoriais, hospitalares e de vacinação) entre os países, com identificação adequada dos estrangeiros nos sistemas de informação nacionais; limitações dos acordos multilaterais, com retração dos fluxos em contexto pandêmico; e ausência de financiamento nacional adequado por parte de cada país para apoiar os municípios a garantirem acesso aos serviços de saúde para população da fronteira (nacionais e estrangeiros), pautados em acordos bilaterais. Apesar disso, notou-se que existem acordos informais e uma rede de cooperação e solidariedade mantida pelos gestores locais e profissionais de saúde atuantes nos municípios estudados. Como agenda futura, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos e análises tendo como foco as regiões de fronteira a partir de perspectivas teóricas e metodológicas complementares a aqui utilizadas. Espera-se colaborar para a promoção de propostas de integração e desenvolvimento da região e fortalecimento dos seus sistemas de saúde.

Palavras-chave: política de saúde; sistema de saúde; vigilância em saúde; saúde na fronteira; Covid-19; Brasil; Peru.

ABSTRACT

This dissertation analyzed the responses of health systems to COVID-19 in two municipalities on the Amazon triple border, Benjamin Constant in Brazil and Iceland in Peru, from 2020 to 2022. It was based on historical neo-institutionalism as an analytical framework. Configuring itself as an exploratory research, it used a case study as a method, developed through 11 semistructured interviews, review and analysis of documents and secondary data. The results present the strategies used to combat COVID-19 in the selected municipalities, as well as the challenges of managing a health emergency in a border region. There are similarities between the response measures to COVID-19 implemented in the two municipalities studied, considering the control of the spread of the epidemic, the preparation and strengthening of local health service networks. However, there are significant differences regarding the extent of such measures, which may be related to the structural characteristics of the health systems in each country, as well as the social and economic inequalities that characterize the region. As expected for a contiguous border region, there is an association between the evolution of COVID-19 between the municipalities studied, which suggests cross-border transmission, especially in the second and third waves. There is also a certain relationship between the peaks of cases and deaths in these municipalities and their respective state/department, which may be related to internal migratory flows. The analysis of the cases highlights a series of challenges for managing a health emergency in border territories, including: lack of integration between epidemiological information systems that allow sharing of the epidemic situation in real time; lack of communication between care records (outpatient, hospital and vaccination) between countries, with adequate identification of foreigners in national information systems; limitations of multilateral agreements, with a reduction in flows in a pandemic context; and lack of adequate national funding from each country to support municipalities in ensuring access to health services for the border population (national and foreign), based on bilateral agreements. Despite this, it was noted that there are informal agreements and a network of cooperation and solidarity maintained by local managers and health professionals working in the municipalities studied. As a future agenda, it is suggested the development of new studies and analyzes focusing on border regions from theoretical and methodological perspectives complementary to those used here. It is expected to collaborate to promote integration and development proposals for the region and strengthen its health systems.

Keywords: health policy; healthcare system; health surveillance; border health; Covid-19; Brazil; Peru.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Elementos que caracterizam os sistemas de saúde nos países estudados.	29
Quadro 2-	Matriz de análise	41
Gráfico 1-	Incidência da COVID-19 (Número de casos confirmados por 1000 Habitantes) Amazonas/ Benjamin Constant (Por semana Epidemiológica), 2020 a 2022.....	51
Gráfico 2-	Mortalidade da COVID-19 (Número de casos confirmados por 1000 Habitantes) Amazonas/ Benjamin Constant (Por semana Epidemiológica), 2020 á 2022.....	52
Gráfico 3-	Incidência da COVID-19 (Número de casos confirmados por 1000 Habitantes) Amazonas/ Benjamin Constant (Por semana Epidemiológica), 2020 á 2022.....	70
Gráfico 4-	Mortalidade da COVID-19 (Número de casos confirmados por 1000 Habitantes) Loreto/ Islândia (Por semana Epidemiológica), 2020 a 2022.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Indicadores demográficos, sociais e econômicos selecionados.....	21
Tabela 2-	Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a Tríplice Fronteira Amazônica, segundo a distribuição populacional, 2020.....	23
Tabela 3-	Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a tríplice fronteira amazônica, segundo indicadores sanitários, 2020.....	24
Tabela 4-	Perfil dos usuários acometidos por COVID-19 no Município de Benjamin Constant, 2020 á 2022.....	54
Tabela 5-	Perfil dos usuários acometidos por COVID-19 no Município de Islândia, 2020 á 2022.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SIS	Sistema Integral de Salud
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	SISTEMAS DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA AMAZÔNICA....	15
2.1	FRONTEIRAS: BREVES NOTAS TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	15
2.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIAL E ECONÔMICA DA REGIÃO DA TRÍPLICE FRONTEIRA AMAZÔNICA.....	19
2.3	CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL, COLÔMBIA E PERU.....	26
3	METODOLOGIA.....	39
3.1	REFERENCIAL ANALÍTICO.....	39
3.2	ESTRATÉGIAS DE PESQUISA.....	41
4	RESULTADOS.....	46
4.1	O MUNICÍPIO DE BENJAMIN CONSTANT (BRASIL) FRENTE À COVID-19.....	46
4.1.1	Caracterização do sistema de saúde.....	46
4.1.2	Evolução da COVID-19.....	50
4.1.3	Ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19.....	54
4.2	O MUNICÍPIO DE ISLÂNDIA (PERU) FRENTE À COVID-19.....	63
4.2.1	Caracterização do sistema de saúde.....	63
4.2.2	Evolução da COVID-19.....	68
4.2.3	Ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19.....	72
5	DISCUSSÃO.....	86
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	113
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	114
	ANEXO A - CALENDÁRIO EPIDEMIOLÓGICO 2020.....	117

ANEXO B	-	CALENDÁRIO	EPIDEMIOLOGICO	
2021				118
ANEXO C	-	CALENDÁRIO	EPIDEMIOLOGICO	
2022				119

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como foco às ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19 em dois municípios situados na região da Tríplice Fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru no período de 2020 a 2022. Foram selecionados os municípios de Benjamin Constant (no Brasil) e Islândia (no Peru), em função de suas características similares e singulares. Trata-se de dois municípios dependentes de ações e serviços prestados por meio de redes regionalizadas e no contexto de fronteira. Configuram-se como unidades interessantes de estudo justamente porque as diferenças quanto à estrutura e organização dos sistemas de saúde de cada país e os aspectos críticos relacionados às iniquidades marcantes e especificidades logísticas podem ser elementos importantes na leitura dos efeitos da COVID-19. Buscou-se entender a COVID-19 como um evento mundial e de transcendência para além da saúde, configurando-se como uma verdadeira sindemia (Horton, 2020), atingiu estes municípios e como as respostas foram produzidas.

Cabe destacar que as diferenças entre essas localidades dificultaram ainda mais a adoção de medidas de isolamento necessárias à garantia do cumprimento das normas internacionais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), medidas estas que poderiam promover o achatamento da curva de infecção do vírus na tentativa de que o sistema de saúde pudesse suportar o crescimento do número de atendimentos. É necessário refletir sobre a configuração do sistema de saúde nas áreas periféricas, altamente concentrado nas grandes cidades, onde a oferta de profissionais, equipamentos e estruturas é mais ampla – ainda que se sobrecarreguem rapidamente, mas que minimamente permitem o acesso integral ao sistema de saúde. Uma preocupação que orienta a concepção desse projeto é a organização do sistema de saúde em áreas distantes dos grandes centros urbanos, em especial em regiões isoladas da Amazônia brasileira. Ou seja, como se organiza e responde à COVID-19.

Historicamente, os fenômenos pandêmicos recaem sobre as populações de formas distintas, expondo as desigualdades em saúde entre indivíduos, territórios, regiões e países. A pandemia do novo Coronavírus expôs desigualdades, aprofundou iniquidades e mazelas que, em geral, são ignoradas em nossa sociedade e na maior parte dos países do mundo, em diversas dimensões, com aumento da distância entre ricos e pobres (Machado et al., 2022). Peiter (2005) aborda o grande abismo existente na fronteira Norte-Sul, sinalizando a possibilidade de crescimento destas iniquidades com as sucessivas crises políticas, econômicas, ecológicas e sanitárias vivenciadas pelos países periféricos. Ainda nesse texto, ao analisar a conjuntura caracterizada pela “emergência de doenças”, trouxe a reflexão sobre a

percepção das populações aos riscos sanitários e a potencial circulação mundial de patógenos e doenças.

É notável os avanços nas últimas décadas do século XX em termos de velocidade e volume de fluxos, com as redes de comunicação e de tráfego aéreo encurtando distâncias. Contudo, este fato expõe ainda mais as populações a agravos que podem circular seguindo este mesmo fluxo. Isso torna-se ainda mais preocupante porque esses processos globais, em geral, não promoveram o acesso equitativo a bens e serviços e tampouco a redução das desigualdades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de iniciativas associadas à Saúde Global (Global Health), buscou incentivar instrumentos internacionais, tais como o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), para impulsionar medidas globais de vigilância em saúde. O problema é que essa abordagem se ancora sobremaneira em uma lógica biomédica e tecnológica, nem sempre considerando que a operacionalização da percepção do risco e da segurança sanitária e sua possível contenção e gestão de crises, que depende diretamente das questões macroestruturais dos países periféricos e seus determinantes (Peiter, 2005; Souza, 2017; Aguiar Et Al., 2019; Jabbour; Rodrigues, 2021).

Há diversos movimentos dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de outros organismos internacionais que propõem uma estruturação de políticas e ações mais integradas. Tais movimentos partem do reconhecimento de que os eventos que envolvem crises que afetam a saúde exigem que a vigilância seja tratada a partir de uma abordagem integral e como parte de uma gestão prospectiva dos riscos, que vão além das questões setoriais e gestão particularizada e reativa. Contudo, é necessário que cada país amplie seu investimento em saúde, o que depende diretamente da capacidade do Estado de interferir na condição de vida dos indivíduos (Freitas et al., 2022).

As justificativas para o desenvolvimento desse estudo se ancoram em três perspectivas centrais. Com relação à relevância pessoal, destaco as motivações que emergem de estudar um problema da realidade onde vivo e trabalho. Apesar do esforço empreendido, a COVID-19 evidenciou falhas no modelo de regionalização, que reflete a necessidade de integração interfederativa e transfronteiriça, revelando o abismo entre as necessidades de saúde da população e a capacidade da resolução dos problemas na esfera municipal. Tal fato ressalta a importância de entender o território Amazônico e sua logística para compreender a condição de constituição de uma região de saúde integral com gestão compartilhada das ações e serviços de saúde nos territórios.

No que se refere à relevância acadêmica, considera-se importante refletir sobre a configuração do sistema de saúde, incluindo a organização e gestão de redes regionalizadas em locais com vias de transporte essencialmente fluviais e grandes distâncias entre os centros urbanos e que possuem fronteira com outros países. Ainda predominam estudos sobre as metrópoles urbanas e estados cujos municípios são ligados por estradas e os centros urbanos são relativamente próximos uns dos outros.

Com respeito à relevância social, aspira-se contribuir na luta pela garantia do direito à saúde e principalmente da população ribeirinha e do campo, que tem maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde, ainda mais quando exposta à COVID-19. A análise da realidade local, na qual me insiro, poderá gerar subsídios para o fortalecimento das ações de planejamento em saúde, a constituição de redes e à preparação para futuras emergências sanitárias.

Diante destes argumentos, a questão que orienta esta dissertação é: Quais foram as ações desenvolvidas pelo sistema de saúde frente à COVID-19 em dois municípios da tríplice fronteira amazônica no período de 2020 a 2022? E quais os principais desafios da gestão da COVID-19 em municípios de fronteira? Para responder estas questões, foi realizada pesquisa exploratória, que utilizou como método o estudo de caso, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas, revisão e análise documental e de dados secundários.

O objetivo geral foi analisar as ações de resposta do sistema de saúde frente à COVID-19 em dois municípios do tríplice fronteira amazônica no período de 2020 a 2022. Os objetivos específicos foram: 1) Identificar as medidas desenvolvidas pelos sistemas de saúde dos municípios de Benjamin Constant (Brasil) e Islândia (Peru) em resposta à COVID-19, considerando o controle da propagação da epidemia, a preparação e o fortalecimento das redes locais de serviços de saúde; 2) Descrever a evolução da COVID-19 nos municípios selecionados, tendo em vista o número de casos, óbitos e internações; e 3) Compreender os desafios da gestão de uma emergência sanitária em territórios de fronteira.

A estrutura desta dissertação está organizada em três capítulos principais. O primeiro aborda a configuração dos sistemas de saúde no Brasil, Colômbia e Peru, no contexto da Tríplice Fronteira Amazônica. O segundo capítulo apresenta o referencial teórico-metodológico e estratégias de pesquisa utilizadas. Já o terceiro, traz os resultados, com as medidas desenvolvidas pelos municípios de Benjamin Constant (Brasil) e Islândia (Peru) em resposta à COVID-19, tendo em vista a estrutura prévia do sistema e a análise da evolução da pandemia em cada um. As considerações finais irão explorar os desafios da gestão de uma emergência sanitária em territórios de fronteira.

2 SISTEMAS DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA AMAZÔNICA

2.1 FRONTEIRAS: BREVES NOTAS TEÓRICO-CONCEITUAIS

A palavra fronteira é bem comum em nosso vocabulário. É o tipo de vocábulo que estamos acostumados a usar sem refletir sobre seu significado e, em geral, sempre ligamos a uma região localizada na periferia do espaço territorial da nação. O próprio conceito tradicional de fronteira deve ser revisitado, a fronteira para além do significado clássico de terra que está a frente de outra ou faixa que divide dois territórios. O seu conceito hoje se vincula ao entendimento do que é Estado, território e população. Os principais pontos fracos da perspectiva tradicional, que enxerga a fronteira apenas como limite, têm a ver com uma avaliação unilateral das instâncias políticas e administrativas, em detrimento dos processos demográficos, sociais e culturais que ocorrem nessas áreas, e com a impossibilidade de entender as bordas externas do Estado-nação como as zonas de encontro ou interação de diversas sociedades nacionais. A fronteira é, portanto, resultante de um processo histórico de divisão, nem sempre pacífica, dos territórios, e representa por excelência a preocupação do Estado em garantir sua soberania e a segurança da população no seu território (Brasil, 2016; Zarate, 2008).

Assim, embora seja necessário realizar a análise da construção da sociedade fronteiriça indo além de histórias nacionais, deve ser devidamente ponderado os fatores associados à existência de limites e barreiras, as fronteiras estão deixando de ser vistas como linhas geográficas definidas, mas sim como resultantes de um processo, evidenciando elementos que acentuam as diferenças étnicas e nacionais. Isso também implica a ressignificação do Estado e da nação, não sua ocultação, os Estados, de uma maneira geral têm interesse pela região que envolve a fronteira, pois são pontos estratégicos de defesa mas tendo em vista que a soberania nunca é uma questão de um único Estado é um acordo entre duas nações, sendo impossível ser soberano simplesmente proclamando a própria soberania. Esta realidade é sempre dinâmica, construída politicamente e socialmente e em permanente mudança, tendo em vista a mobilidade humana e o processo de globalização contemporâneo (Londoño Niño, 2013; Brasil, 2016).

De uma maneira geral, é comum pensar a fronteira em sua relação com os limites político administrativas e, conseqüentemente, com um discurso geopolítico, ou associado à zona de avanço da frente de colonização do Estado ou da nação. Estes estudos das zonas fronteiriças estão associados à percepção comum de que esta é uma questão de competência preferencial daqueles que lidam com a política externa dos Estados ou a lei internacional

(Zarate, 2008; Londoño Niño, 2013). É por isso que, frequentemente, quando ouvimos falar de fronteiras e limites, pensamos em geopolítica ou em algumas de suas expressões jurídicas, ou seja, nos tratados e convenções internacionais.

A fronteira como território é um conceito que representa realidades complexas e estas se sobrepõem sobre os territórios onde coexistem processos de intercâmbio de diferentes tipos entre as populações de países vizinhos. Uma fronteira é, muitas vezes, porosa, permeável e flexível. Move-se e pode ser deslocada, causando a impressão de ser real e imaginária ao mesmo tempo, ou intransitável e transitável, como aquela fronteira quase invisível, mas, ao mesmo tempo, incluem um afastamento por parte dos próprios governos e das realidades dessas regiões distantes dos centros de poder político e econômico. Isso se reflete na escassez de estudos sobre algumas regiões de fronteira internacional (como a latino-americana) causada pela marginalidade que elas podem ter dentro do território de cada nação e em relação aos estados vizinhos (Zarate, 2008; Levino; Carvalho, 2011).

Em geral, as regiões de fronteira têm uma precária base produtiva e de infraestrutura econômica e social que limitam a capacidade de gerar um processo de desenvolvimento sustentável e integrado. As consequências disto são o aparecimento no território de condições sociais e de cidadania bastante adversas, salvo raras exceções sub-regionais. A região de fronteira, como ponto crítico de um processo de integração entre os países, estabelece relações político, cultural e social que constroem uma interdependência em especial na área da saúde com acesso a produtos comumente utilizados pela população fronteiriça que vão desde medicamentos e serviços médicos e hospitalares (Zarate, 2008; Suárez-Mutis et Al., 2010; Silva Neto, 2011).

A delimitação de zonas de fronteira e sua conseqüente regionalização é importante na construção de políticas públicas que sejam melhores e mais facilmente aplicadas nessas localidades, permitindo identificar características próprias dos territórios e diferenças regionais importantes que servem de parâmetro para implementação de ações de Estado. A história da Amazônia colombiana não pode ser contada sem a história da região Amazônica de Loreto no Peru. Nem pode ser concebida a história fronteiriça dessas duas nações sem a entendimento do Estado brasileiro. Essa interdependência é imprescindível inclusive na perspectiva da defesa da soberania nacional, no sentido mais amplo do termo. Diante disso, o estudo das fronteiras, como a existente entre Brasil, Colômbia e Peru, traz parâmetros importantes para os estudos nessas regiões, onde se acirram as tensões entre os modelos nacionais de organização, gestão das políticas públicas e os seus determinantes externos,

refletindo diretamente na capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde (Zarate, 2008; Silva Neto, 2011; Londoño Niño, 2013).

As fronteiras são uma construção social e histórica. Antes da chegada dos colonizadores, a atual Tríplice Fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru estava povoada, principalmente pelos Omagua, descritos nas viagens de Orellana, que se aliaram aos espanhóis e foram extintos, e os Ticuna, que tinham sido deslocados pelos Omagua e ocuparam depois seus territórios, espalhando-se pela Bacia Amazônica. Além dos Ticuna, estavam os Cocama que dirigiam as atividades do rio, os Huitotos, deslocados pelos empresários da borracha no departamento colombiano de Putumayo e os Yagua que entraram na região desde começos do século XX (Grisales, 2005).

Com a linearização das fronteiras, estas ganharam maior destaque, principalmente devido à utilização do mapa como ferramenta para definir, delimitar e demarcar territórios. Durante o período em que as coroas espanhola e portuguesa constituíam um único império, entre 1580 e 1640, a região da Tríplice Fronteira, compreendendo o atual Brasil, Colômbia e Peru, não experimentava conflitos. As forças portuguesas adotaram um processo de avanço fluvial, e a fronteira colonial amazônica foi estabelecida pelo avanço de cada reino. As diferenças de sucesso marcam os avanços e recuos de acordo com a geopolítica e também com os ciclos econômicos de exploração, bem como as interações com as comunidades indígenas existentes. Tais elementos trouxeram especial complexidade para a conformação desta fronteira, o que leva a um sentimento de pertencimento das populações e assim como as relações familiares e de mobilidade populacional. Estas relações históricas determinam uma separação, levando a refletir os princípios de espaço e território (Zarate, 2008; Londoño Niño, 2013).

Os indígenas têm vivenciado o processo e as mudanças históricas da fronteira amazônica, e hoje, ainda são parte importante de sua população. Sofreram com os efeitos da ocupação colonial espanhola e portuguesa, depois com a definição de fronteiras e os processos de nacionalização que os excluíram, mais tarde com o ciclo da borracha, que foi nefasto para eles e, mais atualmente, com o processo de globalização e a chegada de novos atores e interesses a seus territórios (Londoño Niño, 2013).

Em termos de nacionalização, as regiões de fronteiras são essenciais aos interesses do Estado. Nelas, é necessário organizar estratégias para consolidação e garantia da soberania. Desde os acordos de Madrid em 1750, o princípio do uso do espaço é o garantidor da posse. As fronteiras então são os espaços onde existem tensões entre nacionalidade e etnicidade (López Garcés, 2002). A forte presença indígena na região fronteira traz, além das

nacionalidades, questões que se superpõem a identidades étnicas que os Estados devem considerar nos processos de cooperação, mas que foram desatendidas no processo de construção da soberania sobre esses territórios. Os processos de nacionalização dessas sociedades indígenas foram dados principalmente pelos exércitos nacionais no caso do Brasil e Peru, desde o nascimento das repúblicas, e pela igreja no caso da Colômbia até 1930 (López Garcés, 2000; López Garcés, 2002). O uso dos indígenas nesse processo de nacionalização é controverso, pois esse processo se deu separando processos já existentes de relacionamento inter étnicos, para serem indivíduos ativos e contribuintes da nacionalização e defesa dos limites, com esse intuito eram nacionalizados (Londoño Niño, 2013).

Outras populações que não faziam parte deste movimento de conquista e demarcação de territórios foram extintas. As poucas que tinham sobrevivido ao processo de conquista e definição das fronteiras não resistiram a pressão exploratória do ciclo da borracha, podendo ser citados os Huitotos, Andokes, Boras, Muinanes, Nonuyas e Ocainas (Palacio, 2006). Então hoje, a presença dos Ticunas, enquanto principal povo indígena na região que envolve os três países (Brasil, Colômbia e Peru), é uma construção da interação entre estes e os colonizadores desde o momento da conquista e delimitação de territórios. Foram importantes nesta demarcação, mas também protagonizam uma interação transfronteiriça constante e que impõe aos Estados uma nova forma de lidar com suas estruturas governamentais (Riaño, 2003; Londoño Niño, 2013).

O território é, ao mesmo tempo, funcional e simbólico, uma vez que estes nunca se manifestam em um estado puro, o funcional sempre possui uma carga simbólica e o simbólico sempre manifesta um caráter funcional. O conceito de território é importante no entendimento das relações de fronteira, um mesmo espaço compreende múltiplas territorialidades. Se por um lado, o território funcional é essencialmente permeado por processos de dominação, por outro lado, o território simbólico tem como essência os processos de apropriação, territorialidades sem território, princípios da multiplicidade e valor simbólico (Haesbaert, 2004; Mariosa, 2018).

A área de estudo foi determinada com base na delimitação da tríplice fronteira, a qual abrange partes do Estado do Amazonas, no Brasil, e os Departamentos do Amazonas, na Colômbia, e Loreto, no Peru. Essa fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru está situada na região compartilhada da Amazônia, que é uma área sul-americana de significativa relevância. Essa região que une esses três países expressa uma mescla das características dos mesmos. Essa zona de fronteira internacional produz efeitos no comportamento da população e, consequentemente, no processo de saúde e adoecimento. A fronteira é um limite político

formal, separando realidades que são distintas do ponto de vista do desenvolvimento socioeconômico, da legislação, cultura e oferta de serviços, incluindo os da saúde.

É necessário entender que, em especial, nessas regiões de fronteira, é impossível conseguir melhorias de qualquer natureza se não considerar os impactos nos fluxos, migrações e na mobilidade das populações. O desafio é criar instituições que atuem para além dos Estados nacionais, com profissionais e organicidade próprios, visando atuar em todo o território e que ordene ações a diversas áreas da rede com busca de uma futura integração de todo o sistema de saúde transfronteiriço. Este tipo de sistema de saúde pode significar economia, inclusive de recursos, estruturas e pessoal para os Estados envolvidos, pois se controlaria a duplicidade de atenção na região e regularia os fluxos de atendimento (Zarate, 2008; Suárez-Mutis Et Al., 2010; Londoño Niño, 2013).

A integração é necessária entre políticas e sistemas públicos para garantia da capilaridade dos serviços a estas populações, que em geral se caracterizam pela multiculturalidade e por iniquidades marcantes. O que além de desafios, pode compreender oportunidades de uso destas relações para melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos dos diversos lados destas fronteiras (Gadelha, 2007). A articulação entre os países é muito importante para o compartilhamento de dados e de ações regionais com vistas a garantir o uso dos instrumentos de vigilância na perspectiva da prevenção e integração dos sistemas.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIAL E ECONÔMICA DA REGIÃO DA TRÍPLICE FRONTEIRA AMAZÔNICA

A América Latina, desde sua ocupação por colonizadores, vive ciclos de desenvolvimento ligados aos ciclos econômicos de outras regiões do mundo. A relação de exploração e expropriação a que esse território foi submetido deixou marcas estruturais expressadas por meio de indicadores sociais, econômicos e sanitários.

As economias latino-americanas têm uma alta dependência na exportação de produtos primários, o que está intimamente ligado às relações precárias de trabalho que caracterizam a produção de commodities, entre outros fatores. Esses aspectos são, em grande parte, consequências da história de colonização da região. O exemplo disso nos anos 1990 do século passado, são as políticas subordinadas à visão neoliberal dominante, construídas através de ajuste estrutural, impostas aos países chamados subdesenvolvidos. Tais políticas geraram maiores dificuldades aos mercados de trabalho dos países periféricos, ampliando a

vulnerabilidade dessas economias (Anastasia; Las Casas, 2016). De um lado, a dominância da política monetária controla a inflação e os gastos públicos, de outro, a agenda neoliberal produz um processo de privatização das empresas estatais, ampliando a internacionalização dessas economias dominadas agora pelas firmas-rede mundiais.

O desenvolvimento periférico teve um período “para fora”, quando o padrão de crescimento esteve determinado pelas exportações de produtos primários para o centro industrial. Com as transformações do mundo ao longo do século XX, o desenvolvimento periférico direcionou-se cada vez mais para o mercado interno. Esse processo ocorreu durante o contexto das duas grandes guerras e após a crise de 1929, que gerou dificuldades significativas para a importação de manufaturas e aumentou as restrições de divisas nas regiões periféricas. Isso resultou em uma mudança no centro dinâmico de algumas economias periféricas, que passaram a se industrializar visando atender à demanda interna. Apesar dessa mudança em direção ao mercado interno, a assimetria centro-periferia persistiu. As economias centrais, por meio de suas empresas "transnacionalizadas", continuaram a irradiar o progresso técnico para as regiões periféricas, que também responderam à dinâmica ditada pelo centro. (Aguiar, 2019).

As chamadas reformas demandadas pelo capital ligado às finanças impõem medidas de desregulamentação e precarização do mercado de trabalho, o que reduz drasticamente a capacidade estatal de intervenção na realidade e no estímulo ao desenvolvimento (Aguiar, 2019). O impacto disto reflete no baixo nível de investimento em saúde que depende diretamente das capacidades do Estado de interferir na condição de vida dos indivíduos.

A América Latina então buscou a integração subregional, produziu vários acordos multilaterais que visavam ampliar o intercâmbio diplomático e a formação de mercados comuns, com criação de organismos multilaterais de integração regional como a Comunidade Andina de Nações (CAN) ou o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) (Ferreira, 2008; Silva Neto, 2010). Quando se faz referência à integração regional, são espaços onde distintos atores, mas fundamentalmente Estados, relacionam-se para encontrar soluções conjuntas para determinados problemas ou propor melhores condições econômicas, políticas ou sociais. Mas espaços físicos também representam possibilidades de cooperação e integração entre países e povos. As fronteiras são, em especial, locais onde os processos de interação são fortes naturalmente e devem fazer parte da análise da integração regional (Londoño Niño, 2013).

Os três países envolvidos nesse estudo têm muitas semelhanças e muitas diferenças tanto na estrutura do Estado quanto nos indicadores, e também em como as populações lidam com o processo de adoecimento e a relação com as estruturas de saúde em busca de serviços.

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.

A Tabela 1 apresenta alguns indicadores demográficos, sociais e econômicos selecionados para o Brasil, a Colômbia e o Peru, e as respectivas regiões em cada um deles.

Tabela 1. Indicadores demográficos, sociais e econômicos selecionados.

País e região	População (em milhões)	IDH	Renda per capita	Índice de Gini (2020)
BRASIL	212,6 milhões	0,754	US\$ 5.860	0,489
Estado do Amazonas (BR)	3,874 milhões	0,737	US\$ 5.220	0,568
COLÔMBIA	45,75 milhões	0,764	US\$ 5.333	0,542
Departamento do Amazonas (CO)	71.167 mil	0,780	US\$ 11.829	0,356
PERU	33,36 milhões	0,723	US\$ 6.780	0,438
Departamento de Loreto (PE)	1,049 milhões	0,529	US\$ 1.146	0,523

Fontes: IBGE, 2019; DANE, 2018; Peru, 2020; CEPAL, 2022; Word Bank, 2022.

O Brasil estende-se por cerca de 8.516.000 km², com 212,6 milhões de habitantes e uma densidade demográfica de 24,57 hab/km². A baixa densidade populacional do Brasil é atribuída ao seu tamanho continental. O país apresenta regiões com alta densidade populacional e outras com baixa densidade, resultando em uma distribuição não homogênea da população em seu território. Apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de 1,445 trilhão USD (2020) e PIB per capita de US\$ 5.860 (IBGE, 2019). Tem um Índice de Gini de 48,9, ocupando o posto de oitavo país mais desigual do mundo (Word Bank, 2022). O Brasil tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado alto, de 0,754 (quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento humano) (CEPAL, 2022).

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 3,874 milhões de habitantes. Destes, 2,02 milhões (52,20%) estão concentrados na capital Manaus e 251.867 (6,5%) no Alto Solimões (IBGE, 2019). O Alto Solimões tem uma extensão de 213.278 km² essa relação resulta numa densidade média de 1,2 habitantes/ km². O município com menor densidade populacional dessa região é Atalaia do Norte apresentando 0,19 hab/km², abrigando o menor percentual de população (7,89%). O município de maior

densidade é Tabatinga (14,87 hab./km²), que apresenta o maior percentual de população da região (25,74%) (IBGE, 2019).

A Colômbia possui área total de 1.138.910 km², onde vivem 45.745.783 pessoas e uma densidade demográfica de 45,37 hab/km², com PIB em US\$ atuais de 271,3 bilhões, sendo per capita, US\$ 5.333. A divisão político-administrativa da Colômbia caracteriza-se em departamentos, distritos, municípios e territórios indígenas. Os municípios são agrupados em departamentos. São aproximadamente 1120 municípios, incluindo os 10 Distritos que contam como Municípios. Possui em média um IDH de 0,767 e Índice de Gini de 54,2 (DANE, 2018; CEPAL, 2022; Word Bank, 2022).

O Departamento do Amazonas (CO) está localizado no extremo sul do país, ocupando 109.655 Km² (densidade de 0,72 habitantes/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, com uma densidade média de 1,09hab/km² (DANE, 2018). Dos 79.020 habitantes do departamento, a maioria (62,9%) concentra-se na capital Letícia que, juntamente com Puerto Nariño, ultrapassa 75,9% do total da população departamental. A menor localidade do departamento do Amazonas é o corregimento de La Victória, onde são encontrados 0,83% da população, já a maior em termos territoriais é Miriti Paraná, no entanto, abriga apenas 2,37% do total da população departamental possuindo a menor densidade populacional (0,20 hab./km²).

A República do Peru está situada na costa oeste do subcontinente sul-americano. Sua capital é a cidade de Lima, que abriga uma população de aproximadamente 33 milhões de habitantes. A economia do país é fundamentada no turismo, na exploração de recursos naturais e na indústria de transformação. Sua posição geográfica, no Círculo de Fogo do Pacífico, com extensão territorial de 1.285.216 km², divididos em 25 regiões e uma província. Com população estimada em 33.359.000 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 26,1 hab./km², possui um IDH médio de 0,723. Apresentando um Produto Interno Bruto (PIB) de US\$ 231,69 bilhões e PIB per capita de US\$ 6.780. O território peruano é urbanizado, sendo a sua taxa de urbanização de 78,3%. Somente em Lima, vivem 32,6% de todos os habitantes do país, o que equivale a 10,8 milhões de pessoas (Peru, 2020; CEPAL, 2022).

O Departamento de Loreto (PE), com 368.851,95 km² de área ocupando 28,0% do território nacional, está localizado na parte nordeste do Peru. Sua divisão político-administrativo é composta por 8 províncias, 55 distritos; a província com o maior número de distritos é Maynas (13 distritos), Requena (11 distritos), Alto Amazonas, Datem del Marañón

e Ucayali (6 distritos cada um), Loreto (5 distritos), Mariscal Ramón Castilla e Putumayo (4 distritos). Em 2016, a população do departamento de Loreto era de 1.049.364 habitantes, o que representa 3,3% do total nacional (Peru, 2020).

É importante salientar 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 com territórios pouco povoados e com baixo nível de desenvolvimento econômico e social (Zarate, 2008; Silva Neto, 2011).

As principais características da população residente na área da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a Tríplice Fronteira Amazônica, segundo a distribuição populacional, 2020.

País, região e município	População Masculina (%)	População Feminina (%)	População Urbana (%)	População Rural (%)
BRASIL				
Região do Alto Solimões	51,68	48,32	47,50	52,50
Benjamin Constant	51,46	48,54	61,03	38,97
COLÔMBIA				
Departamento do Amazonas	51,93	49,07	49,33	51,67
Letícia	51,24	48,76	70,75	29,25
PERU				
Departamento de Loreto	51,24	48,76	66,06	33,94
Islândia	49,65	50,35	31,63	68,37

Fontes: IBGE, 2019; DANE, 2018; Peru, 2020.

Na Região do Alto Solimões (BR), as populações masculina e feminina representam, respectivamente, 51,68% e 48,32% da população total. No Departamento do Amazonas (CO), 51,93 % e 48,07% da população e no departamento de Loreto (PE), são 51,24% e 48,76%. Notase, com base neste cenário, que existe uma predominância masculina nos três lados da fronteira, sendo que as proporcionalidades entre os sexos são equivalentes quando se verifica a distribuição da população por sexo. Ao analisar a escala de municípios, corregimentos, departamentos e províncias, não são observadas grandes discrepâncias em relação aos percentuais agregados por região ou departamentos.

Loreto é definida como uma região com grande extensão territorial, alta dispersão populacional e multiculturalismo. A diversidade é a marca desta região por apresentar diferentes características demográficas, étnicas, geográficas, socioeconômicas e sanitárias. Os problemas de saúde nesta região se acumulam e encontram a pobreza e a desigualdade arraigada ao longo de gerações, com o acréscimo das iniquidades observadas, levando a ineficiência na resposta social aos problemas de saúde da região (Silva Neto, 2011; Peru, 2022). Caballococha é o distrito situado na divisa com o Brasil e a Colômbia, sua população tem baixa densidade, não passa de 1,5 hab/km². Este é o mais importante, do ponto de vista das relações transfronteiriças, porque concentra um intenso comércio e 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, Tabatinga e Benjamin Constant (Peru, 2022).

A Tabela 3 apresenta indicadores sanitários selecionados no Brasil, Colômbia e Peru, bem como nos estados do Amazonas, departamento do Amazonas e de Loreto. Dentre os principais indicadores que nos aproximam a uma avaliação da condição de vida e saúde das populações na região, pode-se citar a Taxa de Mortalidade Infantil, Esperança de Vida ao Nascer, Taxa de Natalidade e Razão de Dependência.

Tabela 3. Unidades territoriais do Brasil, Colômbia e Peru que formam a tríplice fronteira amazônica, segundo indicadores sanitários, 2020.

	Brasil	Colômbia	Peru	Amazonas (BR)	Amazonas (CO)	Loreto (PE)
Taxa de Mortalidade Infantil (Óbitos/1000 nascidos vivos)	13,30	13,20	17,80	16,70	13,05	27,60
Esperança de Vida ao Nascer (em anos)	76,80	77,46	70,44	75,44	69,74	70,70
Taxa de Natalidade (Nascidos vivos pela população por 1000)	13,46	14,42	17,50	19,71	30,40	27,42
Taxa de Fecundidade (Nascidos vivos por mulher em idade fértil – 15 a 49 anos)	1,76	1,98	2,23	2,28	4,07	3,60

Fonte: IBGE, 2019; DANE, 2018; INEI, 2017.

A Taxa de Mortalidade Infantil é um importante indicador que serve para avaliar as condições de vida de uma população e demonstrar o nível das desigualdades existentes entre unidades territoriais. Dos países que compõem a Tríplice Fronteira Amazônica, o Peru foi país que apresentou a maior taxa de mortalidade infantil registrada (17,80 óbitos por 1000 nascidos vivos), sendo seguido pelo Brasil (13,30) e pela Colômbia (13,20). Pensando nas unidades subregionais, a lógica se mantém, com o Departamento de Loreto apresentando a

maior taxa (17,77) seguida do Estado do Amazonas (BR) e do Departamento do Amazonas (CO) com taxas de 16,70 e 13,05, respectivamente.

A Taxa de Natalidade, em geral, é utilizada como indicador nas avaliações do declínio ou crescimento muito acelerado de uma população. Na comparação entre os três países, é possível observar uma diferença importante no Brasil (13,46/mil hab), da Colômbia (14,42/mil hab) e do Peru (17,5/mil hab). Nas unidades federadas que compõe essa tríplice fronteira, o departamento do Amazonas colombiano é o que, neste caso, apresenta a taxa mais elevada (30,40/mil hab), seguida do departamento de Loreto no Peru (com 27,42/mil hab) e do estado do Amazonas brasileiro (com 19,71 nascidos vivos para cada mil habitantes) (IBGE, 2019; DANE, 2018; Peru, 2022). 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.

A Taxa de Fecundidade de 2,1 é considerada um valor limite, abaixo da qual a reprodução populacional se torna inviável. O Brasil registra uma taxa de fecundidade de 1,76, a Colômbia, 1,98 e o Peru, 2,23. 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 2,28 nascidos vivos por mulher em idade fértil.

Em relação à Esperança de Vida ao Nascer, medida que expressa as condições de vida, o Brasil possui 76,8 anos, Colômbia, 77,46 anos e Peru, 70,44 anos, estando praticamente no mesmo patamar. E à exceção da Colômbia, não se observam grandes discrepâncias na comparação entre os valores nacionais e as suas unidades federadas correspondentes. No Departamento do Amazonas (CO), a esperança de vida calculada é de 68,74 anos, correspondendo 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 um ano. Esta variável tende a aumentar quando melhoram as suas condições de vida (IBGE, 2019; DANE, 2018; Peru, 2022).

A Razão de Dependência é o indicador utilizado na avaliação do peso representado pelos segmentos de idade definidos como economicamente dependentes em relação ao segmento definido como potencialmente produtivo. Os números da Razão de Dependência elevada indicam que a população em idade produtiva está assumindo os encargos que sustentam uma grande parcela de dependentes. O declínio desta taxa se relaciona ao processo de transição demográfica, em países que tem sua base de garantia do acesso à saúde através

do asseguramento. Esta variável é ainda mais representativa, como o caso de dois dos três países da Tríplice Fronteira. Uma população é considerada jovem quando o contingente de zero 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).

A distribuição proporcional da população fronteiriça pelos grandes grupos de idade indica que 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 e no Departamento do Amazonas (CO) fica na casa dos 4,45% do total (IBGE, 2019; DANE, 2018; Peru, 2022).

Ao analisar os dados, a Razão de Dependência é maior no Departamento do Amazonas colombiano, onde a população dependente total representa 82% da população economicamente ativa. O Estado do Amazonas no Brasil vem em seguida, com uma população dependente equivalente a 80,22% e, por último, o Departamento de Loreto, com 79,74%. Esta proporção de população economicamente ativa tende a equivalência, 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 mesmo apresentando um aumento relativo da população mais idosa quando comparado com a Região do Alto Solimões no Brasil e o Departamento do Amazonas na Colômbia, apresenta um peso relativamente menor da faixa etária mais jovem dentro do espectro de análise (IBGE, 2019; DANE, 2018; Peru, 2022).

Analisando exclusivamente o grupo de idosos, a Razão de Dependência no departamento de Loreto (PE) é de 10,33% em relação à população economicamente ativa. Já no estado do Amazonas (BR), essa razão é de 8,74%, enquanto no Departamento do Amazonas (CO) é de 8,09%. 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.

O tema da saúde é abordado como um dos nós-críticos nas regiões de fronteira. Nessas áreas, a assistência à saúde é sempre complexa, pois mesmo quando a capacidade instalada permite o acolhimento das demandas, a efetividade das ações pode ser comprometida pelo fluxo dos usuários que buscam superar, individualmente, as carências do seu país de origem (GIOVANELLA et al., 2007; SILVA NETO, 2010).

2.3 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL, COLÔMBIA E PERU

Segundo Esping-Anderssen (1991), em uma análise histórica da economia política envolvendo a formação dos Estados de Bem-Estar social nas sociedades modernas, principalmente as da Europa Ocidental. O autor avalia as características dos Estados que naquele momento implementaram tais políticas, enfatizando as questões econômicas e culturais que conformam as relações sociais naquele momento histórico. Ressalta que os Estados de Bem-Estar social não são os mesmos em todos os países, uma vez que dependem das condições prévias e das decisões políticas. A relação de disputa de narrativa entre os autores de ideologias socializantes e teóricos do liberalismo, em síntese, demonstra as bases críticas com as quais se concretiza o conceito de Estado de Bem-Estar Social.

Na América Latina, as políticas públicas têm relação com as influências advindas do pós-guerra na Europa Ocidental, em conjunto com as reformas propostas pelas políticas neoliberais dos anos 1980/90. Portanto, para compreender as políticas sociais, é importante considerar suas dimensões políticas e históricas, influenciadas pela globalização econômica, a flexibilidade da gestão e dos processos produtivos, e pela crescente participação da sociedade nos processos decisórios exerceu uma influência significativa nas finalidades, princípios e diretrizes de organização e funcionamento das políticas sociais em sua totalidade (Balestrin et al., 2020).

A política de saúde na América Latina acompanha essa dicotomia, convive com disputas entre propostas para alcançar a universalidade em saúde e para reduzi-la, havendo diferentes concepções sobre direito à saúde e papel do Estado na proteção social (Pereira et al., 2020). 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 universal (universal health system – UHS) e cobertura universal em saúde (universal health coverage – CUS/UHC). Na maioria dos casos estudados por ela, tanto nas reformas dos anos de 1990 quanto nas mais recentes, aparece uma tendência geral de adoção do asseguramento 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.

Os organismos internacionais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), em conjunto com think tanks como a Fundação Rockefeller, desenvolveram e implementaram agendas nos países latinos com clara determinação de implementação do UHC como solução aos problemas sanitários e orçamentários, congregando um conjunto de

diretrizes das reformas pró-mercado com redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde. A ideia era apenas reduzir os impactos do desembolso direto (out-of-pocket) preocupados com a implementação de contribuições financeiras antecipadas de forma individual, mas sem nenhum mecanismo de solidariedade, pois o Estado estaria afastado da manutenção do sistema e responsável apenas pela regulação (Giovanella et al., 2012; Machado et al., 2017).

Esses estímulos à implementação do UHC mudaram inclusive os parâmetros destes organismos para medição de indicadores (relativos ao financiamento público e privado), relacionando a ideia de universalização à visão de "cobertura universal". O gasto público em saúde passou a incluir gastos com seguros, afastando-se dos conceitos anteriores que buscavam observar as garantias de direitos com vistas à formação de um sistema universal de saúde. Acarretando um distanciamento entre a ideia de saúde enquanto direito e ligando os atendimentos aos fatores de ocupação e garantia de asseguramento, muitos destes países criaram regimes de coberturas básicas para os mais vulneráveis – ligados apenas ao atendimento emergencial e a serviços mais simples. Nesse modelo, os cidadãos são estratificados e o acesso à saúde enquanto direito universal fica restrito e sem garantia de atendimento, em especial nas regiões de fronteira no qual a mobilidade populacional se intensifica e os arranjos de soluções individuais a problemas coletivos tornam-se regra (Levino; Carvalho, 2011; Giovanella et al., 2012).

Uma conjunção de interesses que envolvem diversas camadas da sociedade, aliado a pressão de instituições internacionais, levou a propagação do UHC para América Latina, em especial em discursos ligados à crise econômica de 2008 e à saturação do mercado de seguro privado de saúde nos países desenvolvidos - a busca era apenas a ampliação de mercado consumidor desse tipo de capital. Entretanto, em sociedades e sistemas com limitações em termos de financiamento, os contratos de seguros cobrem intervenções específicas e a oferta tem distribuição geográfica desigual, prejudicando regiões e grupos sociais desfavorecidos. O UHC tem três linhas de ação: foco no financiamento por combinação de fundos (pooling), afiliação por modalidade de asseguramento e definição de cesta limitada de serviços. O UHC visa à redução do papel do Estado. Resta ao Estado apenas o asseguramento ou contratação de serviços privados para oferecer às pessoas que não possam comprá-las no mercado - o mercado, por fim, é o destino dos recursos e o principal executor de ações e serviços. A separação de funções entre financiamento e prestação implica na precificação dos serviços de saúde, o que os transforma em mercadoria (Levino; Carvalho, 2011; Giovanella et al., 2012; Giovanella; Stegmüller, 2014; Machado, 2018).

O Quadro 1 apresenta alguns elementos que ajudam a compreender, de maneira mais geral, as principais características dos sistemas de saúde do Brasil, Colômbia e Peru. Podem ser identificadas algumas similitudes e diferenças, convergências e divergências.

Quadro 1. Elementos que caracterizam os sistemas de saúde nos países estudados.

Componentes	Sistema de Saúde no Brasil	Sistema de Saúde na Colômbia	Sistema de Saúde no Peru
Base legal	1988: SUS (Sistema Único de Saúde) - Constituição 1990: Lei Orgânica 1990: Lei Complementar	1993: SGSSS - Sistema de Seguridade Social em Saúde da Colômbia (Lei 100) 2011: Pluralismo estruturado (Lei 1438)	2009: <i>Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud</i> (Lei 29344) 2013: Decreto de Cobertura Universal de Saúde
Estrutura	Sistema Único de Saúde / SUS Setor privado	SGSSS: Sistema de Seguridade Social em Saúde da Colômbia POS: Plano Obrigatório de Saúde POS: Regime contributivo (trabalhadores + renda) POS: Regime subsidiado (trabalhadores + baixa renda) SISBEN: Sistema de Seleção de Beneficiários de Programas sociais Privado	PEAS: <i>Plan Esencial de Aseguramiento en Salud</i> do Peru Regime contributivo (trabalhadores + baixa renda) Regime subsidiado (Min. da Saúde) SIS: Seguro Integral de Salud (vulneráveis + benefícios básicos + 07 tipos de cânceres) Seguridade social de categorias de trabalhadores EsSALUD: trabalhadores formais FF.AA.: militares PNP: polícia Privado: IPRESS (Instituições Prestadoras de Saúde)
Acesso	Universal Duplicidade de cobertura	Universal incompleta Sem duplicidade de cobertura Acesso regulado	Universal segmentado Sem duplicidade de cobertura Acesso regulado
Regulação	SUS: Regulação sanitária e instituições prestadoras de saúde ANS: setor privado (rede complementar)	Estado apenas regula a saúde pública, privada e as mistas (instituições prestadoras de saúde e fundos de saúde)	Estado apenas regula a saúde pública, privada e as mistas (instituições prestadoras de saúde e fundos de saúde) Regulação especial:

			EsSALUD , Min. do Trabalho e Forças armadas
--	--	--	--

Fontes: Silva Neto, 2010; Giovanella et al., 2012; Reyes; Gonzalo, 2021.

Quadro 1. Elementos que caracterizam os sistemas de saúde nos países estudados (continuação).

Organização do sistema de saúde (organização da rede assistencial)	SUS: Hierarquização integrada Territorialização Público: federal, estadual e municipal Organização em rede e descentralizado: Atenção primária, Serviços especializados, Hospitais e Alta complexidade Áreas remotas: Baixa cobertura Indígenas: Predomínio de prestadores privados Setor privado: complementar	Serviços fragmentados Sem Territorialização Subsistemas (militares, trabalhadores, funcionários públicos, etc.) Concorrência entre os prestadores Áreas remotas: Baixa cobertura Prestadores públicos	Central Desconcentrado Descentralizado Subsistemas (militares, trabalhadores, funcionários públicos, etc.) Áreas remotas: Baixa cobertura Prestadores públicos
Financiamento	SUS Gestão pública Impostos diretos e indiretos Contribuição da seguridade social Recurso orçamentário Repasse de Fundos de Saúde (nacional, estadual e municipal) Privado: Pagamentos diretos (empresas e pessoas); Autogestão com ou sem fins lucrativos	SGSSS / SISBEN: Gestão pública Fundo de Solidariedade e Garantia: Conta do Regime contributivo Conta do regime semicontributivo (coparticipativo + subsídio parcial) Conta Promoção de Saúde e Prevenção de Enfermidades Conta Enfermidades Catastrófica (alta complexidade) Privado: Pagamentos diretos (empresas e pessoas);	PEAS: fundos públicos Regime semicontributivo (pagamento voluntário + subsídio parcial estatal) Regime subsidiado FISAL: Fondo Intangible Solidario de Salud (alta complexidade) Seguridade social dos trabalhadores /IAFAS: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud Regime contributivo Privado: Pagamentos diretos (empresas e pessoas), Autogestão com ou sem fins lucrativos

Operação do sistema de saúde e recursos humanos	Pública: predominantemente estatal crecente terceirização via instituições prestadoras de saúde Privado: Rede própria e/ou conveniada	Pública: predominantemente terceirização via instituições prestadoras de saúde - - Privado: Rede própria e/ou conveniada	Pública: predominantemente terceirização via instituições prestadoras de saúde Privado: Rede própria e/ou conveniada
Organização da gestão do sistema em diferentes territórios (papel dos diferentes níveis de governo e da participação social)	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.	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) restam 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.

Fontes: Silva Neto, 2010; Giovanella et al., 2012; Reyes; Gonzalo, 2021.

O Brasil, indo contra aos modelos destes organismos internacionais, implementou um sistema universal (baseado no referencial do UHS). O modelo de sistema universal de saúde consagra a garantia do acesso universal como condição de cidadania. Já a natureza pública desse modelo tem efeitos abrangentes: não há definição de uma cesta limitada, assim como outros elementos ligados à prevenção são mais facilmente priorizados, ações de vigilância e promoção da saúde obtém maiores investimentos, tendo em vista que o prestador dos serviços em geral não guarda relação com a produção de atendimentos na sua execução orçamentária (Machado et al., 2017).

Tendo em vista o acesso aos serviços de saúde, o Brasil é o que apresenta a melhor política de acesso, com o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro os casos estudados. A implementação do SUS é um marco importante no caminho de oferecer assistência à saúde mais inclusiva. A integralidade da atenção e continuidade do cuidado são princípios do sistema universal de saúde. Com vistas à garantia de melhoria das condições de saúde de toda a população, e não apenas de um nicho específico ou grupo de trabalhadores, ou até mesmo a simples resolução mínima de agravos emergentes. Os indivíduos devem receber atenção conforme suas necessidades, não por mérito ou renda (Giovanella et al., 2018).

No sistema brasileiro, o financiamento se dá por fundos públicos a partir da receita de impostos gerais e contribuições sociais. A proteção social advém de acordos sociais na qual os indivíduos capazes de contribuir financiam aqueles que por condição de vida, social ou

situacional necessitam de atendimento o que proporciona maior solidariedade, redistribuição e equidade (Levino; Carvalho, 2011; Giovanella et al., 2012).

Contudo, a trajetória do financiamento do SUS coloca desafios que precisam ser superados para fazer valer o direito à saúde garantido na Constituição para todos os cidadãos em qualquer território do país. No Brasil, nos anos 2000, o debate girou 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 (Cohn, 2009). Entretanto, a mudança institucional ocorrida a partir de 2016 e a crise econômica advinda da queda do valor das principais commodities levaram ao ressurgimento de limitações a investimento público em políticas sociais, estas limitações ficam evidenciadas através da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC95), que limita por 20 anos os gastos com despesas correntes no orçamento público e levará a um gradativo desinvestimento e redução da capacidade de atuação do SUS. No ano de 2019, o gasto em saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) no Brasil foi 9,6% representando R\$711,4 bilhões. Desse total, 3,8% do PIB foram gastos públicos e 5,8% do PIB foram de gastos privados (IBGE, 2022).

Em conjunto com subfinanciamento, que acompanha o SUS desde sua criação e restringiu a expansão de uma rede pública própria, cabe destacar a forte presença do setor privado na lógica da atenção na história da assistência à saúde. O Brasil, em especial nas regiões metropolitanas, tem uma presença significativa do mercado privado de saúde. Representando aproximadamente 14% da população coberta por esses serviços de saúde, este setor tem se apresentado como uma alternativa, com planos mais baratos e de baixa qualidade e precariamente regulados, em busca de atingir a população mais pobre e ampliar sua base de clientes. Importante salientar que o resultado dessa adesão nos gastos das famílias é altamente regressivo, enquanto as famílias de renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos gastam aproximadamente 4,4% com saúde (seguros e planos privados, medicamentos e outros), os de renda familiar acima de 25 salários mínimos gastam 1,9%, aumentando as iniquidades do acesso a estes tipos de serviços (Lobato et al., 2021; IBGE, 2022).

Mesmo convivendo com políticas econômicas neoliberais e claro subfinanciamento, os avanços em relação à capilaridade e acesso aos serviços foram marcantes. No Brasil, o governo regula a atividade de assistência à saúde e mantém um Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), que é obrigatório para todos os prestadores de serviços,

sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, e atendendo em regime ambulatorial ou de internação. Essa abrangência inclui uma variedade de estabelecimentos, tais como postos e centros de saúde, clínicas, prontos socorros, laboratórios, secretarias de saúde, hospitais e unidades mistas. As unidades mistas são estabelecimentos destinados à atenção integral, oferecendo especialidades básicas, com uma unidade de internação agregada e sob administração única, podendo também atender urgência e emergência (Silva Neto, 2010; Giovanella et al., 2012; Reyes; Gonzalo, 2021).

Já a maioria dos outros países latinos, incluindo Peru e Colômbia, implementaram reformas que buscaram garantir a cobertura relacionada diretamente à cobertura financeira (não necessariamente relacionada a serviços e tratamentos), com estímulo para compra de algum tipo de seguro, o que não significa garantia de acesso e uso quando necessário. 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. 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).

No caso da Colômbia, o modelo adotado (Pluralismo estruturado) é um dos principais exemplos de um sistema com base na estratificação dos serviços e na pulverização de entidades executoras, seguindo a base referencial da Cobertura Universal em Saúde (CUS/UHC), em oposição ao modelo de sistema universal. Na Colômbia, a estrutura e organização dos serviços de saúde são regidas pelas diretrizes da Lei 100/1993, que estabelece a descentralização e o asseguramento obrigatório por meio da afiliação a um dos regimes (contributivo ou subsidiado).

O sistema de saúde adotado no país apresenta características de um sistema misto, com um nível significativo de regulação pública e terceirização da gestão. Diversas operadoras são remuneradas por meio de um fundo composto por contribuições e impostos, o que divide os cidadãos em duas categorias de usuários, com base no nível de contribuição para o sistema. Isso garante o acesso ao Plano Obrigatório de Saúde (POS) e ao POS contributivo, sendo este último um pacote de serviços diferenciado destinado aos cidadãos de maior renda. Para regulamentar o processo de descentralização, a Lei 715/2001 redefiniu os fluxos de recursos 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 (Giedion et al, 2009; Colômbia, 2020).

O financiamento das atividades é o grande foco das propostas pautadas no CUS, com claro incentivo ao aumento do papel do mercado na execução das políticas e da participação privada no financiamento setorial com expansão do mercado privado em saúde. O ideário do CUS/UHC busca a ampliação do mercado, subsidiado através do financiamento público, mas aliado a prestação de serviço privado (Conill, 2012; Giovanella et al., 2012; Noronha, 2013). Na Colômbia, os gastos em saúde totalizaram 7,3% do PIB, dos quais 6,0% foram de responsabilidade pública e 1,3% provenientes do setor privado. É importante destacar que o alto gasto público não necessariamente indica um sistema público forte; ao contrário, no modelo colombiano, esse gasto inclui os custos com o sistema de seguros obrigatórios, que são financiados pelas pessoas (e não pelo Estado).

Por outro lado, no sistema de saúde peruano, a assistência é dividida em quatro subsistemas heterogêneos e independentes, sem comunicação entre si, e associados a diferentes grupos de clientes. Esses subsistemas são o Plano Integral, destinado a pessoas de baixa renda; o ESSALUD, para assalariados, profissionais liberais ou funcionários públicos, com uma rede hospitalar própria para esse grupo; o Plano Nacional de Atendimento às Forças Militares; e o sistema privado, para aqueles que podem contratar um plano de saúde (Wilson, 2009). Os serviços de saúde são organizados em subsistemas correspondentes aos diferentes segmentos de seguro saúde. A rede pública do Ministério da Saúde (MINSA) é a mais importante contando com a grande maioria das unidades (91,93%). A rede Militar é a segunda tendo a parcela de 4,61% das unidades. A rede ESSALUD e a rede privada, representam cada uma 1,73% da rede (Peru, 2020).

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 e Centros de Saúde que diferem entre si pelo tipo de profissional disponível e pelo regime de trabalho. Os postos de saúde denominados PS I, têm médicos e enfermeiros, já o denominado PS II, tem técnico de enfermagem e técnico sanitário e possuem uma maior capilaridade no território. No caso dos centros de saúde também são divididos em dois níveis (CS I e CS II), nos quais a diferença principal é a possibilidade de internação e a consequente presença de sala de internação. 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. Já o setor privado utiliza a nomenclatura "Clínica" e "Hospital" (Peru, 2020). No sistema de saúde peruano, todos os usuários têm direito à assistência integral, a qual deve ser fornecida pelo plano de seguro ao qual estão afiliados. No entanto, as características da rede de saúde mostram que os serviços

de primeiro e segundo níveis predominam (Peru, 2009; Silva Neto, 2010; Giovanella et al., 2012).

O Peru ocupou a última posição do continente com gasto em saúde, na ordem de 5,1% 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. Outro fator dos sistemas de saúde com base no asseguramento é o racionamento da assistência médica, com financiamento público apenas de uma cesta básica de serviços de saúde, é justamente o que se encontra 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 no sistema público, o PEAS passou a ter um asseguramento previsto e regulado, porém, restrito a um pacote de doenças prioritárias (Giedion, 2009; Silva Neto, 2010).

Após esse breve panorama dos sistemas de saúde brasileiro, colombiano e peruano, serão apresentadas algumas informações sobre a configuração desses sistemas no Alto Solimões (estado do Amazonas, Brasil), no departamento do Amazonas (Colômbia) e no departamento de Loreto (Peru). Essa apresentação é apenas inicial, tem alguns limites e será aprimorada na próxima etapa do projeto.

No Alto Solimões (BR), existem 53 unidades de saúde que prestam atendimento de nível ambulatorial e hospitalar. Os tipos mais comuns na região são: Centro de Saúde (62%), Posto de Saúde (26%) e Unidade Mista (10 %) e considerando os registros do CNES, a rede assistencial da região é predominantemente pública, 95% do total de unidades, os estabelecimentos privados representam em torno de 5% do total. No que tange à gestão, a esfera municipal abrange 77% dos estabelecimentos, contra 16% da esfera estadual que controla seis unidades mistas, 2% da esfera federal (Hospital Geral do Exército Brasileiro) e mais 5% da esfera privada (CNES, 2022).

O Amazonas colombiano é oficialmente certificado pelo Ministério da Saúde como um território descentralizado. Para atender a essa finalidade, a Secretaria de Saúde Departamental do Amazonas possui uma estrutura organizacional com três áreas principais: a) Área de Direção, responsável pela administração dos recursos e pela direção do setor; b) Área de Segurança, Vigilância e Controle; c) Área de Serviços de Saúde, encarregada tanto do componente de saúde pública quanto da prestação de serviços de saúde. O departamento então 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 nove Corregimientos (DANE, 2018; Colômbia, 2020).

Tendo em vista o asseguramento no Departamento do Amazonas, Antonio Levino, (2010) descreveu os tipos de asseguramento no qual a população está filiada, trazendo que 17,04% da população 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 (Silva Neto, 2010; Colômbia, 2020).

A situação nos outros municípios e corregimientos não é diferente, apresentando a maioria, cerca de 80% da população incluída no regime subsidiado. O financiamento do Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS esbara na existência de uma parcela tão expressiva da população sem acesso ao seguro e de uma baixa afiliação no regime contributivo, estes problemas são relevantes e expõem as barreiras deste sistema. 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, em 2010, 47,5% estavam filiados ao regime subsidiado e 40,2% ao regime contributivo. No Departamento do Amazonas há três Administradoras de Regime Subsidiado (ARS) autorizadas a operar em Letícia, duas em Puerto Nariño e três nos Corregimientos Departamentais. Para administrar o regime contributivo, quatro EPS estão autorizadas (Silva Neto, 2010; Giovanella et al., 2012; Colômbia, 2020).

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. No sistema de saúde do Amazonas colombiano, a média complexidade está presente apenas no Hospital São Rafael de Letícia, que oferece especialidades em Clínica Cirúrgica, Ginecologia Obstetrícia, Medicina Interna, Pediatria, Anestesiologia, Ortopedia e Oftalmologia. Outras subespecialidades são disponibilizadas esporadicamente, por meio de parcerias com instituições nacionais, enquanto as demandas de alta complexidade são encaminhadas para grandes centros urbanos em Bogotá, Neiva e Villavicencio (Colômbia, 2020).

Em resumo, do ponto de vista da gestão, o sistema de saúde do Amazonas é público e administrado pela 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, 2020). Considerando as características do sistema de saúde colombiano, no qual a rede básica é de responsabilidade do governo departamental e a assistência individual é privatizada, ao gestor municipal cabe principalmente as funções de controlar o processo de identificação do usuário, manter o banco de dados do SISBEN atualizado, incentivar a afiliação da população e executar ações de saúde com alcance coletivo (Silva Neto, 2010).

Já no departamento de Loreto (PE), a população tem acesso a quatro redes de assistência, cada uma com estruturas independentes, equipe de funcionários própria e autonomia administrativa. Cada rede é destinada a um grupo específico de asegurados. O tipo mais comum de rede é o PS II, que geralmente conta apenas com técnicos de enfermagem e representa a maioria das unidades de saúde de Loreto, totalizando 77,01% delas. Já o tipo que conta com equipe completa de profissionais chega a 3,00% de toda a rede (SALAVERRY; Cárdenas-Hojas, 2009; Peru, 2020).

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. No Departamento de Loreto, um conjunto de centros e postos de saúde é organizado em micro-redes, e um conjunto de micro-redes forma uma rede. Nesse departamento, existem duas redes: a Rede Alto Amazonas, que abrange duas micro-redes (Marañon e Huallaga), e a Rede Loreto, que inclui dez micro-redes (Requena, Ucayali, Loreto, Ramon Castilla, Putumayo, Mazán, Napo, Belén, Iquitos Norte e Iquitos Sur) (Peru, 2020). As micro-redes são designadas de acordo com as regiões políticogeográficas do departamento, e as duas micro-redes de Marañon e Huallaga compõem a Rede Alto Amazonas, enquanto a Rede Loreto é composta pelas demais micro-redes mencionadas.

Em Loreto, a rede do sistema MINSA (Ministério da Saúde) concentra 99,06% das suas unidades de saúde no primeiro nível de assistência. Já a rede militar possui 81,25% das suas unidades no primeiro nível e 18,75% no segundo nível. Enquanto isso, a rede ESSALUD possui 66,76% das suas unidades no primeiro nível e 33,33% no segundo nível. Por sua vez, o

setor privado concentra todas as suas unidades no segundo nível de assistência. Esses dados destacam a significativa concentração de serviços de maior complexidade nos grandes centros urbanos, especialmente em Lima, a capital nacional (Peru, 2020).

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 (Silva Neto, 2010; Peru, 2020).

No estudo da fronteira Brasil, Colômbia e Peru, um dos pontos mais importantes 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 haver obstáculos geográficos (como a distância e o transporte), organizacionais (como a existência de filas, tempo de espera e natureza do acolhimento) e econômicos. Portanto, o acesso abrange tanto a condição de ser acessível (acessibilidade) quanto o ato de ingressar no sistema de saúde, este conceito poderá centrar-se nas características dos indivíduos ou da oferta, ou na relação entre os indivíduos e os serviços (Silva Neto, 2010).

A saúde em regiões de fronteira sofre grande influência da mobilidade populacional, que incrementa o risco da emergência e reemergência de doenças, além das atividades de grande impacto ambiental, ocupação desordenada do espaço, falta de acesso aos serviços de saúde e das condições de vida de grupos mais vulneráveis, o que tem como consequência direta uma intensificação das relações transfronteiriças (Levino; Carvalho, 2011; Machado; Lima; Baptista, 2017). As populações que estão, em geral, em grande grau de vulnerabilidade pelas características próprias das fronteiras buscam nas alternativas aos seus sistemas os atendimentos de acordo com suas necessidades.

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL ANALÍTICO

O neoinstitucionalismo histórico possui amplitude teórica. É um referencial analítico-metodológico, no qual as variáveis institucionais e as instituições (e suas características: regras formais, procedimentos e práticas operacionais) são fundamentais para a definição e implementação das políticas públicas, que são construídas social e politicamente no bojo dos processos sob estudo. Trata-se de uma abordagem profícua para a análise da política de saúde, entendendo a interligação entre os aspectos institucionais, históricos, econômicos e sociais que impactam diretamente na capacidade do Estado de intervir na sociedade (Pereira, 2014).

A relação entre a análise de políticas públicas e o Neoinstitucionalismo histórico tem outros dois pontos centrais, primeiramente a compreensão que as ações estatais são dotadas de sentido e influenciadas pelas forças políticas, atores e estruturas no interior das instituições. A segunda é compreensão de que as ações sociais são condicionadas historicamente, e sofrem influência do contexto e contingências históricas que interferem diretamente na capacidade estatal de construir políticas públicas (Pereira, 2014).

O contexto histórico de uma instituição é fortemente condicionado pelo componente político entendendo que ele afeta o comportamento dos atores, assim como a dinâmica de interação e os resultados do jogo. Este componente político diz respeito às “regras do jogo” que regulam o comportamento político, social e econômico. A capacidade estatal pode ser compreendida como o grau de eficiência e eficácia do Estado em administrar, gerenciar e superar desafios econômicos, políticos, sociais ou sanitários. Diante das condições materiais existentes, as capacidades do Estado são derivadas não somente das suas competências políticas, mas concomitantemente da construção de apoio à agenda entre os atores sociais, políticos e econômicos proeminentes (Pereira et al., 2021; Jabbour; Rodrigues, 2021).

O debate sobre o papel do Estado e as capacidades estatais está fortemente ligado ao da promoção do desenvolvimento, historicamente com maior ou menor intervenção estatal que apresenta variação considerável de acordo com a conjuntura internacional. Para discussão das gêneses das políticas sociais é importante considerar suas dimensões políticas e históricas. Assim como compreender a economia política e as configurações do Estado e níveis de intervenção na vida social dos países, bem como quais impactos dos processos democráticos desenvolvidos em relação a conformação desse Estado. Estes processos escancaram o papel das classes sociais e a luta de classes (Esping-Andersen, 1991; Pereira et al., 2020; Aguiar et al., 2019).

A pandemia da COVID-19 foi um marco divisor de águas no debate público sobre o papel do Estado na atenção a saúde dos indivíduos e na proteção sanitária a sociedade, que levou a serem testadas as capacidades estatais já instaladas e influenciou no aporte tecnológico e financeiro a novas estruturas e instrumentos de controle sanitário (Pereira et al., 2021; Machado et al., 2022). Assim, a pandemia tem intensificado desigualdades sociais na maior parte dos países do mundo, em diversas dimensões, com aumento da distância entre ricos e pobres. As iniquidades são expostas quando os impactos mais drásticos tanto econômicos, sociais e sanitários recaem sobre os mais vulneráveis, em decorrência das condições de vida e de inserção laboral, que são agravadas em contextos de sistemas de proteção social frágeis e investimentos insuficientes nos sistemas públicos de saúde (Machado et al., 2022).

Em muitos países, a pandemia revelou fragilidades das políticas sociais e de saúde, tendo em vista a complexidade da emergência sanitária que revelou uma insuficiente capacidade estatal, fragmentação das políticas públicas e limites de comunicação com a sociedade. Machado e colegas (2022) apresentaram a variação das respostas dos países no que concerne à capacidade de adoção de medidas de contenção e mitigação e à efetividade das ações implementadas. Segundo esses autores, as medidas de controle para contenção da COVID-19 dependem de articulação de diversas políticas sociais e regulação de espaços públicos, assim como o entendimento das relações de proteção individual e coletiva, em conjunto com medidas econômicas e de proteção social que garantam a adesão dos indivíduos as medidas e limitações impostas. Como afirmam Pereira e colegas (2021), os mecanismos de governança e coordenação estatal são essenciais para implementação de estratégias de vigilância e de atenção de forma articulada, que garantam também a infraestrutura necessária, equipamentos adequados, medicamentos e profissionais da saúde qualificados distribuídos de forma a garantir a integralidade da rede, e que possam ser mobilizados de acordo com as necessidades das diversas regiões com base em um planejamento coordenado.

Diante disso, os eixos de análise desse estudo são:

1. Caracterização dos sistemas de saúde dos municípios de Benjamim (Brasil) e Islândia (Peru), indicando: tipo de sistema, estrutura da rede assistencial (atenção primária, especializada, hospitalar e força de trabalho) e das ações de vigilância.
2. Evolução da COVID-19 nos municípios selecionados, tendo em vista o número de casos, óbitos.

3. Ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19, incluindo: controle da propagação da epidemia, preparação e fortalecimento das redes locais de serviços de saúde.

Tais eixos deram origem a seguinte matriz de análise (Quadro 2).

Quadro 2. Matriz de análise.

Dimensões	Aspectos de estudo
Caracterização dos sistemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de sistema • Estrutura da rede assistencial • Estrutura das ações de vigilância
Evolução da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos totais • Número de internações totais • Número de transferências totais • Número de óbitos totais
Ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura de leitos hospitalares e unidades de referência ambulatorial • Ampliação de equipes de atenção à saúde e de vigilância • Estratégias de testagem, monitoramento de casos e contatos, estratégias para quarentena (acompanhamento em hotéis) • Medidas restritivas, controle de trânsito, barreiras sanitárias • Medidas de apoio social

Fonte: elaboração própria.

3.2 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

O presente estudo se configura como uma pesquisa exploratória, que utilizou como método o estudo de caso, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas, revisão e análise documental e de dados secundários, de acordo com seus objetivos.

Segundo Yin (2010), os estudos de casos estão sendo cada vez mais utilizados como ferramenta de pesquisa, em diversas situações. Seu uso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, permitindo uma investigação que preserva as características holísticas e significativas de eventos como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores. Podem ser utilizados em diferentes tipos de estudos (exploratório, descritivo ou explanatório), de acordo com as condições encontradas na área e os objetivos da investigação em curso (Yin, 2010).

Uma das justificativas para o desenvolvimento de um estudo de caso diz respeito ao próprio objeto aqui definido: as ações dos sistemas de saúde em resposta à COVID-19 em dois municípios da Tríplice Fronteira Amazônica (Benjamin Constant no Brasil e Islândia no Peru) entre 2020 e 2022. As especificidades do contexto de fronteira requerem um estudo

exploratório para que se possa compreender os desafios da gestão de uma emergência sanitária nesses territórios.

Nas últimas décadas, foram desenvolvidas muitas pesquisas na perspectiva dos chamados “estudos de fronteira”, buscando apresentar uma perspectiva crítica e interdisciplinar que pretende permitir não apenas reinterpretar o passado das áreas de fronteira, mas também promover o desenvolvimento de propostas para seus futuros de integração e desenvolvimento (Zárate, 2008). Apesar de sua extensão e de sua importância geoestratégica e ambiental, a região amazônica e, em particular, as sociedades que habitam seus espaços fronteiriços e transfronteiriços, continuam desconhecidas ou incompreendidas.

A posição geográfica das cidades em relação ao limite internacional permite distinguir as localizadas na linha de fronteira e na região de fronteira. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 ratificou um polígono de 150 km a partir do limite internacional como área de segurança nacional ou faixa de fronteira, o que significa que as sedes dos municípios localizados na faixa de fronteira ou região de fronteira podem ser consideradas como cidades de fronteira para efeito de políticas de desenvolvimento urbano. Nesse contexto, os espaços fronteiriços que se configuraram nos últimos dois séculos entre a chamada Amazônia Andina e a Amazônia brasileira, bem como os processos políticos, as dinâmicas econômicas e demográficas, a urbanização e os conflitos socioambientais que ali ocorrem precisam ser lidos e analisados a partir de novas perspectivas (Zárate, 2008; Machado, 2005).

Estes dois municípios selecionados (Benjamin Constant no Brasil e Islândia no Peru) fazem parte do complexo território da Tríplice Fronteira Amazônica, entretanto não foram incluídos inicialmente como Cidades-gêmeas nas definições do governo central. São municípios com uma conurbação urbana, separados apenas por uma pequena faixa de água (que em tempos de estiagem deixa de existir). São adensamentos populacionais, cortados pela linha de fronteira, que se articulam, com grande integração econômica, fatores de produção, terra, trabalho, capital, serviços públicos e culturalmente. Na descrição dos municípios na faixa de fronteira que seriam considerados cidades-gêmeas, o Estado brasileiro definiu:

Art. 1º Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

Art. 2º Não serão consideradas cidades-gêmeas aquelas que apresentem, individualmente, população inferior a 2.000 (dois mil) habitantes (Brasil, 2014).

Mesmo contemplando todos os requisitos definidos em lei, Benjamin Constant e Islândia ainda não foram contempladas com este status. Ao comparar as características das duas cidades com as definições propostas por Machado (2005), nota-se que a concentração de efeitos territoriais nas cidades-gêmeas e a extensão desses efeitos numa distância indeterminada rumo ao interior de cada território nacional estão presentes. Eles têm implicações práticas para a atuação do estado. Vale lembrar que o ambiente geográfico de fronteira é mais complexo do que aquele simbolizado pelos limites determinados pela linha imaginária, pois se faz pela territorialização de grupos humanos e de redes de circulação e intercâmbio entre populações pertencentes a diferentes sistemas de poder territorial (Machado, 2005).

Quanto à definição de tempo de estudo, optou-se por delimitar entre os anos de 2020 a 2022, tendo em vista à possibilidade de acompanhamento de diversas fases do impacto da Covid-19.

Foram realizadas 11 (onze) entrevistas com gestores e técnicos vinculados à gestão da Covid-19 nos dois municípios selecionados, por meio de um roteiro semiestruturado coerente com as dimensões da Matriz de análise deste estudo (Apêndice A). Os critérios usados para seleção dos entrevistados foram: ocupar posições estratégicas na gestão da Covid-19 em Benjamin Constant (Brasil) e Islândia (Peru) entre 2020 e 2022; e estar no cargo e/ou função por mais de seis meses. Os critérios de exclusão foram: estar em férias ou afastados por qualquer outro motivo; não ter atuado durante o período de estudo. Os entrevistados foram convidados por e-mail e posterior contato telefônico para agendamento. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes, em ambiente privado, gravadas com gravador portátil e armazenadas em disco rígido reservado a esta finalidade, tendo duração máxima de 50 minutos.

O trabalho de campo foi realizado entre 03 e 18 de julho de 2023. Foram feitas oito entrevistas no Brasil e três, no Peru. No Brasil, foram entrevistados: Secretário de saúde; Coordenadora da Vigilância Epidemiológica; Coordenador de Vigilância Sanitária; Coordenadora da Atenção Básica; Coordenadora do Programa Nacional de Imunização (PNI); Coordenador do Núcleo de Vigilância Hospitalar; Presidente do Conselho de Saúde; e Diretor do Hospital Regional. Já no Peru, foram entrevistados: Diretor de Saúde Departamental; Diretor do Posto de Saúde; e Enfermeira Responsável pela Vigilância Epidemiológica.

Antes de todas as entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi lido para os participantes. O estudo foi conduzido seguindo as resoluções do

Conselho Nacional de Saúde e aprovado para execução sob o Parecer CEP/ENSP de número 6.109.170.

A abordagem qualitativa se concentra nas representações, percepções e opiniões dos indivíduos sobre suas experiências e vivências, explorando os significados e atitudes que aprofundam a compreensão dos fenômenos e processos em estudo. Para este fim, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente, com um roteiro previamente desenvolvido pelo pesquisador. O roteiro foi organizado em blocos temáticos que abordaram questões relacionadas à caracterização dos sistemas de saúde, a evolução da COVID-19 no território e as ações de resposta do sistema de saúde frente à COVID-19. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua totalidade.

Para análise das entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC). Primeiramente, realizou-se a leitura do *corpus*, com posterior categorização das unidades temáticas. A AC não se baseia na descrição do conteúdo, mas sim nos ensinamentos e representações que estes podem proporcionar ao pesquisador. Diante do exposto, justifica-se a escolha devido ao interesse nas vivências e percepções dos profissionais de saúde desse cenário, por meio da produção de inferências para sua conjuntura social de maneira objetiva (Bardin, 2011; Deslandes; Gomes, 2016).

Os resultados das entrevistas foram organizados de acordo com as dimensões de análise propostas neste capítulo metodológico e trouxeram reflexões sobre os desafios apresentados aos gestores locais durante a crise sanitária causada pelo espraiamento da COVID-19. O caso de estudo é a região de fronteira, e, tendo em vista a compreensão das diferentes visões nos seus dois lados, os resultados foram apresentados a partir das duas unidades de análise que compõem o caso: Brasil e Peru.

As entrevistas foram importantes para entender quais documentos foram relevantes em cada unidade. A análise documental selecionou documentos relevantes para entendimento das ações do sistema de saúde à COVID-19 nos dois municípios estudados, publicadas entre 2020 e 2022, incluindo: planos, programas, diretrizes, decretos, leis e outros documentos do gênero. O trabalho de campo também serviu para o acesso a alguns documentos.

A análise documental selecionou documentos relevantes para entendimento das ações do sistema de saúde à COVID-19 nos dois municípios estudados, publicadas entre 2020 e 2022, incluindo: planos, programas, diretrizes, decretos, leis e outros documentos do gênero. O trabalho de campo também serviu para o acesso a documentos e informes que em geral fazem parte do processo de trabalho dos gestores locais que atuaram durante os anos de 2020 e 2022 na gestão do sistema de saúde local.

A análise de dados secundários envolveu dados disponíveis publicamente nos dois municípios e países de estudo. Foram utilizadas bases tanto do Brasil quanto do Peru, com o cuidado de não se comparar indicadores que porventura venham a ter diferentes métodos de cálculo. No Brasil, foram utilizadas as bases do SIVEP-gripe(Óbitos), e-SUS NOTIFICA(Casos) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No Peru, os dados foram obtidos por meio das plataformas online do NOtiSP e HIS MINSA, que concentram as informações epidemiológicas e assistenciais, assim como publicações oficiais que anualmente apresentam os dados completos dos sistemas de saúde local. As informações foram tabuladas e submetidos à análise estatística descritiva simples, utilizando o Microsoft Office Excel 365®. Para os resultados, foram elaborados tabelas e gráficos de forma comparativa tendo em vista a descrição da evolução da Covid-19 em cada localidade.

4 RESULTADOS

Os resultados foram organizados, para cada uma das unidades de análise que compõe o estudo de caso da região de fronteira, de acordo com as três dimensões de análise deste estudo: Caracterização dos sistemas de saúde, Evolução da COVID-19 e Ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19.

4.1 O MUNICÍPIO DE BENJAMIN CONSTANT (BRASIL) FRENTE À COVID-19

4.1.1 Caracterização do sistema de saúde

O Brasil possui um sistema universal de saúde, como já apresentado anteriormente. Em Benjamin Constant (AM), há uma rede de serviços de atenção primária e hospitalar que atende sua população e municípios vizinhos (incluindo residentes em Islândia no Peru). Não é polo regional, de modo que a estrutura da rede e os fluxos de acesso não são tão intensos quanto no município de Tabatinga (AM), ao qual os munícipes de Benjamin Constant também recorrem para alguns serviços de maior complexidade tecnológica.

É possível que as diferenças em termos de configuração (tipo de sistema, cobertura e acesso) seja uma das principais razões para que o sistema de saúde em Benjamin Constant seja procurado por peruanos. As características do SUS (quanto à universalidade, integralidade e equidade) representam uma possibilidade de acesso, pois os princípios constitutivos do sistema de saúde garantem a todos os que se encontram em solo brasileiro essa oportunidade. O sistema de saúde do Peru é segmentado e a cobertura depende de diversas formas de asseguramento, o que torna o acesso em Islândia, município de pequeno porte e mais isolado dos grandes centros urbanos no Peru, limitado em termos de atendimento e continuidade do cuidado. Sobre esse aspecto, os entrevistados destacaram a importância de oferecer o acesso aos estrangeiros no Brasil, citando algumas diferenças de características entre os sistemas de saúde nos dois países, como pode-se observar a seguir:

Entrevistado 02: [...] Têm procurado nosso sistema de saúde, que é uma condição nossa do Sistema Único de Saúde do Brasil [...] é um desafio muito grande fazer saúde numa fronteira com três tipos diferenciados de sistemas de saúde, onde nós, a partir do momento que o estrangeiro pisa dentro do território brasileiro, ele já tem o direito de ser atendido.

Entrevistado 03: SUS é universal, como a gente vive numa área de fronteira, nós não poderíamos deixar de fora os nossos amigos vizinhos peruanos, que vêm à procura do serviço no município [...] Até em caso de medicação, lá no Peru, ele tem que pagar, [...] aqui é gratuito desde a consulta até o dia do parto, é tudo é feito de graça. Na verdade, a gente, por viver em uma área de fronteira aqui, Brasil, Peru e

Colômbia, apesar de o Brasil ser o único país que tem esse sistema único de saúde, nós não podemos negar assistência.

Entrevistado 04: Aqui o atendimento é universal, nós temos que dar atendimento [...] O sistema de saúde deles é [...] é mais privativo, nosso SUS é para todos, todo mundo entra, todo mundo é atendido, ninguém pode negar atendimento. Lá tem uma parte popular, mas de certa forma é paga como se fosse um convênio.

Segundo os entrevistados, a procura pelos serviços de saúde por estrangeiros no município de Benjamin Constant se dá tanto na atenção primária quanto especializada, com especial destaque para a situação do pré-natal e parto. Sobre esse assunto, comenta um gestor local:

Entrevistado 02: Os estrangeiros procuram bastante o serviço de saúde, a atenção básica é o principal local, em especial os peruanos, voltados aos serviços de pré-natal, as mulheres em período gestacional e depois no período de parto, elas são referenciadas para o hospital. [...] Em relação ao sistema de saúde, os peruanos procuram muito nosso sistema, pela precariedade do seu atendimento no país vizinho.

Neste caso específico, o entrevistado descreve a procura dos estrangeiros ao serviço no Brasil, desde a atenção básica até o hospital, afirmando que a procura se deve à precariedade do sistema peruano. Essa característica parece ser partilhada por um conjunto de gestores locais, como demonstrado por outros entrevistados:

Entrevistado 01: Por ser uma área de trânsito, de livre acesso, temos dado esses atendimentos, como os outros municípios também vizinhos. Usam todos os serviços, todos os tipos de atendimento, tanto de emergência como de ambulatorial também, tanto da atenção básica, quanto de média e alta complexidade, os serviços também são ofertados para estrangeiros.

Entrevistado 05: Mas eles procuram o atendimento diário e atenção básica. Tanto na atenção básica quanto no hospitalar [...] E nós temos muitos peruanos residentes no nosso município. Uma fronteira é de livre acesso, não tem nenhuma barreira para impedir eles.

Ainda neste ponto, sobre a procura pelos serviços é possível observar que as questões ligadas ao parto e puerpério são em especial as mais procuradas no sistema de saúde do Brasil pelos peruanos. Os entrevistados associam essa busca as melhores estruturas existentes no lado brasileiro, assim como a necessidade de regularização de documentos para acesso a políticas sociais compensatórias, que existem de forma mais robusta no Estado brasileiro. A busca destes serviços aparenta ser sistêmica, uma vez que a própria estrutura e logística, na opinião dos entrevistados, parece propiciar a esse fluxo de procura de atenção no lado brasileiro. Alguns entrevistados afirmam que:

Entrevistado 01: Na verdade, eles procuram todo tipo de serviço, eles utilizam todo o nosso serviço, principalmente a maternidade, que sempre os estrangeiros vêm ter bebê aqui, inclusive recentemente a gente teve acesso ao livro de parto lá de Islândia e de 2020 para cá tem 16 páginas preenchidas, é muito pouco parto lá porque realmente elas migram para cá para ter bebê aqui [...].

Entrevistado 06: Mas a maior parte são gestantes e aqui a gente começa a fazer pré-natal desde o começo até o final oferecemos testes rápidos, vacinação tudo que é oferecido para nossos brasileiros é oferecido para eles também.

Entrevistado 03: Nós temos um índice muito elevado nos partos também, porque eles decidem parir [...] aqui no Brasil, [...] o que dá o direito aos benefícios sociais e a regularização de documentos brasileiros.

Esse ponto permite compreender que, para muitas pessoas, é importante a dupla nacionalidade. Nesse caso, peruana e brasileira. Os estrangeiros residentes e aqueles com nacionalidade brasileira podem ter um Cartão Nacional de Saúde e terem seus atendimentos devidamente registrados no SUS. A Portaria MS/GM nº 940, de 28/04/2011, estabelece as diretrizes para o funcionamento do Sistema Cartão Nacional de Saúde, um sistema centralizado para manter informações de saúde a nível nacional e emitir o Cartão Nacional de Saúde para beneficiários e profissionais de saúde. Isso melhora o gerenciamento do sistema de saúde e a relação com os cidadãos, integrando informações de saúde desde o nascimento do indivíduo. Para o registro do Cartão SUS, um dos documentos exigidos é o Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) ou Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), regulamentados pelo Decreto 9.199/2017, em conformidade com a Lei de Migração (Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017).

Diante disso, é fato que muitos atendimentos a estrangeiros podem ser registrados (ou porque já são residentes ou por terem registro oficial de sua entrada no país e autorizações da Polícia Federal e Receita Federal). Contudo, de acordo com os entrevistados, há um grupo significativo de pessoas que não tem essa condição. No que se refere ao Sistema de Informações de notificação de agravos compulsória (SINAN), o registro pode ser feito regularmente, já que o sistema permite a entrada desses dados a estrangeiros não residentes. Na opinião dos entrevistados, o problema está nos registros nos outros sistemas de informação nacionais, cujo registro da produção pode ser importante para fins de cálculo de repasses financeiros federais e estaduais. Para os mesmos, na ausência da possibilidade desses registros, o município precisa arcar com as despesas oriundas desses atendimentos. Este fato denota a importância de ações interfederativas e de cooperação internacional para o financiamento adequado da garantia do direito à saúde das populações de fronteira.

Nos casos de atendimentos a estrangeiros não-residentes ou sem documentos nacionais na atenção primária, o sistema de saúde acompanha os atendimentos através de planilhas, com registro mensal. Em alguns casos, esses dados são lançados nos sistemas nacionais de informação, mas não ficam cadastrados como famílias atendidas. São pacientes flutuantes, pois em alguns momentos estão nas localidades pertencentes ao território brasileiro e em outros estão em território peruano, mas ao retornarem, esses atendimentos são revisados e esse histórico é resgatado.

Essa flutuação de populações entre os dois países traz muitos desafios, em especial o esforço da atenção primária em acompanhar essas populações que tem, neste processo migratório, uma característica cultural marcante, refletindo o histórico pré-colonial de integração dos povos viventes nesta região. Em termos de compatibilidade e compartilhamento dos dados entre as duas localidades, nos últimos anos, começou-se a discutir algum alinhamento entre os sistemas, em especial após o recente caso de poliomielite ocorrido no Peru. A nível municipal, discute-se a implementação de um sistema (pelo menos loco-regional) para tratamento destes dados que impactam diretamente o planejamento municipal. Esses aspectos podem ser notados nos trechos das entrevistas abaixo:

Entrevistado 08: Porque para fazer um cadastro de estrangeiros não é assim do dia para o outro. Isso influencia no alcance dos indicadores tanto na atenção básica tanto no hospital. [...] Para nós, que trabalhamos com um per capita da população atual, essas fragilidades comprometem a todos os insumos de saúde numa população que hoje é estimada em 37 mil e 600 habitantes, mas sentimos no serviço [...] mais de 60 mil, então essa é população atendida.

Entrevistado 07: Esse usuário que vem ser atendido, mesmo não morando na cidade, ele dá um endereço daqui. Até mesmo na questão dos Nascidos Vivos, quando vai se fazer a busca para fazer as vacinas de rotina temos dificuldade, como alcançar esses pacientes que na verdade moram em outro lugar? Isso implica nos índices (indicadores) do município.

A existência de um local de referência para atendimento de serviços para os estrangeiros foi questionada, como este fluxo de usuários impactaria no planejamento municipal e se existe algum financiamento direcionado a este atendimento especificamente. O conjunto dos relatos revela que as portas de entrada são todas as unidades de saúde, não existindo unidade específica que sirva de referência a estes atendimentos. Esse ponto reforça a relevância do planejamento e da adoção de incentivos financeiros entre entes federativos para este fim. Sobre esse assunto, comenta um gestor local:

Entrevistado 01: Não existe local de referência até porque não recebemos recursos voltados pra isso, nosso recurso é geral e também não faz parte de nosso planejamento.

Vale destacar que existem acordos e parcerias entre os países na área da saúde para atendimento aos usuários estrangeiros, bem como de comitês de saúde nessas áreas de fronteira. O conjunto dos entrevistados demonstrou não conhecer estes acordos ou a operacionalização dos mesmos. Por outro lado, os entrevistados referiram acordos informais construídos em torno de temas específicos ou quando existe o surgimento de uma questão de emergência sanitária, onde há a mobilização de esforços para uma ação em conjunto. Para eles, há uma incipiente relação internacional e, nesse momento pós-pandemia, fortalece-se a necessidade de compartilhamento de dados e serviços para a consolidação de um sistema de fronteira.

Nesse sentido, há discussões em curso sobre a possibilidade de parcerias entre os três países da tríplice fronteira amazônica. Os gestores brasileiros avaliam que, por enquanto, apenas o SUS tem sido utilizado, mas alguns serviços, em especial de exames ofertados na Colômbia e Peru, poderiam estar disponíveis para brasileiros por serem mais acessíveis em termos logísticos (deslocamento e distância). Mas essa discussão depende não apenas deles enquanto gestores locais, mas envolveriam outras relações entre níveis de governos. Ao entender as características próprias da região, percebe-se que a integração entre serviços dos sistemas de saúde dos três países poderia beneficiar a todos, já que existem questões comuns, tanto de características da população (existência de comunidades rurais e indígenas, com dificuldade de acesso) quanto logísticas. Sobre a construção de soluções conjuntas, os entrevistados afirmaram que:

Entrevistado 01: Temos feito alguns eventos onde nós discutimos a saúde, melhorias [...] mas tudo informalmente, sem documentação, pois isso aí seria mais através do Itamaraty. Quando acontece um problema de saúde grave, então de repente as autoridades vêm, aparece aqui no município mas não entendem como é trabalhar numa região de fronteira.

Entrevistado 03: Essa cooperação não existe, o atendimento mesmo tudo é custeado pelo município [...] nós só recebemos recurso oriundo do ministério da saúde, nós não recebemos recurso do estado [...] hoje a gente tem dificuldade de dar essa assistência até para o nosso povo quanto mais para outros usuários de fora, porque o valor é irrisório pela assistência que nós ofertamos.

Será importante discutir e implementar caminhos para que o planejamento e financiamento dos serviços em regiões de fronteira contemplem a garantia do direito e acesso à saúde como bem comum. O financiamento federal é necessário para que os municípios não

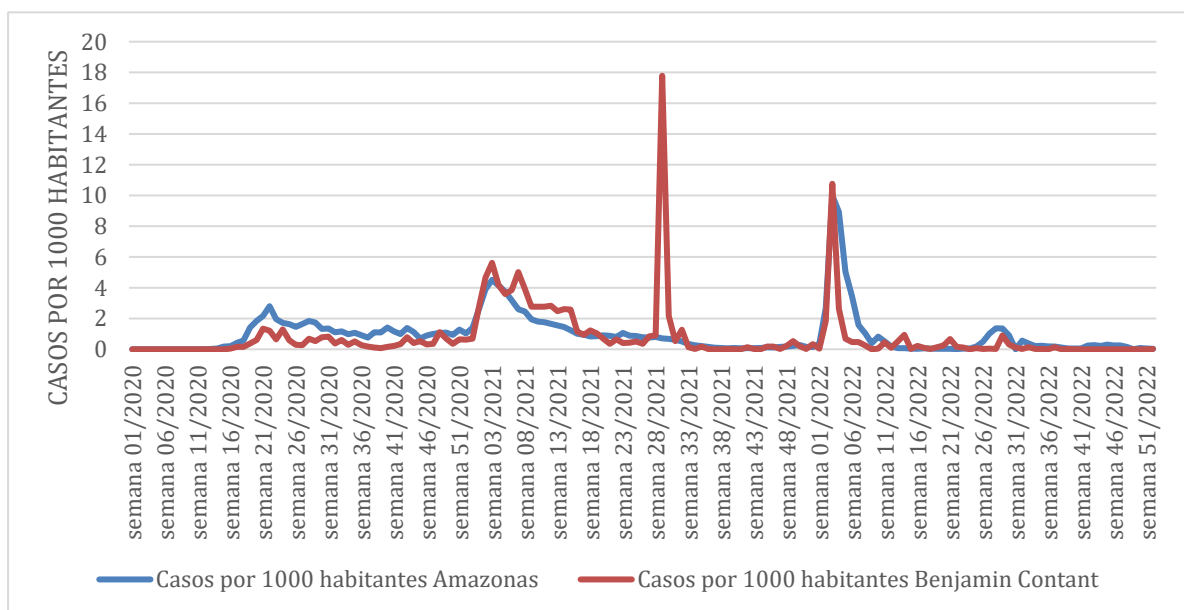
fiquem sobrecarregados do ponto de vista orçamentário. As ações e cooperações multilaterais também precisam avançar nesse sentido.

4.1.2 Evolução da COVID-19

Com relação à evolução da COVID-19 entre 2020 e 2022, destaca-se que, no estado do Amazonas, foram confirmados 622.631 casos. O primeiro caso foi confirmado na Semana Epidemiológica (SE) 11 de 2020. Em termos de disseminação da infecção, os picos de transmissão foram a SE 19 e 35 em 2020, um segundo momento foi entre as SE 53 de 2020 e 19 de 2021, e entre SE 02 e 09 de 2022(Gráfico 1).

Em Benjamin Constant, no período analisado, foram no total 3.064 casos confirmados para COVID-19. O primeiro caso no município foi diagnosticado no dia 04 de abril de 2020, durante a SE 15. Os primeiros casos foram de passageiros vindos de embarcação fluvial chegada da capital, Manaus. A propagação ocorreu em ondas, apresentando a maior disseminação entre a SE 20 e 25 em 2020, um segundo momento entre a SE 53 de 2020 e 20 de 2021, depois entre a SE 27 e 32 de 2021 e entre as SE 02 e 05 de 2022 (Gráfico 1). De modo geral, há uma certa correspondência entre os picos no município de Benjamin Constant e no estado do Amazonas. Entretanto, foi possível observar um momento de elevação nos casos no município, durante o ano de 2021, enquanto o estado estava em momento de recrudescência dos casos.

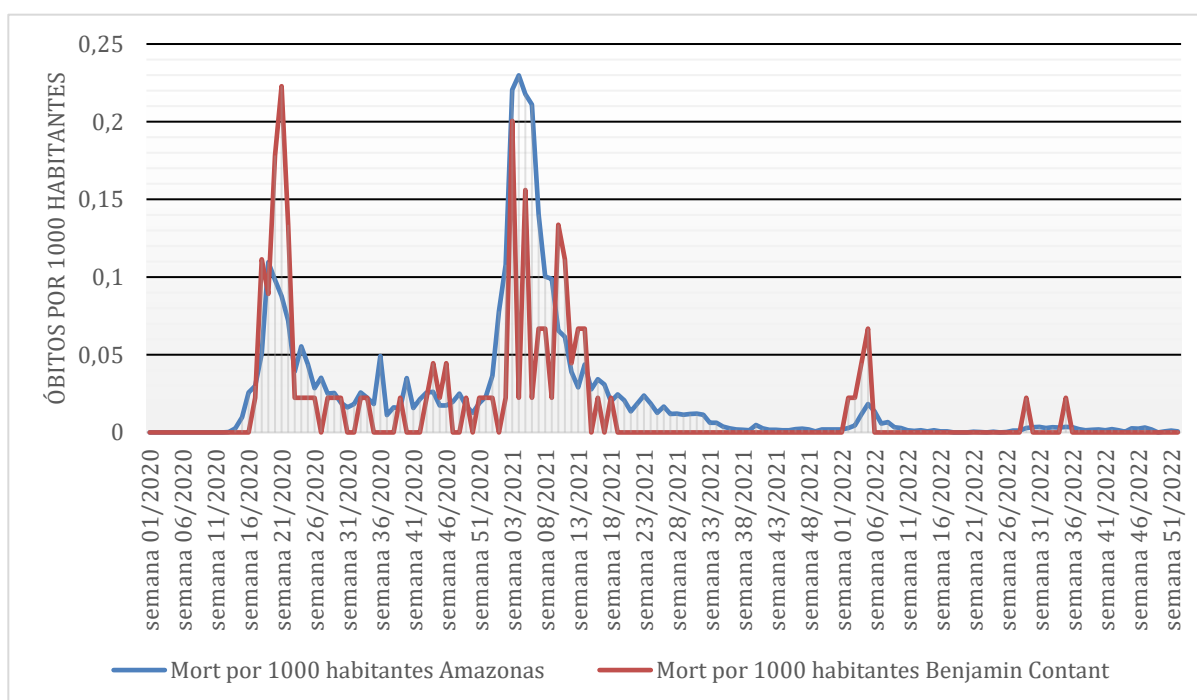
Gráfico 1. Incidência por COVID-19 por 1000 habitantes. Amazonas e Benjamin Constant, 2020 a 2022.



Em relação aos óbitos por COVID-19, o estado do Amazonas, no período analisado, apresentou 14.398 óbitos. O primeiro foi confirmado na SE 13 de 2020. As mortes ocorreram em três ondas importantes, evidenciadas pelos coeficientes de mortalidade por 1000 habitantes entre as semanas SE 16 e 30 em 2020, entre a SE 53 de 2020 e 19 de 2021, e outro pico de menor magnitude entre a SE 02 e 09 de 2022 (Gráfico 2).

Em Benjamin Constant, no período analisado, foram no total 110 óbitos confirmados para COVID-19. O primeiro óbito no município foi diagnosticado no dia 04 de abril, durante a SE 17. Como no estado do Amazonas, o gráfico 2 mostra três picos de mortalidade por 1000 habitantes no município de Benjamin Constant: entre a SE 17 e 22 em 2020, um segundo momento entre a SE 01 e 14 de 2021, e um terceiro entre as SE 02 e 05 de 2022. O município apresenta picos de mortalidade que acompanham a curva estadual, entretanto, na primeira e terceira ondas, é possível observar índices ligeiramente mais elevados que os do estado. Cabe destacar também que os picos de maior óbito correspondem aos picos de maior número de casos, tanto no estado quanto no município.

Gráfico 2. Óbitos por COVID-19 por 1000 habitantes. Amazonas e Benjamin Constant, 2020 a 2022.



Fonte: BRASIL. SIVEP-GRIPE, 2023.

A Tabela 4 apresenta o perfil dos usuários acometidos por COVID-19 no município de Benjamin Constant entre 2020 e 2022. Pode-se perceber que houve maior incidência em

indivíduos do sexo feminino (n=55,53%) e na faixa etária de 30 a 59 anos (n=54,52%), seguido da faixa etária de 18 a 29 anos (n=17,73%). Provavelmente em função do maior número de casos, a faixa etária de 30 a 59 anos também concentrou o maior número de óbitos (n=54,52%), seguida da faixa com 60 anos ou mais (n=15,34%).

Com relação à letalidade as faixas mais atingidas permanecem as mesmas, entretanto, há uma inversão de ordem, sendo maior na faixa de 60 anos ou mais (n=9,76%), seguida da faixa etária de 30 a 59 anos (n=1,51%), como costuma ser percebido em outras regiões do país e do mundo, indicando maior vulnerabilidade dos idosos à COVID-19. Chama a atenção o fato de que, apesar de haver maior número de casos na população feminina, é na masculina que se concentra o maior número de óbitos (n=66,66%), havendo também uma letalidade mais elevada na população masculina (n=3,69%) em comparação à feminina (n=1,48 %) (Tabela 4).

Tabela 4. Perfil dos usuários acometidos por COVID-19 no Município de Benjamin Constant, 2020 a 2022.

	% de casos	% de óbitos	Letalidade
Por sexo			
<i>Masculino</i>	44,47%	66,66%	3,69%
<i>Feminino</i>	55,53%	33,33%	1,48%
Por faixa etária			
<i>Criança [0 a 11 anos]</i>	7,80%	3,96%/	1,24%
<i>Adolescente [12 a 17 anos]</i>	4,61%	0,00%/	0,0%
<i>Jovem [18 a 29 anos]</i>	17,73%	0,99%/	0,14%
<i>Adulto [30 a 59 anos]</i>	54,52%	33,66%/	1,51%
<i>Idoso [> 60 anos]</i>	15,34%	61,39%/	9,76%

Fonte: BRASIL, SIVEP-GRIPE; E-SUS NOTIFICA, 2023.

4.1.3 Ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19

Em janeiro de 2020, a ANVISA divulgou a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 que traçou as orientações para serviços de saúde, com destaque para as medidas de prevenção e controle que deveriam ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-COV-2). Este documento sofreu diversas atualizações ainda durante o mês de fevereiro do mesmo ano, orientando as ações em todo o território nacional, ainda em regime de preparação à propagação do vírus.

No Amazonas, em março de 2020, foram publicados os Decretos nº 42.061, nº 42.100 e nº 42.101, que declararam emergência em saúde pública no estado em razão da disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV), instituíram o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate à COVID-19 e instituíram medidas temporárias de enfrentamento a este agravo. Em consequência destes decretos, foi emitida a Nota Técnica Conjunta 08 FVS/Susam, que estabeleceu os critérios para casos suspeitos de COVID-19, sinalizando a todo o estado que o agravo já estava circulando entre a população da capital e que a tendência era a disseminação em todo território estadual.

Após a nota técnica do estado, foi-se montado um Comitê de Enfrentamento à COVID-19 em Benjamin Constant, que desenvolveu o planejamento das ações de resposta com envolvimento de diversos órgãos. Foram implementadas diversas medidas de prevenção e controle que visavam reduzir as chances de transmissão, priorizando-se o funcionamento de serviços essenciais. A pressão do fluxo de pessoas entre os países inerentes à condição de fronteira aberta trouxe também conflitos, tanto entre as autoridades locais quanto entre as populações dos dois municípios. Sobre esse assunto, comenta um gestor local:

Entrevistado 04: No início, a pandemia pegou todos sem saber o que fazer. Não sabíamos como tratar, vários protocolos foram implementados, fomos aprendendo conforme a doença chegava, muito desespero e insegurança. O hospital foi dividido ao meio, criando um isolamento. Fora aqueles que chegavam já falecendo, muita gente morrendo na emergência, ninguém estava preparado pra isso, foi a pior fase de minha vida profissional [...]. Os protocolos iam mudando e íamos nos adaptando e tentando melhorar o serviço.

Para ampliação da capacidade assistencial, foram instalados novos leitos na área de isolamento para aerossóis, já existente no hospital local de média complexidade. Foi feita uma ampliação, entendo a necessidade de encontrar uma forma de suportar o aumento de pacientes pelo sistema local. Foi destinada uma unidade básica de saúde para servir como referência para síndromes gripais, tentando mitigar a disseminação através da redução do contato com outros usuários. Foi escolhida a unidade localizada ao lado do hospital e do laboratório municipal. Esta proximidade contribuiu com a logística de deslocamento e menor circulação de indivíduos suspeitos em outras unidades e outras zonas da cidade. Entendeu-se que era importante que as demais unidades continuassem a atender outros serviços e ações programáticas, bem como outras enfermidades. A importância dessa estratégia foi destacada pelos entrevistados:

Entrevistado 05: Nesse plano, a gente montou uma UBS de referência para casos de Covid-19, que ficava ao lado do hospital, que era o ponto mais estratégico. Foi montada até uma entrada que já saía direto da UBS, que entrava direto para o hospital, os atendimentos de casos de com síndrome gripal que complicavam eram referenciados para observação, onde tinha uma equipe montada para isso.

Entrevistado 04: Foi criada uma unidade de referência ambulatorial só para os casos de Covid, as outras unidades recebiam as pessoas, identificavam, testavam e encaminhavam para essa unidade de referência.

Outra estratégia relevante foi a criação de equipes de busca ativa e acompanhamento em domicílio. Houve um aumento significativo nas equipes de saúde e vigilância, e os serviços de saúde foram duplicados, com muitas pessoas envolvidas. É importante destacar a integração com outras instituições fora do setor saúde, como a polícia militar, serviço da defesa civil e guarda municipal, que também se empenharam no serviço, sendo descritas como imprescindíveis para a execução das ações. Foram criados centros comunitários, nomenclatura desenvolvida pelo Ministério da Saúde, inclusive com envio de recursos para a implantação dos mesmos.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.444/GM/MS de 29 de maio de 2020, instituiu os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento da Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), estabelecendo também o incentivo financeiro para o seu

custeio. Estes novos serviços tinham como propósito reforçar a identificação precoce e assistência aos casos leves de COVID-19. Esses serviços consistiam nos Centros de Atendimento para Enfrentamento da doença e nos Centros Comunitários de Referência. O Ministério da Saúde direcionou um investimento estimado em R\$ 1,2 bilhão para essa iniciativa. O objetivo principal era ampliar o acesso da população que apresentava sintomas leves da doença, ao mesmo tempo em que seria possível manter a continuidade dos demais serviços de atenção primária.

Segundo o Ministério da Saúde, entre as suas funções, estava a realização de testes em populações de risco e o acompanhamento de casos suspeitos e confirmados que estivessem em isolamento domiciliar. Além disso, nesses centros, a população encontraria orientações sobre as medidas para prevenir a contaminação pelo vírus e o direcionamento dos casos mais graves para outras unidades de saúde. A responsabilidade pela estruturação desses espaços caberia às prefeituras, com a exigência de que estariam localizados em áreas facilmente acessíveis à população e atenderiam a critérios de higiene e saneamento adequados. Esses centros eram compostos por médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem (Brasil, 2020).

Frente a esse incentivo, a estratégia municipal foi constituir unidades móveis, com equipes com médico, enfermeiro e técnicos, que executavam visitas e monitoramento de casa em casa, ligadas sempre a área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Essas equipes acompanhavam suspeitos, positivos e a quarentena de viajantes. Eram cinco equipes ligadas as áreas adscritas das cinco UBS do município, que atuaram no monitoramento de casos e contatos para garantir isolamento e tratamento. As equipes de vigilância ativa desenvolveram estratégias de testagem dos suspeitos, dos familiares e contatos durante todo o período de incubação previsto para aquele momento, garantindo o tratamento adequado antes do possível agravamento da doença com articulação direta com a UBS da área de moradia. Como muitas pessoas estavam naturalmente muito assustadas, avalia-se que a estratégia obteve sucesso, porque ia até as pessoas limitando os efeitos de aumento de gravidade por não procura dos serviços de saúde.

A integração dessa estratégia com a Saúde da Família foi através dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS foram fundamentais na ativação das equipes de busca ativa pelo especial conhecimento do território e suas características e se envolveram diretamente no enfrentamento à emergência sanitária. Segundo os entrevistados, eles estavam nas ruas diretamente e identificando onde tinha um surto provável de COVID-19, perguntando sobre sintomas para acionar todas as equipes de saúde, dando suporte para

realização dos testes rápidos, fazendo orientações sobre o isolamento da família, quando era o caso. Alguns deles desenvolveram estratégias de monitoramento remoto, como mensagens e grupos em redes sociais nas quais acompanhavam seus usuários. Sobre a ampliação da força de trabalho e papel dos ACS, um entrevistado afirma:

Entrevistado 06: As equipes foram ampliadas, tanto de Atenção à Saúde quanto de vigilância, tivemos também a aquisição de novos equipamentos, computadores, outras estruturas que foram ampliadas em diversas partes da cidade [...] dando toda uma assistência técnica e profissional para toda a cidade. [...] E nossos agentes de saúde foram importantes. Estiveram inseridos nesse processo.

A ampliação dos leitos, equipes e atividades de vigilância pretendiam evitar que Benjamin Constant entrasse em colapso, o que aconteceu com outras cidades do estado do Amazonas que rapidamente apresentaram altos índices de internação. Essa era uma preocupação porque o município não dispõe de hospital de grande porte (a referência é Tabatinga, mas, no período da pandemia, sua estrutura ficou pequena para os nove municípios da região de saúde). Outro fator era a logística envolvida na condução de um paciente grave por via fluvial, já que os pacientes estavam em geral com baixa saturação e grave comprometimento respiratório – vale mencionar que o deslocamento aéreo é um recurso escasso.

Na ausência de atendimento adequado no município e no polo regional, a referência é a capital do estado. Mas existe uma única unidade de UTI aérea para atender a todos os municípios do estado. Naquele período, buscava-se dar toda a atenção aos pacientes dentro do próprio município, pois a remoção era um grande desafio, não só pela escassez da UTI aérea, bem como pelos critérios de entubação e regulação para o deslocamento de um paciente. Essas situações durante a COVID-19 deixaram claro como os polos no interior do estado precisam estar realmente capacitados para serem polos de alta complexidade, em uma regionalização efetiva e que interiorize os serviços. Estas características estão descritas na entrevista com os gestores municipais, como no exemplo:

Entrevistado 04: Criamos cinco leitos de UCI. Fizemos aquisição de ventilador mecânico, contratamos mais profissionais para atender esses casos de COVID-19. Mas aqui nós tínhamos Tabatinga como referência, infelizmente, chegou o momento de superlotação, onde nós tínhamos que direcionar esses pacientes direto a Manaus, que também superlotou [...] Inclusive, teve paciente que foi a óbito aguardando ir para outro estado, pois o próprio estado do Amazonas já não tinha mais capacidade para receber esses pacientes.

Nessas condições, destaca-se a importância do controle da propagação da epidemia. A barreira sanitária foi a primeira estratégia do município a ser implementada. A princípio, com

um grande desafio. Tendo em vista as características amazônicas, todo o perímetro da cidade é cortado por rios, o que transformou o controle de entrada e saída extremamente complexo. Sabia-se que não era possível evitar a entrada da doença, e o objetivo era retardar a sua disseminação na cidade, sabendo que já estava na capital em circulação comunitária e que se alastraria para o interior.

Todos os dias chegavam embarcações e avião na região, então a barreira foi implementada com uma articulação de diversos órgãos, Secretaria de Segurança, Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social e Defesa civil. A estratégia era realizar os controles nas barreiras do rio e orientar a população que ali circulava em seu principal transporte (canoas) a cumprir as medidas de isolamento preconizadas para aquele momento. Eram controladas as chegadas dos indivíduos que vinham de outros lugares, em especial do Peru. Com os poucos recursos disponíveis e limitação de pessoal, realizavam-se desinfecções de produtos que chegavam nas embarcações e controle de entrada e saída. A questão da barreira foi complexa, tendo em vista a compra de alimentos e deslocamento de pessoas entre os países, assim foram construídos protocolos de liberação para a realização de compras de alimentos e gás, para não desabastecer o país vizinho.

Foi uma iniciativa municipal, inicialmente, e confirmada, algum tempo depois, por decreto federal que determinou o fechamento das fronteiras. Sem a presença efetiva de forças federais para a execução destas ações, restou ao município assumir estas funções com as forças locais e apoio da Polícia Militar, lembrando os perigos da relação de fronteira com o narcotráfico e outras questões de segurança da região. No dia 06 de fevereiro de 2020, o governo federal publicou a Lei nº 13.979, que no inciso VI do caput do art. 3º, trazia restrições à entrada no país de indivíduos vindos do exterior. Em março de 2020, veio a Portaria nº 125 sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no país de estrangeiros oriundos de alguns países, entre eles Colômbia e Peru, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A princípio, essa restrição estava determinada pelo prazo de quinze dias, mas já deixava clara a possibilidade de prorrogação, o que aconteceu.

O limitar do ir e vir das pessoas que já estavam acostumadas com esse trânsito era muito complexo. Ações de vigilância, como estratégia de testagem, eram de difícil implementação em consequência da grande procura por testes no mercado global e nacional. O município não dispunha da ferramenta do teste-rápido, e usava-se a avaliação sintomática, em especial nas barreiras sanitárias, para indicar o início de medidas de isolamento, reservando os poucos testes que conseguiam adquirir para os casos mais graves e de forma amostral aos indivíduos que chegavam nas embarcações. Mas a intenção era controlar quem entrava, de

onde vinham e se estavam apresentando sintomas. Essa lista era repassada à vigilância epidemiológica, que desmembrava a lista para as equipes de busca ativa, que monitoravam esses usuários e fiscalizavam o cumprimento do isolamento necessário para diminuir a cadeia de transmissão da doença.

Com o aumento da chegada de pessoas, em especial pelo aumento do fluxo de indivíduos que buscavam sair da capital e ir para o interior, foi implementado o “hotel para isolamento”. Era uma tentativa de garantia da segurança das famílias que recebiam seus familiares vindos de outras cidades. Este hotel de trânsito tinha intuito de garantir o cumprimento do isolamento pelo período de incubação preconizado. Estes indivíduos vindos de áreas de circulação comunitária tinham acompanhamento diário das equipes de vigilância ativa, com médico e enfermeiros identificando sintomas e realizando testes e tratamentos. Era garantida alimentação e atendimento a todos, inclusive acompanhamento psicológico.

O único fluxo destes passageiros vindos das embarcações era do porto diretamente para o hotel. Ao identificar um usuário positivo, todos os passageiros que vinham na mesma embarcação eram novamente testados e monitorados com maior cuidado. Esta estratégia foi dita como fundamental para retardar a instalação da circulação comunitária do vírus na cidade, pois foram identificados portadores do vírus que receberam o tratamento e foram liberados após a garantia de não transmissão. Após a instalação da circulação comunitária na cidade, passou-se a manter as medidas de quarentena, mas desta vez nas próprias residências dos usuários e as famílias que os recebiam. Nas palavras de um dos entrevistados:

Entrevistado 02: No primeiro momento foi feito um hotel para alocar pessoas que vinham de outras regiões do Brasil, que eram do município, eles decidiram voltar, nós tínhamos uma quarentena montada em hotéis, em estruturas públicas, para que a gente diminuísse esse impacto, nós passamos [...] até quase 50 dias sem a situação da expansão desta doença na cidade, então conseguimos fazer nessa parte do monitoramento dos casos e controle da propagação.

A circulação comunitária em Manaus impôs medidas da gestão estadual e municipal que restringiam atividades econômicas e sociais, em especial restrição de circulação de pessoas. A Nota Técnica nº 01/2020/DVE/FVS-AM orientava quanto à adoção de medidas de prevenção e controle da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Já a Nota Técnica nº 04/2020/DVE/FVS-AM alertou sobre a identificação e circulação do Coronavírus (COVID-19). Estas foram as notas que mudaram as rotinas dos serviços públicos. Já a Nota Técnica nº 05/2020/DEVISA/FVS-AM trazia orientações quanto às medidas de prevenção das infecções causadas por vírus respiratórios. E finalmente a Nota Técnica nº 06/2020/DVE/FVS-AM, publicada em março de 2020, alertava sobre a

identificação e circulação do novo Coronavírus, o COVID-19, como emergência de saúde pública, mas também fazia referência a medidas restritivas e de isolamento a serem implementadas.

A gestão estadual da saúde se concentrou em editar medidas voltadas aos fluxos dos serviços e garantia de regulação e atenção em nos diversos níveis do sistema. Entretanto, claramente a atenção inicial se concentrava em organizar o serviço na capital, ignorando que o espraiamento da doença no território do Amazonas traria ainda uma maior pressão de demanda aos serviços altamente concentrados na capital, e que as estruturas já existentes nas diversas regiões do estado dificilmente suportariam um aumento dos casos da doença. As Notas Técnicas nº 001/2020 - SEAASC/SUSAM, nº 002/2020 - SEAASC/SUSAM e nº 006/2020 - SEAASC/SUSAM, publicadas nos meses de março e início de abril, basicamente se concentravam sobre a organização dos serviços de saúde especialmente na capital, citando estruturas e redes de atenção existentes apenas nesta região.

No município de Benjamin Constant, diversas medidas foram adotadas e regulamentadas por Decreto. Algumas implementaram comitês de enfrentamento e ratificaram medidas propostas em outras esferas de governo, como o Decreto nº 077, que criou o Comitê Municipal de Prevenção e Enfrentamento ao contágio pelo novo coronavírus - COVID-19, e o Decreto nº 080, que declarava emergência no município, enquanto perdurasse a emergência em saúde pública nacional. Já outros traziam medidas restritivas no âmbito municipal, organizando os fluxos de entrada e saída do município e a circulação de pessoas em espaços públicos, como os Decretos nº 076 de 18 de março de 2020, nº 085 de 31 de março de 2020, nº 100 de 16 de abril de 2020 e nº 102 de 01 de maio de 2020.

Estes decretos foram definindo restrições à medida que o cenário epidemiológico foi se alterando e foram implementando medidas de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus – COVID-19. As medidas de controle da propagação da epidemia envolveram: suspensão de atividades em espaços públicos e serviços públicos ou privados que envolvessem acima de 30 (trinta) pessoas; suspensão de atividades escolares presenciais, atividades desportivas dos Clubes e Danceterias e estabelecimentos semelhantes; restrição do horário de funcionamento de restaurantes, bares, lanchonetes e espaços públicos até as 22h. Outra medida prevista foi tornar obrigatória a utilização de máscaras de proteção; o controle de todas as embarcações de pequeno, médio e grande porte, que transportavam passageiros pelo porto oficial da cidade (porto do DNIT), para que passassem pela triagem médica. Foi restrito também o desembarque na cidade, só sendo permitido o desembarque de pessoas que optassem por cumprir as medidas previstas. O monitoramento dos desembarcados era

obrigatório durante 15 (quinze) dias. Outra proibição contida nestes decretos foi da saída de indígenas de suas respectivas aldeias e comunidades, e foi estabelecido um rodízio de circulação de veículos.

Outro ponto importante no enfrentamento à emergência sanitária foram as medidas de apoio social implementadas neste período. Para além das transferências de renda implementadas pelos dois países, existiram também medidas na gestão local para tentar garantir condições mínimas de sobrevivência aos seus moradores e que buscavam mitigar os efeitos das medidas restritivas. Muitas pessoas que chegavam ao município e tinham que cumprir o isolamento sofriam os impactos sociais destas medidas. Algumas famílias em isolamento tinham suas condições de sobrevivência prejudicadas, então a assistência social reforçava as medidas já existentes, fornecendo cestas básicas e auxílios para garantir condições de cumprimento das medidas preconizadas. A assistente social fazia parte das equipes de vigilância ativa, exatamente para identificar essas necessidades e utilizar as políticas que tinha a sua disposição para garantia das medidas de saúde.

Em abril de 2020, o governo federal publicou a Lei nº 13.982, que propôs parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabeleceu medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Covid-19. Esta medida implementada garantia à parcela mais vulnerável da população o acesso a bens de consumo que permitissem a sua sobrevivência enquanto as medidas sanitárias estariam vigentes. Entretanto, o acesso a este auxílio e a condição de recebimento num município com apenas uma casa lotérica e sem agência da Caixa Econômica Federal era um enorme desafio aos cidadãos e também aos gestores de saúde que tinham que lidar com fluxo contínuo de pessoas e exposição destas aos riscos diante das medidas preconizadas à época. Apesar das medidas de controle, as filas para acesso a estes auxílios representavam um grande risco de circulação viral e disseminação da doença no território municipal.

Em termos de estratégias de vacinação, é importante salientar que fazer saúde em territórios de fronteira aberta tem por obrigação ressignificação de conceitos. A população adscrita, as metas de vacinação e as porcentagens definidas dependem de uma fluidez do território que não permite ao gestor pensar apenas no preconizado, e sim reconstruir as estratégias com vistas a alcançar a garantia de proteção da população que vive na fronteira. No Brasil, houve grande dificuldade logística para trazer esse imunobiológico para o interior do Amazonas. Era um período de seca, e os acessos à região se restringiam ainda mais, as

distâncias ficavam maiores e eram necessários mais tempo e mais recursos para levar a vacina para a zona urbana e 62 comunidades. As equipes foram mobilizadas e montou-se um plano de vacinação para o município, naquele momento voltado para os brasileiros. Importante lembrar que a chegada da vacina ao município realizou-se por via aérea, após a liberação na capital.

Em relação à vacinação, no período de 2021 a 2022, o município alcançou 52% da população com a primeira dose e segunda dose, e 83% da população com esquema vacinal primário. Os planos nacionais tiveram adaptações regionais tendo em vista as características dos setores envolvidos na resposta à pandemia, como no relato de um gestor local:

Entrevistado 08: A estratégia de vacinação do Brasil seguiu a nacional, mas tivemos aqui uma briga municipal para antecipar as doses dos profissionais de segurança pois eles estavam no dia a dia conosco e fazendo parte das ações de saúde, carregando pacientes, carregando corpos dos que vinham a óbito no município fora do ambiente hospitalar.

O Peru teve enormes dificuldades econômicas e de logística de distribuição para garantir a vacinação dos seus cidadãos desta área de fronteira. Caso o município na vacinasse sua população flutuante (estrangeiros, residentes ou não), a proteção de toda a população da região estaria fragilizada e os riscos acabariam por recair nas populações de ambos os lados da fronteira. Essas dificuldades precisavam ser enfrentadas em conjunto. Mas sobravam desafios. Para os órgãos estaduais e nacionais, eles não existiam, mas para o município era necessário atingir esse público. Uma estratégia importante foi a utilização da vacina Janssen, que era dose única naquele momento, pela dificuldade de busca posterior destes indivíduos para novas doses. A vacinação dos estrangeiros não residentes ou não oficiais era digitada em planilha e enviada a FVS (fora do SIS-PNI).

Além dos desafios já apontados para o enfrentamento de emergências sanitárias em regiões de fronteira, também se destaca a pouca integração entre os sistemas de serviços de saúde, com registro dos dados de produção e financiamento conjunto das ações. Um exemplo é dado por alguns dos entrevistados:

Entrevistado 02: A pessoa adoeceu no município de Islândia, ele não vai aparecer no relatório deles de dados de saúde aqui em Islândia [...] vai aparecer lá onde foi feito o exame laboratorial, e o laboratório mais próximo deles fica lá em Cabalo Cocho, então, fragilizava a análise [...] com base nessa análise eles não tiveram o COVID, porque eles não têm laboratório.

Entrevistado 05: Na verdade, nosso país vizinho é um pouco complicado, porque para eles nada tem, está tudo certo, então a gente via as coisas acontecerem, as variantes que vinham de lá principalmente eram identificadas, mas não eram

repassadas para a gente, a gente já quando descobríamos corríamos atrás de prejuízo, tentando fortalecer mais a barreira, corria atrás principalmente de tentar ajudá-los.

Durante os momentos de maior crise, em especial na primeira onda da COVID-19, o recebimento de pacientes vindo do país vizinho foi mais restrito, eles realmente não conseguiam passar pela barreira e os atendimentos a estrangeiros não residentes foram bastante reduzidos. Existiam atendimentos dentro do sistema de saúde pelo país vizinho. Apesar das restrições, alguns pacientes com sintomas de gravidade que chegavam em embarcações eram recebidos e encaminhados direto para unidade hospitalar.

Contudo, estar em uma área de fronteira pode trazer oportunidades em relação às condições de enfrentamento de um processo pandêmico. Como aspectos positivos, destaca-se a possibilidade de aquisição de testes e oxigênio por intermédio do acesso aos mercados e logísticas dos países vizinhos, tendo em vista que não havia tempo suficiente para que esse material chegasse vindo de Manaus. A compra de oxigênio na Colômbia e no Peru, insumo mais crítico da condução clínica da doença no primeiro momento, foi fundamental para manter a vida de muito usuários. Cabe lembrar que a crise de abastecimento de diversos insumos e, em especial de oxigênio, deixou o Amazonas em enorme risco. As relações construídas na fronteira reduziram os impactos do desabastecimento no estado.

Essas relações existem e esse processo requer uma habilidade política, administrativa e vontade de fazer saúde que ultrapasse esses limites, essas fronteiras. Foi estabelecida uma cooperação entre Brasil, Peru e Colômbia, com participação da OPAS, Ministério da Saúde e Fiocruz. Por meio dessa iniciativa, foi feito monitoramento e vigilância de maneira integrada entre os países, com circulação de informações de maneira rápida. Foi possível identificar uma cepa que chegou à Benjamin Constant vinda do lado peruano por meio da vigilância genômica.

É notório que não se pode fazer saúde em Benjamin Constant (Brasil) sem pensar em Islândia (Peru), já que são populações que se comunicam todo dia. Nenhuma estratégia teria efetividade. A região de fronteira exige soluções adequadas ao tamanho da sua relevância e complexidade.

4.2 O MUNICÍPIO DE ISLÂNDIA (PERU) FRENTE À COVID-19

4.2.1 Caracterização do sistema de saúde

O Sistema Nacional de Saúde no Peru combina elementos públicos e privados, sendo organizado com base em funções especializadas, onde o Ministério da Saúde (MINSa) desempenha o papel de entidade reguladora central. A atenção em saúde é segmentada e

compreende várias instituições ou subsetores, incluindo o próprio Ministério da Saúde (MINSA), que abrange o Seguro Integral de Saúde (SIS) como seguradora pública com autonomia administrativa. Além disso, há o Seguro Social de Saúde (EsSalud), que está vinculado ao Ministério do Trabalho, a Saúde das Forças Armadas (Marinha, Aeronáutica e Exército), vinculada ao Ministério da Defesa, e a Saúde da Polícia Nacional do Peru (PNP), vinculada ao Ministério do Interior. Além desses subsetores públicos, existem instituições privadas, como provedores de serviços de saúde, seguradoras privadas, clínicas e organizações da sociedade civil.

A introdução da Lei de Garantia Universal da Saúde (AUS), em 2011, marcou a transição gradual para um sistema regulamentado, com a oferta de um único plano de benefícios (que aceita planos suplementares menores) por seguradoras públicas e privadas. A Lei da AUS/2011 garante um pacote básico de cuidados de saúde, conhecido como Plano Essencial de Garantia da Saúde (PEAS), que abrange 65% das doenças do país e atende a 80% da demanda pelo primeiro nível de atenção à saúde. A AUS prevê a cobertura de doenças de alto custo, que é financiada pelo Fundo Intangível Solidário de Saúde, inicialmente incluindo cinco tipos de câncer e insuficiência renal crônica. Além disso, outro marco relevante na história recente da saúde pública no Peru ocorreu em 2018 com a promulgação da Lei nº 30.895, que fortaleceu o Ministério da Saúde como Autoridade Nacional de Saúde. Porém, seu regulamento foi aprovado por Decreto Supremo em 2020.

Em seguida, foi elaborada a Política Nacional Multissetorial de Saúde para 2030, que estabelece uma abordagem de saúde centrada na equidade, assegurando recursos humanos, financeiros e logísticos de alta qualidade. A criação desta política nacional se baseou na harmonização dos cinco pilares da "Política Geral para 2021" (integridade e combate à corrupção; fortalecimento institucional para a governabilidade; crescimento econômico equitativo, competitivo e sustentável; desenvolvimento social e bem-estar da população; descentralização eficaz para o desenvolvimento), nas diretrizes do Acesso Universal aos Serviços de Saúde e à Segurança Social, conforme a Política de Estado do Acordo Nacional, e no compromisso com o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS/ONU).

Em Islândia, basicamente existe a rede do Seguro Integral de Saúde (SIS), sendo os serviços limitados às características do sistema básico ligados a uma Instituição Prestadora de Serviço de Saúde (IPRES). A amplitude desta cobertura depende das formas de asseguramento, o que torna o acesso a serviços em municípios de pequeno porte e com uma logística particular da região amazônica, totalmente limitado.

O município é sede do distrito do Yavari, que faz parte do departamento de Loreto mas possui ligação direta ao distrito vizinho de Mariscal Ramon Castilla, com sua sede em Cabalococha, onde os munícipes poderiam recorrer para alguns serviços de maior complexidade tecnológica.

Os entrevistados relataram a busca dos serviços no Brasil como parte de um histórico de acesso mais fácil e rápido a serviços que não são naturalmente parte da rede básica do sistema peruano. Segundo eles, no Brasil, além de um maior número de profissionais e estruturas disponíveis, as recentes construções de estruturas na pandemia, favorecem o acesso. Relataram ainda a busca de alguns brasileiros ao serviço de saúde peruano, em especial para pagamento direto por serviços, como uma forma de agilizar o acesso a serviços e produtos que são regulados (com fila) no sistema brasileiro. As diferenças entre os sistemas e como estas diferenças norteiam a busca de atenção à saúde estão presentes nos relatos dos entrevistados, como pode-se observar a seguir:

Entrevistado 09: E aqui ofertamos o pouco que nós podemos ter, em realidade, porque somos de primeiro nível, que somos. Ofertamos materno e perinatal, ofertamos vacinas, ofertamos controle de crescimento e desenvolvimento, ofertamos consulta médica, mas não temos especialidades [...] A diferença é que o peruano, no estrangeiro, busca algo melhor, me refiro às especialidades, porque no estrangeiro, sim, se pode dizer que eles buscam, por exemplo, no tema das emergências, buscam operações. As operações buscam melhores medicamentos, melhores atenções, mais que tudo pelo tema das especialidades. No caso de nós, por exemplo, em Islândia, não podemos resolver os casos de maiores complicações, por exemplo, uma apendicite, uma cesárea, não podemos fazer isso aqui. E no caso de Benjamin ou Tabatinga, assim se faz esse tipo de atenção, se pode dizer, e eles então encontram isso lá, é esse o motivo que muitas vezes vão lá.

Entrevistado 10: No Peru, temos o SIS, que se diz, como no Brasil tem o SUS, não é? [...] No Peru, temos o sistema integral de saúde. Então, para o peruano que se filia ao sistema integral de saúde, o atendimento está garantido. Então, eles têm o benefício de cobrir seus medicamentos grátis, mas não tudo é grátis, não todos os medicamentos, quando o paciente que é enfermo se hospitaliza, ou tem uma doença grave, ele é enviado a Iquitos, sempre vai faltar um medicamento. [...] Não cobre tudo, como no Brasil. Então, aqui, sempre temos essa deficiência. [...] Os peruanos sim procuram, sempre vão ao Brasil, porque eles dizem que é mais benefício, porque não tem que pagar, tudo é grátis. [...] E é preferível para eles acudirem ao Brasil.

Entrevistado 11: Para nós que estamos aqui em zona de fronteiras, logicamente, o Brasil está mais preparado. Os hospitais, os lugares que eles têm para operar [...] Em algum momento, às vezes, precisamos de uma emergência ou uma cesárea [...] Muitas vezes temos que pedir auxílio ou socorro a nossos irmãos brasileiros. Nos recebem, mas em algum momento depende dos funcionários que estão de turno [...] para que eles possam nos apoiar [...] Às vezes nos gritam, pois estamos atrapalhando o serviço deles, outros nos recebem bem e nos ajudam. Porque no nosso país não há um lugar onde mandar, e não resta alternativa, pois existe o risco de vida, uma necessidade operatória. Mas somos agradecidos pelos funcionários que muitas vezes nos ajudaram.

Segundo os entrevistados, também existe a procura pelos serviços de saúde peruano pelos estrangeiros e isso ocorre por uma ideia de atenção direta pelo pagamento imediato pelo serviço. Sobre esse assunto, comenta um gestor local:

Entrevistado 11: Bom, os brasileiros [...] vêm com a atenção das consultas médicas, por atenção das consultas de malária, vêm ser atendidos, vêm fazer suas consultas, fazem um pagamento, às vezes respectivo, por atenção. Esse é o modo de trabalho de nós, fazer o pagamento por uma consulta. E também o pagamento por medicamentos, porque nós damos uma devolução ao Estado por pacientes estrangeiros ou por pacientes que não têm SIS peruano.

A gestão do sistema é centralizada no nível departamental e isto traz questões para o nível local de administração, que interferem na garantia da atenção adequada como o caso da permanência e fixação dos médicos na região. Segundo o relato de alguns entrevistados, não existe diferenciação de proventos aos servidores que estão em áreas remotas e de fronteira, então isso desestimula a permanência de alguns profissionais em especial, dos médicos. O custo de vida maior e as dificuldades logísticas são ditas como motivos para essas questões que comprometem a oferta de serviços. Essa característica foi apresentada no relato do gestor local, como se pode observar no trecho a seguir:

Entrevistado 11: Mas claro que nossos critérios são diferentes, aqui atualmente temos uma estrutura bonita, mas não temos o pessoal adequado, a falta de pessoal é notória. Em alguns lugares de trabalho, como por exemplo a parte de raios X, ecografia, especialistas [...] Problemas políticos ou de critérios de nossas autoridades, não fazem uma diferenciação do salário. Esse é o motivo por que não temos mais médicos aqui [...] Pagam aqui do mesmo jeito que pagam em qualquer outro lugar. Se na cidade ganham, suponhamos, 6 mil soles, aqui em zona de fronteiras, seguem ganhando 6 mil soles [...] Tem que ter um pagamento diferenciado, sabendo que o custo de vida é muito mais elevado [...] Por que eu vou vir por aqui se ganho o mesmo na cidade?

Ainda sobre a atenção de brasileiros no sistema peruano, é possível perceber que, mesmo com a interculturalidade e a conformação familiar mista, os brasileiros que não possuem documentação peruana enfrentam barreiras para conseguir atendimento e continuidade do cuidado dentro da rede com maior complexidade no país vizinho. Importante compreender que as relações familiares podem levar brasileiros a outras áreas dentro do território peruano e o atendimento nesse sistema é essencial para garantia da vida destes que tem grande mobilidade dentro deste território transfronteiriço.

A regularização e dupla nacionalidade é um instrumento dos povos deste território para superar as barreiras que a criação das fronteiras nacionais impôs a um povo que não enxerga esses limites como relevantes. Muitas famílias possuem laços nos dois países e,

mesmo sem obter os documentos necessários, circulam pelo território. Nessas famílias, que misturam indivíduos dos dois países, há uma exposição dos brasileiros a uma insegurança em termos de atendimento quando estão em território peruano, devido as características do sistema de saúde deste país.

O documento que garante ao brasileiro acesso aos serviços de saúde no Peru é o chamado “*Carnê de Extranjeria*”, que pode ser retirado após um Visto Familiar. Esse visto familiar pode ser solicitado tanto por cidadãos peruanos quanto estrangeiros residentes no país, que têm a possibilidade de apoiar seus familiares na obtenção de vistos familiares. É fundamental ter em mente que os requisitos e procedimentos associados a esses vistos podem mudar com o tempo e podem variar conforme o grau de parentesco e a situação migratória do patrocinador no Peru. Mas para se ter o Documento Nacional de Identificação (DNI) e o acesso aos serviços, é necessário antes ter os registros oficializados. Na opinião dos entrevistados, as barreiras do sistema peruano diferem das do sistema brasileiro, assim alguns entrevistados afirmam que:

Entrevistado 09: Bom, eu entendo nesse caso que não há uma cooperação internacional. As referências são somente para pacientes com SIS. E para ter SIS tem que ter DNI. Então, para um paciente estrangeiro, não há um local ou um sistema de referência. Não existe isso, ainda, no Peru.

Entrevistado 11: Talvez não tenhamos o sistema que tem no Brasil, o SUS, que eu entendo que abarca a qualquer estrangeiro. No Peru, se exige estritamente que tem que ter seu DNI [...] Porque nós temos uma ficha de atenção [...] que exige o DNI. Que número de identidade tem essa pessoa? Conseguimos ajudar um menor de cinco anos, que argumento não ter DNI ainda [...] Colocando-lhe um código de emergência que dura cinco anos. E dá a chance de conseguir a sua identidade peruana, no caso do estrangeiro que está fazendo os seus trâmites para seu documento de estrangeiro no Peru, que provavelmente seus filhos já podem ser peruanos também, mas isso tem que ver com o consulado. [...] Enquanto isso não acontece, eu posso ajudar só durante esse tempo. Mas se um jovem ou adulto brasileiro tem uma emergência grave no Peru teria que pagar tudo. [...] Então é mais fácil, de repente, levar-lhe a Manaus [...], levar-lhe a outra parte do Brasil e eu acho que, de repente, podem lhe dar a melhor atenção.

Vale destacar que existem diversos acordos entre os países que propõem integração comercial, econômica e social, a citar: o Tratado de Limites, Comércio e Navegação, assinado entre a República Federativa do Brasil e a República do Peru, em setembro de 1909; a Declaração de Rio Branco, de 1987; o Plano de Ação de *Puerto Maldonado*, de 1987, que reafirmou a importância da Amazônia como fator geoeconômico fundamental nas relações brasileiro-peruanas e estabeleceu as bases de um programa de trabalho com vista à integração e o desenvolvimento da fronteira Brasil-Peru; o Comunicado Presidencial Conjunto, de agosto de 2003, pelo qual se acordou avançar na construção da Aliança Estratégica entre Brasil e

Peru; o Comunicado Presidencial Conjunto de maio de 2008, pelo qual foi estabelecida, de maneira específica, a prioridade que ambos os governos concedem à cooperação e ao desenvolvimento fronteiriço, no marco da Aliança Estratégica; e o Compromisso de Rio Branco, de abril de 2009, que determinou a adoção de medidas concretas com vistas a uma efetiva integração econômica e social da fronteira Brasil-Peru.

Entretanto, o conjunto dos entrevistados, apesar do longo tempo de experiência na região, não demonstraram conhecimento sobre tais acordos ou a operacionalização dos mesmos. Por outro lado, os entrevistados mencionaram a existência de acordos informais que se desenvolvem em torno de questões específicas ou em situações de emergência sanitária, quando ocorre uma mobilização conjunta de esforços. Na opinião deles, há uma relação internacional incipiente, e no período pós-pandemia, torna-se ainda mais evidente a importância do compartilhamento de informações e recursos para a construção de um sistema de fronteira mais sólido e eficaz. Sobre essas relações de fronteira, um dos entrevistados afirmou que:

Entrevistado 10: Essa cooperação não existe, não temos nenhuma [...] somente quando existe algo aí vem os órgãos internacionais e executam alguma atividade mas quando se vão já não existe nada.

É necessário discutir o conteúdo e a forma pela qual essas cooperações ocorrem, tendo em vista a garantia de sua execução e efetividade. É imprescindível o conhecimento dos gestores locais e suas contribuições para que possam garantir a atenção a saúde dos povos de fronteira.

4.2.2 Evolução da COVID-19

A evolução da COVID-19 será apresentada comparando-se os dados do departamento de Loreto e do município de Islândia entre 2020 e 2022. No departamento de Loreto, no período analisado, foram confirmados 313.756 casos. O primeiro caso de COVID-19 foi confirmado na Semana Epidemiológica (SE) 12 de 2020, com 18 casos em 3 distritos (Iquitos, Punchana e Contamana). Em termos de disseminação da infecção, os picos de transmissão foram a SE 16 e 43 em 2020, um segundo momento entre SE 02 e 34 de 2021, com uma manutenção de um coeficiente de incidência acima de 1,7 por 100 mil habitantes por um longo tempo, e finalmente uma terceira entre a SE 01 e 14 de 2022 (Gráfico 3).

Para analisar os casos de Islândia é preciso utilizar os dados agregados do distrito de Yavari tendo em vista que a grande maioria da população está concentrada neste município e o acesso aos dados não permitiu a desagregação do distrito com segurança. Sendo assim, no

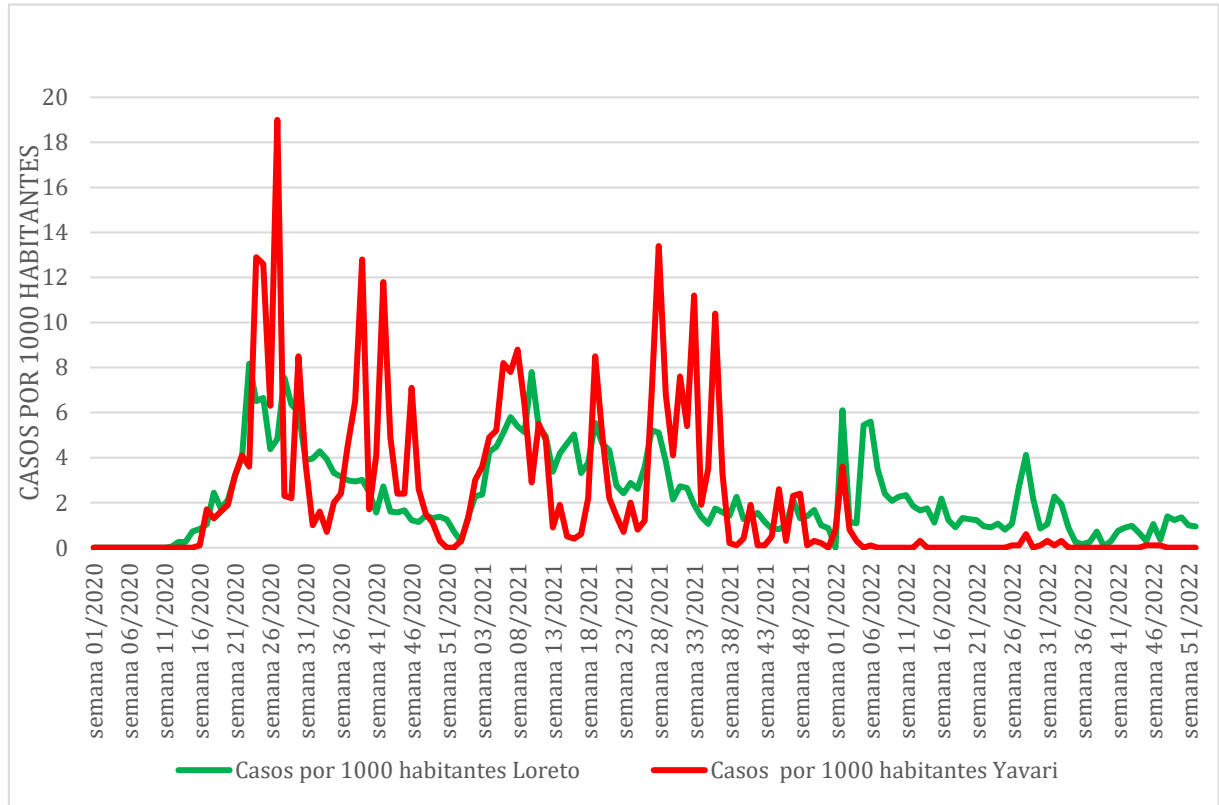
período analisado, foram no total 3.334 casos confirmados para COVID-19. O primeiro caso no município foi diagnosticado durante a SE 16, quando 13 dos 53 distritos do departamento já haviam registrado casos. A propagação ocorreu em quatro ondas importantes, apresentando a maior disseminação entre a SE 20 e 33 em 2020, um recrudescência de 4 semanas e um segundo momento entre a SE 37 e 48 de 2020, depois entre a SE 02 e 14 2021 e, finalmente, entre a SE 27 e 37 de 2021 (Gráfico 3).

Na primeira onda de transmissão, é possível observar um intervalo de 04 semanas entre as subidas das curvas epidêmicas tanto em Loreto quanto em Yavari, existindo uma subida já no final do período crítico observado no departamento, e com duração menor. Os outros momentos se alinham na propagação entre estado e município. Entretanto, foi possível observar um momento de elevação nos casos em Yavari durante o ano de 2021 (SE 27 e 37), enquanto o estado estava em momento de recrudescência dos casos. Islândia apresentou durante todo o período índices mais elevados que o departamento.

Em relação aos óbitos por COVID-19, o departamento de Loreto, no período analisado, apresentou o número 3.656 óbitos. O primeiro óbito foi confirmado na SE 11 de 2020, com base em um registro que foi recuperado, considerando que a circulação viral foi confirmada uma semana depois. Ao observar os coeficientes de mortalidade por 1000 habitantes, é possível aferir a ocorrência de 2 ondas importantes entre as semanas SE 19 e 26 em 2020, e entre a SE 05 e 13 de 2021 (Gráfico 4).

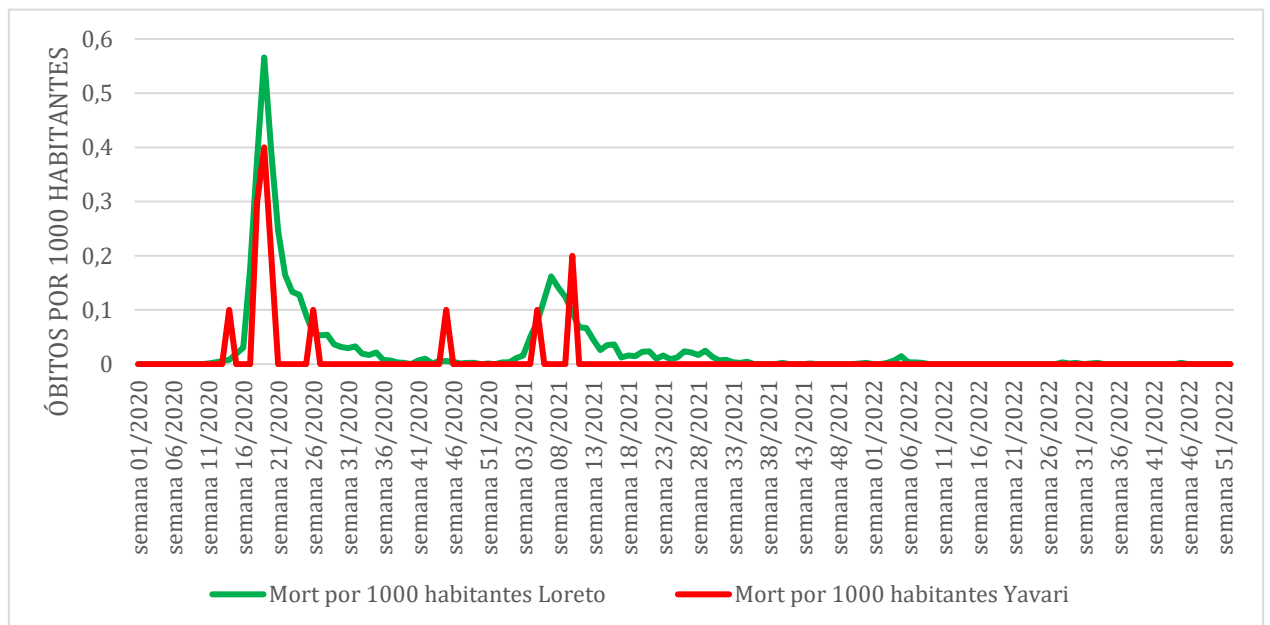
No Yavari, no período analisado, houve 15 óbitos para COVID-19. O primeiro óbito foi diagnosticado durante a SE 14, semanas antes de se confirmar a circulação (o que só veio a ocorrer, como referido anteriormente, na SE 16). Os maiores picos de óbitos se deram entre a SE 17 e 26 em 2020, e um segundo momento entre SE 05 e 10 de 2021 (Gráfico 4). O município apresentou picos de mortalidade que acompanham a curva do departamento.

Gráfico 3. Incidência da COVID-19 por 1000 Habitantes. Loreto e Yavari, 2020 a 2022.



Fonte: PERU. NOtiSP ; HIS MINSA, 2023.

Gráfico 4. Mortalidade por COVID-19 por 1000 habitantes. Loreto e Yavari, 2020 a



2022.

Fonte: PERU. NOtiSP ; HIS MINSA, 2023.

A Tabela 5 apresenta o perfil dos casos e óbitos por COVID-19 no distrito de Yavari entre 2020 e 2021. É possível observar uma proporção maior de casos entre pessoas do sexo feminino (n=55,35%) e da faixa etária de 30 a 59 anos (n=43,86%) – assim como em Benjamin Constant (Brasil). Com relação à mortalidade, houve maior proporção de óbitos na faixa etária de 60 anos de idade (n=66,67%), seguida pela faixa de 30 a 59 anos (n=20,00%).

Quanto à letalidade, as faixas etárias mais atingidas foram acima de 60 anos de idade (n=14,71%), seguida da faixa etária de 0 a 11 anos (n=1,24%). No recorte de gênero, a população masculina foi a mais acometida proporcionalmente (n=80,00%). A letalidade seguiu o mesmo padrão, sendo maior entre homens (n=3,55%) do que entre as mulheres (n=0,72%) (Tabela 5).

Tabela 5. Perfil dos usuários acometidos por COVID-19 no distrito de Yavari, 2020 a 2022.

	% de casos	% de óbitos	Letalidade
Por sexo			
<i>Masculino</i>	44,65%	80,00%	3,55%
<i>Feminino</i>	55,35%	20,00%	0,72%
Por faixa etária			
<i>Criança [0 a 11 anos]</i>	21,27%	13,33%	1,24%
<i>Adolescente [12 a 17 anos]</i>	7,93%	0,00%	0,00%
<i>Jovem [18 a 29 anos]</i>	17,97%	0,00%	0,00%
<i>Adulto [30 a 59 anos]</i>	43,86%	20,00%	0,90%
<i>Idoso [> 60 anos]</i>	8,98%	66,67%	14,71%

Fonte: PERU. NOtiSP ; HIS MINSA, 2023.

4.2.3 Ações de resposta do sistema de saúde à COVID-19

No Peru, a chegada da crise sanitária que se espalhou pelo mundo atingiu o país durante mais uma de suas crises políticas, com repercussão direta na resposta coordenada dos instrumentos de Estado para enfrentamento dos impactos deste agravo. Vale destacar que o último governo democraticamente eleito no Peru e confirmado pelo Júri Eleitoral Nacional (uma entidade constitucional autônoma responsável por supervisionar a legalidade dos processos e resultados eleitorais) ocorreu em 2016, com mandato previsto até 2021. No entanto, certos eventos na política nacional relacionados à corrupção resultaram na renúncia do presidente eleito nessas eleições, Pedro Pablo Kuczynski, em 2018, antes de completar seu mandato. Desde então, até novembro de 2020, o vice-presidente Martin Vizcarra Cornejo

assumiu a presidência. Sua passagem pelo cargo foi interrompida devido a um processo de destituição aprovado pelo Congresso da República, alegando "incapacidade moral". No entanto, as razões para essa destituição são questionáveis, uma vez que coincidiram com a tentativa de implementação de reformas nos sistemas político, educacional e de saúde, que poderiam prejudicar interesses pessoais de muitos parlamentares (Ramos, 2021).

A pandemia da COVID-19 surpreendeu todos os países, levando cada governo a tomar decisões baseadas nos modelos de gestão existentes em suas respectivas nações. O Estado, com a responsabilidade de respeitar, garantir e proteger os direitos humanos de todas as pessoas antes, durante e após a pandemia da COVID-19, respondeu por meio de medidas administrativas com esse propósito, coordenadas por seus diversos ministérios.

No início da pandemia, o Peru foi um dos pioneiros em impor restrições rigorosas e em lançar amplos pacotes de auxílio para as pessoas afetadas pelo colapso econômico resultante. Como é possível ver nos documentos: Resolução Ministerial 039/2020 de 31 de janeiro de 2020; Resolução Ministerial 040/2020 de 31 de janeiro de 2020; Resolução Ministerial 084/2020 de 07 de março de 2020 e o *Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19* de 18 de março de 2020. Estas regulamentações seguiam o estabelecido pelo Centro Nacional de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (CDC), entre outras, tendo como função determinar o risco de danos à saúde das pessoas diante de surtos, epidemias, emergências sanitárias e eventos de importância para a saúde pública nacional.

A coordenação nacional foi importante e a relação com as instituições impactou na tomada de decisão coordenada em todo território. Foram adotadas várias medidas de prevenção e controle destinadas a minimizar o risco de transmissão, com ênfase na manutenção dos serviços essenciais. Após a declaração do “Estado de Emergência Sanitária” em 15/03/2020, através do Decreto Supremo n° 008-2020-SA, teve início uma quarentena nacional, suspendendo todo tipo de atividade presencial, e permitindo apenas o funcionamento de serviços essenciais à sobrevivência. O executivo nacional assumiu a centralização das decisões e execução das ações nas diversas áreas técnicas envolvidas no enfrentamento da pandemia. Essas restrições esbarram na contínua e intensa movimentação de pessoas entre os países, uma característica intrínseca da fronteira aberta, gerou tensões, resultando em conflitos tanto entre as autoridades locais como entre as populações dos dois municípios. Sobre esse tema, um dos entrevistados afirmaram:

Entrevistado 11: Foi complicado porque todas as fronteiras estavam fechadas, era impossível, não tínhamos que só subir em outro ponto de referência, precisávamos

arriscar as vidas num transporte difícil, [...] não podíamos entrar, estava fechado totalmente, porque o Brasil sempre é mais adiantado na parte da vacina. Eles já estavam vacinados, e aqui ainda não chegavam as vacinas para o COVID [...] E muitos peruanos que moram no lado brasileiro já estavam com suas vacinas, eles podiam se transportar [...] então não podíamos entrar [...] porque eles nos pediam a vacina, então alguns temos que chamar algum familiar, para comprar comida, para comprar pescado.

Entretanto, após alguns meses, o país se tornou um exemplo negativo, com um elevado número de infecções, deficiências na implementação da quarentena e uma profunda crise econômica. Já no final de agosto de 2020, o Peru liderava um dos rankings mais angustiantes, ostentando a mais alta taxa de mortalidade por COVID-19 entre os 20 países mais afetados pelo vírus, de acordo com os dados do *Our world in data*, da Universidade Johns Hopkins (2023). Naquele momento, o Peru registrava uma taxa de 87,53 óbitos por 100 mil habitantes, superando nações como Estados Unidos, Brasil e México. Em termos absolutos, o Peru era o nono país com mais mortes no mundo, com um total oficial de 28.277; e o quinto com mais infecções, com 621.997 casos.

Um dos elementos que contribuiu para a crise foi a baixa alocação de recursos em saúde no Peru, resultando em carência de leitos hospitalares e de terapia intensiva, funcionários sub-remunerados e a dependência de um único laboratório capacitado para processar testes moleculares. Os gastos públicos com saúde, como proporção do PIB, tiveram um leve aumento nas últimas duas décadas. Em 2017, eles representavam 4,9% do PIB, de acordo com a estimativa do Banco Mundial, o que fica abaixo da média global em termos de gasto *per capita* com saúde. No início da pandemia, o Peru dispunha de apenas 100 leitos de terapia intensiva e 3 mil leitos hospitalares. Até o final de agosto de 2020, o país havia ampliado esse número para 18 mil leitos hospitalares, mas ainda contava com apenas 1.660 leitos de terapia intensiva (Universidade Johns Hopkins, 2023).

A ampliação da capacidade assistencial foi um tema presente nas entrevistas com os gestores locais. Segundo eles, antes da crise sanitária por COVID-19, o município de Islândia contava apenas com um posto de atendimento, que não tinha capacidade de efetuar atendimento a nenhum caso de média complexidade, não havia leitos e nem mesmo equipamentos para manutenção dos usuários do serviço que viessem a agravar. De acordo com as entrevistas, a estrutura recentemente construída (durante e após a pandemia) parece ser reflexo das pressões sociais e dos impactos que a COVID-19 trouxe para a região, expondo as iniquidades e impondo investimentos que ao menos minimizassem as restrições de acesso aos moradores do local. Para ampliação da capacidade assistencial, foram instalados leitos improvisados em uma área escolar, onde se garantiam cuidados intensivos a indivíduos

que apresentavam sintomas mais graves. A complexidade desta questão e as estratégias desenvolvidas localmente foram destacadas pelos entrevistados:

Entrevistado 10: Tivemos o local de atendimento a pacientes graves, não digamos graves, pacientes com Covid hospitalizados. Tivemos um local que foi no colégio, abrimos o local para pacientes, ficamos em quarentena, tivemos o local com pacientes em quarentena, com os companheiros já capacitados para atender a esses pacientes, fechamos as fronteiras junto com a equipe de Peru, Brasil e Colômbia, participamos também das forças armadas junto com os três países, na primeira onda não tivemos nenhum morto.

Entrevistado 11: Havíamos organizado o Centro Covid aqui em Islândia [...] usamos aqui no colégio [...] alamos com a instituição educativa [...] governo regional de Loreto[...] Estratégia também implementada a nível nacional, em todo o país foi implementado os centros Covid, solicitando os colégios. [...] Abertura de salões para poder ingressar e colocar as camas. Usamos nossos concentradores de oxigênio, que não foram suficientes e começamos a ter balões de oxigênio para poder atender as pessoas. Neste momento em que as coisas ficaram críticas, muitos dos trabalhadores da saúde aqui estavam também mal-informados com essa enfermidade, o que foi um problema.

Entrevistado 09: Lutamos com um único médico, um único médico que tivemos que cuidar, porque também é um médico com uma doença diabética, que tivemos que cuidar bastante, para que não tivéssemos Covid, porque se não, perdíamos também, e graças a Deus que depois, na terceira onda, o médico se enfermou, mas, graças a Deus, já havíamos tomado vacina, e isso lhe conto uma experiência na primeira onda, nesse tempo estávamos loucos, chegamos a ficar em momento de baixa de oxigênio, com os pacientes, tínhamos dois pacientes, já, às vezes graves, com falta de oxigênio, e tínhamos dois balões de oxigênio pequenos, então, tínhamos que improvisar e lutar pela vida deles. As decisões eram difíceis, o médico, vemos uma de outra, dizia, se vai ou se queda. [...] Tem relação com essa dedicação também, dos profissionais de saúde, muitas vidas foram salvas por causa disso, da dedicação e da luta dos profissionais de saúde, para além do trabalho, não era o trabalho, era tentar cumprir uma missão.

Ao concentrar esforços no aumento do número de leitos de UTI, houve uma orientação mais voltada para a ampliação da capacidade de atendimento na fase avançada da doença, quando o usuário necessita de cuidados de média e alta complexidade. A abordagem adotada focou excessivamente nos hospitais, em detrimento da prevenção e interrupção da cadeia de transmissão. Os pacientes com COVID-19 foram direcionados principalmente aos hospitais, em vez de terem a possibilidade de receber atendimento nos estágios iniciais da doença em postos de saúde ou centros médicos (atendimento ambulatorial).

Ao não identificar os casos em tempo hábil, acompanhá-los, isolá-los e rastrear seus contatos, não foi possível conter a propagação da doença. A epidemia continuou se espalhando e sobrecarregando os serviços de saúde e hospitais. A infecção dentro dos lares desempenhou um papel crucial na cadeia de transmissão do vírus. Identificar os casos precocemente, acompanhá-los e isolar os infectados são ações que poderiam ter evitado a

necessidade de muitos leitos de UTI. No entanto, a falta de testes moleculares e rastreamento de contatos resultou em uma rápida disseminação da doença, sobrecarregando os sistemas de saúde.

Ao priorizar a hospitalização e a abertura de leitos, houve uma alta demanda por determinados suprimentos médicos específicos para essa fase de atendimento. Isso incluiu a escassez de oxigênio, o que impactou negativamente o combate à pandemia. Em diversos momentos da crise, foram observadas longas filas para adquirir oxigênio, levando muitos fornecedores a aumentar os preços dos insumos. Em junho de 2020, o governo declarou o oxigênio como um "produto de interesse nacional" e realizou compras no valor de cerca de US\$ 25 milhões para atender à demanda. A crise no fornecimento desse insumo contribuiu para o aumento da mortalidade, pois a oxigenoterapia era um ponto crucial nos protocolos de manejo clínico adotados.

Com o andamento da crise sanitária, houve esforços para ampliação das equipes, com a chegada de mais profissionais e equipamentos tentando minimizar os impactos da pandemia. A quarentena mantinha as populações em suas residências e a falta de estrutura e improviso na adaptação dos centros de atendimento levou os trabalhadores a adotar estratégias de visita domiciliar construindo redes de apoio na qual permitiam o atendimento dos usuários com acompanhamento em domicílio e monitoramento dos casos, inclusive atuando para além da zona urbana, chegando a algumas comunidades. Nas entrevistas os gestores locais refletem os aspectos relacionados à ampliação destas equipes:

Entrevistado 09: Sim, nos enviaram bastante equipes, mais profissionais, só não médicos, também, o pessoal médico também, inclusive um médico venezuelano, nos mandaram, conseguiram vir, tivemos casa por casa, tivemos um pessoal contratado para fazer esses monitoramentos, inclusive pelas comunidades também, tivemos uma equipe para fazer monitoramento das comunidades.

Entrevistado 10: Desde 2020, estão aumentando, o pessoal profissional, assim como profissional técnico, está aumentando[...] então houve um aumento da equipe, né? Pelo menos nessa vantagem. [...] O pessoal profissional e técnico, em um princípio, também, iam casa por casa. Por quê? Porque o mesmo centro de saúde também se infectou, por todos os casos que houve. Tivemos que fechar, porque já estava tudo contaminado, não podemos mais abrir e apertar para tanta quantidade de pacientes que houve. De essa maneira, o médico e todos tínhamos que sair casa por casa, buscando os casos positivos, e tínhamos que fazer o tratamento em casa, o tratamento ambulatorio, tratar os pacientes, e nos arriscamos a muitas coisas, a contagiar-nos, e, em certa forma, muitos de nós, ou a maioria, se pode dizer, nos contagiamos três, quatro vezes, mas temos seguido com o trabalho. Foi o ponto, talvez, o ponto mais importante, tanto analisando Benjamin, quanto analisando Islândia e outros locais que estão sendo feitos pesquisas, o profissional de saúde foi o grande responsável por salvar as pessoas, pela dedicação, se virava, inventava medicamento, inventava articulação, carregava paciente, tudo, né?

Entrevistado 11: Porque eu preferia que estivessem em suas casas, eu como gerente me dedicava a atender casa por casa, falava com os pacientes mais graves falava com os familiares que diziam, por favor não quero que caminhe nem ao banheiro.

Mesmo com o reforço das equipes e a criação do centro nas escolas havia ainda alguns pacientes que necessitavam de atendimento mais especializado e que a estrutura da cidade não conseguia garantir, assim a busca por atendimento em outros centros era a alternativa que se apresentava. O comum era a busca de atendimento na cidade vizinha de Benjamin Constant, que recebia muito frequentemente os atendimentos que exigiam maior nível de complexidade. Mas as barreiras sanitárias, como já relatado anteriormente dificultavam esse acesso, então o recurso mais seguro era busca do centro regional peruano que fica no distrito de Ramon Castilla na cidade de Caballococha. Este deslocamento é carregado de dificuldades logísticas, levando em consideração que o único meio de transporte é fluvial e esta viagem feita com um paciente grave é muito complexa, colocando em risco tanto o paciente quanto as equipes.

Os acordos informais que permitiam acesso ao sistema no município vizinho (no Brasil), com uma condição de atendimento mais seguro e com um deslocamento menor sofreram um queda após o início das medidas de restrição da circulação em ambos os países. Segundo relatos dos entrevistados, em alguns momentos, pacientes peruanos conseguiram acesso aos serviços de saúde no Brasil, sobretudo em casos que envolviam alto risco de deslocamento dos pacientes. A relação com o setor saúde do Brasil durante o processo da pandemia foi alterado e isso fica expresso nas entrevistas com os gestores locais:

Entrevistado 10: Naquele momento inicial era tudo difícil, com o tempo, eu acho que sim, fomos conseguindo algum apoio, no caso de Benjamin Constant, ainda tinha bastante apoio. Inclusive conseguimos com esforço levar alguns pacientes pra lá [...] E se apoiavam com os casos de emergência. Em si, Benjamin tentou nos ajudar[...]. Há alguns médicos peruanos no Brasil, eles estão há muitos anos por aqui e atuam no Brasil. A existência dos médicos peruanos no Brasil facilita um pouco.

Entrevistado 11: Foi encerrado tudo, não podíamos. Era bem complicado e tudo era para o Caballococha [...] Nossa capital é Iquitos (distante daqui) e se é determinado que encaminhemos pacientes para Iquitos, mas eles estavam pior que nós, sem poder receber pacientes. Então na primeira onda conseguíamos transferir para Caballococha, mas isso foi ficando cada vez mais difícil.

Um dos principais desafios enfrentados pelo Peru ao longo de décadas é o centralismo, que forçou muitos peruanos a abandonar as áreas rurais em busca de oportunidades de desenvolvimento nas grandes cidades litorâneas, especialmente na capital. No entanto, as medidas implementadas pelo governo em resposta à COVID-19¹, restringiam a entrada de

¹ Como as presentes no Resolução Ministerial 084/2020 de 07 de março de 2020; Resolução Ministerial 086/2020 de 07 de março de 2020; Decreto Supremo n° 008-2020-AS de 11 de março de 2020; no *Plan*

indivíduos no território peruano, assim como ditavam medidas urgentes e excepcionais destinadas a fortalecer o Sistema de Vigilância e Resposta Sanitária à COVID-19 no território nacional. Estas normativas e medidas deram origem a um fenômeno sem precedentes na história das migrações internas: milhares de peruanos deixando Lima em direção às suas regiões de origem, cidades e comunidades, apesar das restrições de mobilidade estabelecidas durante o estado de emergência.

Dessa forma, a imposição de um rigoroso período de quarentena, sem levar em consideração a complexidade social e cultural do país, revelou-se contraproducente para as camadas menos privilegiadas da população. Ficou claro que a implementação desse tipo de medida não poderia ser igual em um país caracterizado por sua diversidade em termos de população, território, economia, infraestrutura de saúde e outros aspectos. As diferenças entre as regiões são importantes e aparecem na incidência em regiões como as de Loreto. Nesse contexto, seria mais adequado adotar uma abordagem de quarentena flexível, adaptada às características específicas de cada região.

Muitos peruanos concordaram em restringir suas saídas de casa, mas as condições econômicas e a necessidade de frequentar locais movimentados, entre outras circunstâncias, impediram o alcance do objetivo mais crítico no combate ao novo coronavírus: a maximização do distanciamento social. As regiões mais pobres do país, como a de Islândia, nosso local de estudo, sofrem ainda mais com esta realidade, para além da pressão social para o cumprimento das medidas de controle sanitário. Esta questão apareceu nas entrevistas:

Entrevistado 10: Bom, com relação à Covid-19, no momento, aqui, ao menos nessa área da fronteira, temos tido que, bom, no momento, a fronteira foi fechada. Em um princípio, temos tido que fechar todo tipo de acesso para não poder evitar, ou para evitar, em todo caso, que entre a enfermidade em um momento, porque temos sido, acho que, os últimos em ter casos de Covid-19, em um princípio. Depois disso, temos tratado de fazer que os casos se propaguem a certa medida, de fazer que não tenhamos muitas mortes, porque, se bem sabemos, aqui em Islândia, só houve, se não me engano, um ou dois casos, nada mais, de mortos por essa enfermidade. [...] depois, até o último, temos tido todas as medidas de segurança para fazer que essa enfermidade não seja tão, como se pode dizer, tão drástica, se pode dizer, em certa medida, e fazer que haja muitos mortos nesse povo que é tão pequeno.

Entrevistado 09: Houve, sim medidas de restrição e quando houve essa restrição do passe, se cruzavam por aqui, por trás, se cruzavam por ali, e quando se fazia isso, às vezes havia problemas, porque as pessoas lutavam, porque não tem que passar, tem que passar, não, mas se supõe que há uma restrição por um motivo sério, por salvar vidas [...] O Exército, a Marinha, estavam aqui controlando, havia a polícia em cada

Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19 de 18 de março de 2020; e na Resolución Ministerial n° 204-2020-MINSA de 18 de abril de 2020, que apresentou o “Guía Técnica para el traslado excepcional de personas que se encuentren fuera de su residencia habitual a consecuencia de la aplicación de las disposiciones de inmovilización social”.

esquina [...] Acho que foi um bom trabalho, porque as pessoas não saíam a nenhum canto, a celebrar nenhum tipo de festa, nenhum tipo de aniversários. Então foi um pouco, talvez para algumas pessoas, meio claustrofóbico, estar fechado em lugar, era bem complicado. Só saíam para ir a comprar algumas coisas, para o sustento.

Entrevistado 11: Não porque não estava permitido, mas também porque eles tinham que velar por seus pacientes. [...] Sim, também. Dessa maneira, vêm também migrações e a Marinha de Guerra do Peru, chega a permanecer aí, de essa maneira ficam também eles aí, para o controle das pessoas, se fazia o controle de temperatura quando chegavam as pessoas de Iquitos, vinham em barco, em lancha, se fazia tudo isso.

A alta informalidade e a concentração de pessoas em áreas comerciais, especialmente nos mercados, foram identificadas pelas autoridades como os principais focos de propagação do vírus. Observou-se que os problemas estavam mais concentrados nas zonas de maior contágio, ou seja, nos mercados. A abordagem consistia em colaborar diretamente com os municípios para reverter essa situação, uma vez que muitas pessoas com renda mais elevada também se aglomeravam em supermercados para estocar e fazer compras nos dias e horários em que os mercados estariam fechados, como feriados. Em Islândia, a principal busca de alimentos era enfrentar as barreiras e buscar no lado brasileiro os gêneros necessários a manutenção das famílias isso em especial desafio pelas barreiras montada nos dois países.

As quarentenas, que começaram em março de 2020, tiveram um impacto significativo em toda a sociedade, especialmente nos mais desfavorecidos. Isso ocorreu devido ao aumento considerável de sua vulnerabilidade, uma vez que as medidas proibiram o trabalho e, conseqüentemente, a obtenção de renda. As decisões governamentais precisavam levar em consideração a extrema pobreza de muitas famílias que não tinham acesso a nenhum tipo de apoio. Em resultado disso, essas famílias foram forçadas a tomar medidas extremas para sobreviver.

Uma das razões que explicam a necessidade frequente de sair de casa é o fato de que apenas 21,9% das famílias pobres no Peru possuem uma geladeira, o que representa um pouco mais de uma em cada cinco famílias pobres, de acordo com a pesquisa mais recente sobre famílias no Peru, realizada em 2019. Essas famílias não têm a logística necessária para armazenar alimentos por longos períodos. Portanto, elas precisam sair com frequência para se abastecer, especialmente indo aos mercados. Além disso, muitas pessoas no Peru têm o hábito de consumir produtos frescos, o que também contribui para a frequente ida aos mercados. (INEI,2019).

Outro fator relevante é a presença de famílias numerosas, como indicado pela Pesquisa Nacional de Famílias de 2019. Nessa pesquisa, constatou-se que 11,8% das famílias pobres no Peru têm cinco ou mais membros, o que torna desafiador o distanciamento social dentro de

casa. Além dessas questões, a ineficácia na criação de um sistema eficiente de rastreamento de contatos de pessoas infectadas desempenhou um papel significativo na disseminação do vírus. A falta de adesão da sociedade às ações educativas sobre medidas de cuidado e distanciamento em locais como comércios, transportes e outras atividades do cotidiano também contribuiu para o problema. Embora a quarentena e suas medidas parecessem ser a melhor opção dadas as circunstâncias, o desafio residia no fato de que as condições de vida das populações já eram extremamente precárias (INEI, 2019).

O governo peruano alocou uma parcela estimada entre 9% a 12% do PIB para auxiliar as pessoas que perderam seus empregos ou trabalhavam de forma autônoma, bem como as empresas que enfrentaram dificuldades financeiras. Apesar de importante, esse auxílio não foi suficiente.

O anúncio do auxílio emergencial também resultou em aglomerações em bancos, uma vez que apenas 38,1% dos peruanos possuem contas bancárias, o que exigiu que a maioria sacasse o auxílio em dinheiro. O suporte social não alcançou a abrangência desejada. Isso é evidenciado pelo fato de que 46% dos peruanos da Classe D, 51% da Classe E, e 41% da Classe C ficaram sem renda ao longo de 2020. Portanto, as boas medidas sociais também podiam gerar problemas de saúde pública. Os planos iniciais do governo eram em grande parte baseados nas estratégias adotadas na Europa. No entanto, tornou-se evidente que era necessário conceber soluções distintas para atender às necessidades específicas do país, como é possível observar nos relatos a seguir:

Entrevistado 09: Houve os famosos bônus por parte do governo do Peru. Bônus de família, deram dinheiro mas não para todos. Somente algumas pessoas foram beneficiadas, mas a grande maioria.[...] Porque não vê que as pessoas não trabalhavam, Muitos trabalhos pararam.

Entrevistado 10: Houve distribuição de cesta básica por parte do município, ajudou em algo, também o governo federal começou a apoiar economicamente, soltando os Bônus, não com a quantidade necessária, mas sim ajudava bastante economicamente, então isso fazia que eles pudessem comprar algumas coisas [...] houve um impacto positivo no nosso trabalho, porque manter as pessoas fechadas em casa, e sem alimentos, era impossível. O bônus do Peru é ao que se recorre.

Foi nesse contexto que surgiu a questão dos migrantes. A primeira onda de "caminhantes", como eram chamados esses migrantes internos, foi noticiada pela imprensa em 13 de abril, quase um mês após o início da quarentena. Dezenas de famílias se reuniram e iniciaram uma jornada de retorno às suas casas nas províncias. Inicialmente, isso foi visto como um desafio à autoridade, uma vez que, durante o estado de emergência, havia sido declarada a proibição de locomoção em todo o território nacional. Os governos regionais

precisariam estar preparados para receber esse fluxo de pessoas que retornavam às suas regiões de origem e garantir que eles fossem submetidos a quarentena assim que chegassem ao destino (FRANCO-MELÉNDEZ, 2020).

Os grupos de “caminhantes” que buscavam o interior do país por diversas vias, inclusive buscavam voo humanitário para regressar a região de Loreto e Amazônia, a busca era o retorno às suas cidades de origem. Diante desse cenário, o governo editou o Decreto Emergencial nº 043-2020, que autorizou os governos regionais a utilizar até 20 milhões de soles de seus orçamentos para cobrir os custos de acomodação temporária e alimentação dessas pessoas. Além disso, foi exigido que elas cumprissem um período de quarentena de pelo menos 14 dias, visando evitar receio e rejeição por parte da população local. Por fim, como uma segunda medida para evitar migrações adicionais, essas pessoas foram registradas para receber o bônus universal de 760 soles, que teoricamente lhes permitiria sobreviver durante o período de confinamento, cobrindo despesas com aluguel e alimentação. No entanto, é importante destacar que, apesar da situação da pandemia, a principal motivação para essa fuga não foi o vírus em si, mas sim a fome.

Agora, quem são esses migrantes internos, comumente chamados de "caminhantes"? Essas migrações internas têm sido um fenômeno social presente no Peru por séculos, embora tenham se tornado mais significativas a partir da década de 1950, em consonância com os processos de urbanização e modernização das cidades costeiras. Posteriormente, esses movimentos migratórios se estenderam para outras cidades serranas e, mais recentemente, para a região amazônica. Essa dinâmica migratória é caracterizada pelo deslocamento de pessoas de uma região para outra dentro do país, envolvendo uma mudança permanente de local de residência. Esses movimentos têm como principal motivação a busca por melhores condições de vida e oportunidades econômicas. A maioria dessas pessoas trabalha no mercado informal, sendo classificada, em muitos casos, como migrantes de primeira geração ou temporários. Elas costumam se deslocar para o litoral entre dezembro e abril, que corresponde à estação chuvosa nas áreas montanhosas, para trabalhar sazonalmente (INEI, 2019).

Esses movimentos migratórios não tiveram a atenção adequada das autoridades, não estavam plenamente cientes ou compreendiam a realidade desses migrantes internos. Portanto, a imposição abrupta de uma quarentena rigorosa os surpreendeu, sem a oportunidade de planejar seu retorno. Com poucos recursos e apoio limitado, suas chances de sobreviver à quarentena e evitar a infecção pelo vírus eram extremamente baixas. Nesse contexto, a única opção viável era retornar às suas cidades de origem, onde poderiam contar com o apoio de familiares e amigos durante esse período tão desafiador. Diante dessa

situação, se a quarentena era considerada necessária para conter a propagação do vírus, o governo deveria ter priorizado o fornecimento de assistência econômica às populações mais vulneráveis desde o início, especialmente quando ficou claro que essas pessoas eram as menos capazes de cumprir o isolamento. A falta de conhecimento ou compreensão plena dessa realidade expôs a população a uma maior vulnerabilidade, não apenas em termos de pobreza, mas também em relação ao risco de contágio (INEI, 2019; Franco-Meléndez, 2020; Ramos, 2021).

O vírus estava em toda parte, mas a verdadeira razão por trás dessa migração eram a falta de garantia de condições de cumprimento das medidas sanitárias, nesse sentido, é crucial que o Estado agilize a distribuição do bônus universal, garantindo assim o sustento dessas famílias. Caso contrário, poderemos testemunhar um aumento nas migrações, o que acarreta riscos significativos para a saúde pública e pode até resultar em surtos sociais. Além disso, era fundamental assegurar que o retorno dessas pessoas seja abordado de maneira multissetorial, envolvendo governos regionais, as forças armadas e organizações humanitárias em um esforço conjunto para garantir sua chegada segura ao destino, sem representar um aumento no contágio. Os gestores locais apresentaram em suas entrevistas os impactos destes fatores na região:

Entrevistado 09: Em um momento parou de vir pessoas de Iquitos, e daqui para Iquitos. No princípio, não se permitia, só chegava carga, nada mais, pessoas não. Porque se dizia que eles iam vir trazendo, supostamente, a enfermidade. [...] Então, depois disso, já chegou a primeira, supostamente, a primeira infecção que havia vindo e que havia chegado aqui, e daí começou a contaminação, a infecção e começou a vir o primeiro caso e começou a infectar todo mundo. Mas isso foi quase já o final, como eu digo, nós começamos a infectar quase o final, depois que todo Iquitos havia sido infectado, depois que todo Benjamin também. Então, esse bloqueio foi importante, talvez, para que vocês pudessem conseguir transferir os pacientes, já que Iquitos já tinha diminuído um pouco [...]. Nós, aqui, fizemos uma estratégia como para não diminuir os contágios[...]. Fechar mesmo, não permitir que as lanchas ingressem com pessoas, somente com alimentos, que não entrem de outros lugares, cuidar-nos que de aqui ninguém vá para lá, ninguém vá para cá, cuidar-nos entre nós. Bastou por aí alguém que se escapou, pum, vinha o contágio e se armou tudo.

Entrevistado 10: Houve, sim medidas de restrição e quando houve essa restrição do passe, se cruzavam por aqui, por trás, se cruzavam por ali, e quando se fazia isso, às vezes havia problemas, porque as pessoas lutavam, porque não tem que passar, tem que passar, não, mas se supõe que há uma restrição por um motivo sério, por salvar vidas.

Entrevistado 11: Não porque não estava permitido, mas também porque eles tinham que velar por seus pacientes. [...] Sim, também. De essa maneira, vêm também migrações e a Marina de Guerra do Peru, chega a permanecer aí, de essa maneira se quedam também eles aí, para o controle de as pessoas, se fazia o controle de temperatura quando chegavam as pessoas de Iquitos, vinham em barco, em lancha, se fazia tudo isso. [...] Mas às vezes Benjamin, que às vezes prover de alguns

alimentos tinha que ir e te encontrava fechado. Porque não deixavam passar. A vez que eles querem vir, não podiam, era complicado, isso foi bem drástica na primeira onda. Já para a segunda onda, foi um pouco mais tranquilo, mas seguiam assim, o Exército estava aqui, e estávamos em constantes reuniões para não ser muito golpeados.

O Peru enfrentou diversos desafios na aquisição de vacinas para a COVID-19 devido às suas condições econômicas e sociais. Sua dependência de nações mais desenvolvidas, causada em parte pela desindustrialização precoce, tornou-o vulnerável na disputa por recursos médicos nos mercados globais. Os países com recursos tecnológicos e financeiros robustos garantiram rapidamente o suprimento global de vacinas para proteger seus próprios cidadãos. Como resultado, os países periféricos, como o Peru, tiveram que se voltar para organizações internacionais em busca de assistência na obtenção de vacinas, mas essa abordagem teve limitações em sua eficácia. Isso ressalta uma desconexão entre a ideia de Saúde Global e as complexas condições geopolíticas e a divisão internacional do trabalho na atualidade. A Resolução Ministerial n° 210-2020-MINSA autorizava a transferência financeira de 25 milhões de soles para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) para aquisição adicional de 500.000 doses da vacina pneumocócica conjugada 13-valente, no âmbito do Decreto Supremo n° 010-2020-SA, que aprovou o Plano de Ação e a lista de bens e serviços para enfrentar a Emergência Sanitária. Assim a busca dos órgãos internacionais para conseguir um quantitativo mínimo de doses para iniciar a vacinação dos seus cidadãos.

Ainda era um início de uma caminhada em busca de proteção imunológica do país e que enfrentaria as barreiras inerentes ao sistema político e econômico vigente. Em 03 de setembro de 2020, a Resolução Ministerial n° 686-2020-MINSA tentou construir instrumentos para busca de alternativas às dificuldades de aquisição de vacinas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) buscou mapear e apresentar as desigualdades na distribuição das vacinas no mundo. A estratégia da OMS para mitigar essas iniquidades foi participar da iniciativa em conjunto com a Aliança Global de Vacinas (GAVI) para garantir o acesso à vacina a países em desenvolvimento². O objetivo final era entregar 2 bilhões de doses para todo o mundo, 80% delas para esses países com maiores dificuldades financeiras. No Peru, um Convênio de Compromisso de compra de vacinas para a COVID-19 com a *Gavi*

² Em março de 2021, após mais de um ano de crise sanitária, o Diretor-Geral da OMS, Adhanom, enfatizou em uma coletiva de imprensa que a distribuição de vacinas ainda estava extremamente desigual no mundo. Ele observou que, das mais de 700 milhões de doses administradas globalmente até aquele momento, 87% foram aplicadas em países de alta renda, enquanto apenas 0,2% chegaram aos países de menor renda. Essa disparidade foi descrita pelo principal representante da OMS como um desequilíbrio chocante. Enquanto nos países de alta renda, uma em cada quatro pessoas, em média, já havia recebido a vacina, nos países de baixa renda, apenas uma em cada 500 pessoas tinha sido imunizada.

Alliance foi firmado em 16 de outubro de 2020. Logo depois foi aprovada a Resolução Ministerial n° 848-2020-MINSA, em 20 de outubro de 2020, que criou o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19.

A desinformação é reconhecida como uma das ameaças mais graves à saúde pública, tornando-se ainda mais prejudicial quando semeia dúvidas em relação às vacinas contra a COVID-19. Cada indivíduo em um grupo vulnerável que hesita em receber a vacina corre o risco de contribuir para as trágicas estatísticas, aumentando o número de óbitos diários relacionados à COVID-19 (OPAS, 2021). Isso se reflete nos níveis de imunização da população peruana em geral, com impacto significativo em regiões remotas e de difícil acesso, como é o caso do nosso local de estudo. Além disso, a disseminação de desinformação e as campanhas midiáticas contrárias à vacinação, incluindo elementos de crenças religiosas profundamente arraigadas na região estudada, desempenham um papel crucial na formação desses índices. Sobre essas questões, os entrevistados apresentaram as dificuldades enfrentadas sobre a vacinação e suas estratégias, seguindo os relatos abaixo:

Entrevistado 09: No Brasil, se avançou rapidamente com a vacina. Eles já estavam com sua segunda dose, e nós não contamos nem com a primeira dose. [...] A estratégia de nós é a nossa atividade como sempre a fazemos, primeiro nos colocamos no colégio, em lugares como as instituições com mais pessoas. E depois já começamos a fazer a atividade casa por casa, sector por sector, bairro por bairro[...] E era assim estritamente, porque começamos um grupo, tinha um vacinado e um registrador, essa é a atividade mais certa. Mas sempre há oposição, há pessoas que não querem vacinar-se, que estão colocando o chip, que estão colocando o 5G e não querem vacinar de nenhuma maneira, são os Israelitas[...] Mas sim, quando já estão mal, querem a ajuda do centro de saúde, quando já estão graves, quando veem que aqui e já não conseguimos cuidar, se vão para o Brasil, e o Brasil não pode deixar de atender, aí é o problema.

Entrevistado 10: A princípio, os peruanos se vacinavam no Peru, os brasileiros no Brasil, mas há alguns peruanos que têm dupla nacionalidade, então, se eles se vacinavam com documentos brasileiros, novamente eles se vacinavam no Peru. Por quê? Porque alguns viajavam para para outras cidades no Peru então, eles pediam a caderneta[...] então, eles não aceitavam a caderneta brasileira, então, havia uma dupla vacinação. Então, depois já houve um documento, que se podia fazer, que tinha a vacina brasileira e se podia entrar no sistema e regularizar essa vacinação [...] foi a OPAS e a Fiocruz tiveram uma vacinação prioritária para a população que é volante, que fica para cá e para lá, e foram vacinados com a vacina Janssen. Então, a vacinação brasileira foi regularizada [...] Mas os Israelitas e o povo da Cruz não se deixam vacinar [...] É sua mentalidade, a vacina COVID é do 666, que eles estão aplicando o 666, a marca da besta.

Entrevistado 11: Em termos da Covid, da vacina da Covid as coberturas vacinais foram bem atingidas, porém tem alguma uma coisa que prejudicou no começo a atingir um número maior que se essa questão de vacinarem lá no Brasil, aqueles que têm dupla nacionalidade, pode estar levando a uma baixa cobertura [...] Com esse tema, até o momento seguimos tendo problemas é nas comunidades da religião Israelita, porque eles não te aceitam. Nem em adultos, nem em filhos, no sentido deles, com o tema das vacinas, em qualquer vacina, pior do Covid. É muito

complicado com eles, porque eles têm uma ideologia muito diferente de qualquer outra religião. Eles são pessoas muito diferentes, muito complicadas, muito difíceis de chegar com o tema da vacina.

As relações de fronteira resultaram em uma profunda dependência do sistema de saúde brasileiro para a Islândia, limitando e desencorajando a busca por melhorias na infraestrutura e na disponibilidade de profissionais de saúde para atender à população. No entanto, recentes melhorias na infraestrutura mostram que é viável fornecer atendimento adequado à população, mesmo diante dos desafios logísticos e das limitações decorrentes da distância dos centros de decisão. Além disso, estar em uma região de fronteira oferece oportunidades significativas, especialmente para profissionais islandeses, graças à flexibilidade da fronteira e a programas de contratação de estrangeiros do Brasil, permitindo a atração de recursos humanos essenciais para garantir o acesso mínimo aos serviços de saúde na área fronteira. Com a colaboração de profissionais que anteriormente trabalhavam no território brasileiro, foi possível garantir atendimento hospitalar em Benjamin Constant, mesmo diante das restrições, para pacientes com sintomas graves.

A pandemia de COVID-19 resultou na melhoria das estruturas do sistema de saúde peruano, incluindo a montagem de um hospital e a garantia de instalações para atendimento básico em condições dignas. No entanto, é fundamental abordar as implicações dos custos associados à manutenção de estruturas, profissionais e serviços redundantes em uma região de fronteira. Nessa área, os estados nacionais poderiam compartilhar responsabilidades, visando assegurar o acesso a serviços de qualidade, independentemente da nacionalidade, uma vez que o conceito de fronteira nessa região é fluido e altamente flexível.

5 DISCUSSÃO

Essa dissertação buscou responder às seguintes perguntas: Quais foram as ações desenvolvidas pelo sistema de saúde frente à COVID-19 nos municípios de Benjamin Constant (Brasil) e Islândia (Peru)? Quais os principais desafios da gestão da COVID-19 em municípios de fronteira?

Foi possível identificar que as discrepâncias na configuração, como o tipo de sistema, a cobertura e o acesso, podem ser uma das principais razões pelas quais os peruanos buscam o sistema de saúde em Benjamin Constant. As características do Sistema Único de Saúde (SUS), em relação à universalidade, integralidade e equidade, representam uma oportunidade de acesso, uma vez que os princípios fundamentais do nosso sistema de saúde garantem essa possibilidade a todos que se encontram em território brasileiro. Em contraste, o sistema de saúde no Peru é segmentado, e a cobertura depende de várias formas de asseguramento, o que limita o acesso em lugares como Islândia, um município de pequeno porte e mais afastado dos grandes centros urbanos no Peru, em termos de disponibilidade de atendimento e continuidade do cuidado. Como relatado anteriormente por Levino & Carvalho (2011), a busca pelos serviços de saúde no Brasil é constante, e as populações de fronteira encontram caminhos para garantir seu atendimento nessas regiões.

O Peru tem buscado promover a equidade na saúde e a busca recursos de alta qualidade, por meio da Política Nacional Multissetorial de Saúde para 2030. Essa política é baseada na harmonização dos cinco pilares da "Política Geral para 2021", nas diretrizes do Acesso Universal à Saúde e à Segurança Social e no compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU (Ramos, 2021). Apesar dos grandes esforços de ampliação das políticas de saúde pública do Estado peruano, a situação do sistema de saúde em Islândia é precária. O município de Islândia sofre por restrições na sua capacidade de atendimento considerando que, predominantemente, a rede de saúde se resume ao Sistema de Saúde Integrado (SIS), com serviços restritos às funcionalidades do sistema básico, associados a uma Instituição Prestadora de Serviços de Saúde (IPRES). A extensão dessa cobertura está condicionada a afiliação ao seguro social, o que pode resultar na restrição do acesso à parte da população. Além disso, resume-se aos serviços básicos de municípios de pequeno porte, o que na ausência de uma regionalização adequada, também pode resultar em barreira de acesso, especialmente devido às complexidades logísticas da região amazônica.

Neste contexto, é possível notar que as questões relacionadas ao parto e ao puerpério são particularmente as mais buscadas pelos peruanos no sistema de saúde brasileiro. Essa

demanda está associada à presença de estruturas de melhor qualidade no lado brasileiro, bem como à necessidade de regularizar documentos para acessar políticas sociais compensatórias, que são mais robustas no Estado brasileiro. A regularização e a obtenção da dupla nacionalidade representam meios pelos quais as comunidades neste território superam as barreiras impostas pela criação das fronteiras nacionais, barreiras que muitas vezes não são consideradas relevantes por essas populações. Muitas famílias mantêm laços em ambos os países e, mesmo sem obter a documentação necessária, essas famílias continuam a circular pelo território, o que, por sua vez, expõe os brasileiros a incertezas no que diz respeito ao atendimento de saúde quando estão em território peruano, devido às particularidades do sistema de saúde desse país.

No Brasil, uma estratégia para garantir a continuidade e integração do cuidado foi o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Portaria MS/GM nº 940, datada de 28/04/2011). Esse sistema centralizado é responsável por manter um repositório abrangente de informações a nível nacional, permitindo a identificação precisa dos indivíduos que fazem uso dos serviços de saúde. A principal finalidade do cadastro é viabilizar a emissão do Cartão Nacional de Saúde, tanto para os beneficiários dos serviços de saúde quanto para os profissionais da área. Além disso, ele possibilita a vinculação de cada usuário aos seus locais de residência. Contudo, os critérios para a obtenção do Cartão Nacional de Saúde, também conhecido como Cartão SUS, têm causado dificuldades no acesso aos serviços de saúde para estrangeiros, mesmo que seja em cidades fronteiriças. Isso se deve à exigência de domicílio em território nacional, o que resulta em falta de assistência e leva estrangeiros que necessitam de atendimento a buscar meios muitas vezes ilegais para acessar o sistema de saúde brasileiro, como destacado por Branco (2009).

No caso de atendimento a estrangeiros que não são residentes ou não possuem documentos brasileiros, na atenção primária, o sistema de saúde registra esses atendimentos por meio de planilhas com registros mensais. Em alguns casos, esses dados são inseridos nos sistemas nacionais de informação, mas não são registrados como atendimento a famílias específicas. São considerados pacientes flutuantes, pois em determinados momentos estão em localidades pertencentes ao território brasileiro e, em outros momentos, estão em território peruano. No entanto, ao retornarem, esses atendimentos são revisados, e seu histórico é recuperado. Essa movimentação de populações entre os dois países apresenta diversos desafios, especialmente para a atenção primária, que precisa se esforçar para acompanhar essas populações. Esse processo migratório também reflete uma característica cultural marcante, resultante do histórico pré-colonial de integração dos povos que habitam essa

região. Como destacado por Zárate (2008) e Londoño Niño (2013), esses fatores acrescentam uma complexidade significativa à configuração dessa fronteira, resultando em um profundo senso de pertencimento das populações locais, juntamente com laços familiares e mobilidade populacional estreitamente interligados. Essas relações históricas moldam uma visão que leva à reflexão sobre conceitos de espaço e território.

Institucionalmente, não existe restrição formal que impeça ou dificulte o acesso aos serviços públicos de saúde, porém, a esfera legal e administrativa não se faz suficiente no alcance da equidade. É crucial promover discussões e adotar medidas para garantir o planejamento e o financiamento de serviços em áreas de fronteira, a fim de assegurar o direito e o acesso à saúde como um bem compartilhado. É imperativo que haja financiamento federal para evitar que os municípios enfrentem sobrecarga do ponto de vista orçamentário. Além disso, é fundamental impulsionar ações e parcerias multilaterais com foco nessa direção. Para Branco (2009), os municípios fronteiriços se deparam com os desafios de natureza administrativa e financeira. Os recursos alocados para apoiar as iniciativas de Atenção Básica são determinados pelo Ministério da Saúde com base em uma métrica *per capita* nacional, o que significa que os municípios fronteiriços não recebem financiamento para atender à população estrangeira nem aos brasileiros que vivem do lado estrangeiro da fronteira.

A Constituição de 1988 estabelece no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Segundo Branco (2009), o acesso dos estrangeiros que residem em áreas contíguas ao território nacional, é facilitado em legislação específica, que garante aos cidadãos naturais de países vizinhos que vivem em cidades adjacentes ao território nacional poder ingressar nos municípios fronteiriços ao seu país apenas com um documento de identidade, podendo exercer atividades remuneradas ou frequentar estabelecimentos de ensino nos mesmos. Entretanto, a legislação focou-se no estrangeiro como trabalhador, mas não abordou a questão da manutenção de sua saúde.

Existem diversos acordos entre o Brasil e o Peru que visam à integração comercial, econômica e social entre os dois países. É importante destacar que também existem acordos e parcerias na área da saúde para atender usuários estrangeiros, bem como comitês de saúde nas regiões de fronteira. No entanto, os gestores locais, apesar de sua experiência na região, demonstraram desconhecimento sobre esses acordos e sua operacionalização. Em contrapartida, mencionaram a existência de acordos informais que surgem em torno de questões específicas ou em situações de emergência sanitária, quando há uma colaboração

conjunta. A cooperação internacional incipiente, e o período pós-pandemia destaca ainda mais a importância do compartilhamento de informações e recursos para fortalecer um sistema de fronteira mais robusto e eficaz. Para Andrade e Granziera (2021), o instrumento utilizado nesses acordos informais é o da paradiplomacia, esta diz respeito às interações estabelecidas por governos subnacionais que estão em estreita proximidade geográfica, ou seja, por governos localizados em lados opostos de uma mesma fronteira. Devido à sua proximidade geográfica e à presença de desafios compartilhados, esses governos buscam cooperar para resolver problemas e criar oportunidades de desenvolvimento.

É importante salientar que as relações internacionais passaram por um longo processo de evolução, fundamentadas na ideia de territorialidade, na qual os Estados exercem soberania sobre seus territórios. No entanto, essa estrutura tradicional tem passado por mudanças no contexto da globalização, à medida que novos espaços surgem e são ocupados por atores emergentes que operam por meio da paradiplomacia (Odonne, 2020). A paradiplomacia democratiza a política externa, considerando necessidades e interesses em diferentes níveis subnacionais. As políticas de paradiplomacia transfronteiriça desempenham um papel crucial na abordagem das dinâmicas territoriais, na redução de desequilíbrios regionais e na promoção da coesão social, gerando capital humano em áreas de integração frequentemente negligenciadas. E a evolução para uma condição de cooperação nas regiões de fronteira na região amazônica, se dá especialmente devido à extensa faixa de fronteira e ao isolamento do restante do país.

Nesse contexto, a limitada autonomia dos governos locais gera desafios na coordenação de medidas para melhorar a saúde das populações nas regiões fronteiriças. Apesar da Constituição Federal Brasileira definir que todos os entes federados tem autonomia administrativa, isso não confere a eles a capacidade de estabelecer iniciativas independentes em colaboração com organismos internacionais, uma vez que permanecem dependentes das diretrizes estabelecidas pelo governo federal. Essa dependência resulta do modelo vertical de implementação de políticas sociais, incluindo aquelas relacionadas à saúde, adotado pelo governo brasileiro. Isso ocorre porque mecanismos institucionais, como a concentração de recursos tributários na União, limitam a autonomia das autoridades locais na tomada de decisões (Santos et al, 2020).

O estado do Amazonas e o Departamento de Loreto no período analisado, tiveram confirmações de casos em momentos semelhantes (Amazonas na SE 11; e Loreto na SE 12). As ondas de disseminação também ocorreram em três momentos semelhantes. Esses territórios se assemelham por ter a maior população concentrada nas suas duas capitais

amazônicas, Iquitos no Peru e Manaus no Brasil. Segundo He et al. (2023), estas cidades enfrentaram explosões epidêmicas de COVID-19 e, possivelmente, tiveram as taxas mais altas de infecção e mortalidade do mundo em 2020, o primeiro ano da pandemia. Pode-se recordar que a partir de março de 2020, a população de Manaus, despreparada para enfrentar uma doença infecciosa, vivenciou uma propagação explosiva da mesma, resultando em um grande número de residentes gravemente enfermos a cada dia, acompanhado por uma alta taxa de mortalidade, ao longo de 2 a 3 meses. O elevado número de casos levou à disfuncionalidade dos sistemas de saúde locais e hospitais, e a quantidade de óbitos se tornou tão elevada que a única solução prática foi a criação de sepulturas coletivas. Essa situação extrema colocou Manaus no centro das atenções e preocupações a nível global (He et al., 2023).

O estado do Amazonas, em virtude de sua vasta extensão territorial e da marcante diversidade social, étnica e econômica presente em suas diversas regiões, encara desafios singulares ao enfrentar a pandemia de COVID-19 e outras enfermidades. Essa diversidade resulta em particularidades regionais que exigem abordagens específicas para lidar com questões de saúde. De maneira semelhante, o departamento de Loreto compartilha essas características com o estado do Amazonas e, portanto, experimentou impactos muito parecidos no que diz respeito à propagação do vírus Sars-CoV-2 (He et al., 2023).

Tanto Benjamin Constant quanto Islândia foram bastante impactadas pela disseminação do da COVID-19, entretanto durante a primeira onda existiu uma diferença entre o pico de disseminação em relação a seus respectivos estado e departamento, já nas ondas posteriores acompanharam o ritmo e a temporalidade dos outros municípios das suas regiões. A chegada do vírus à região foi através dos grandes fluxos dos rios amazônicos que carregam mercadorias e pessoas, e no caso desta enfermidade traziam o vírus a se instalar nas duas cidades.

Em Benjamin Constant, foi possível observar um momento de elevação nos casos durante as semanas epidemiológicas de 27 a 32 de 2021, enquanto o estado do Amazonas estava em um momento de recrudescência dos casos, o que pode estar ligado à circulação do vírus na cidade vizinha, pois Islândia apresentou uma onda de disseminação entre as semanas 27 e 37 de 2021. Este momento coincide com os rumores de surtos, que levaram a uma ação de vacinação na fronteira com apoio da OPAS e FIOCRUZ. Essa onda adicional não produziu uma onda de óbitos correspondente e inspira estudos sobre a circulação de novas variantes de preocupação que adentraram ao território brasileiro advindas da circulação de pessoas entre os dois países (He et al., 2023).

A importante circulação da variante Gamma P.1 nesses territórios, segundo HE et al. (2023), expressa-se em cerca de 72% da população infectada até julho de 2020 na cidade de Iquitos e quase 100% da população infectada durante o pico da segunda onda causada pela variante P.1 em março de 2021 no Brasil. A partir desse ponto, a dependência na evasão imunológica e reinfeção se tornou praticamente total para gerar novos casos. Os resultados apontam que, se aproximadamente 70% da população de Iquitos foi infectada na primeira onda, os 30% restantes foram afetados na segunda onda. Assim, mais de 95% dos hospitalizados na segunda onda eram novos casos ou pessoas sem infecções prévias. Em agosto de 2021, ao final da segunda onda, o modelo estima que 100% da população estava infectada, e 7,7% dessas infecções eram reinfeções. Esses dados foram confirmado por um estudo de soroprevalência realizado por Álvarez-Antonio et al. (2020), em uma grande pesquisa de população randomizada (726 residentes amostrados de 90.354 domicílios).

De acordo com Buss et al. (2021), com base em modelos matemáticos, foi afirmado que após a primeira onda, Manaus tinha aproximadamente 76% da população infectada. No entanto, essa afirmação foi contradita por dois estudos sorológicos independentes que observaram a soroconversão e utilizaram dados da população em geral (Lalwani et al., 2021a; Hallal et al., 2020). O melhor modelo de ajuste para os dados de Manaus indicou uma taxa de ataque da primeira onda que foi alta, mas ainda modesta, com cerca de 40% (He et al., 2021). Isto aliado a uma população de mais de 2 milhões de habitantes permitiu a Manaus ter uma grande massa de susceptíveis na segunda onda o que trouxe consequências desastrosas ao sistema de saúde e sua capacidade que, mesmo ampliada devido as pressões da primeira onda, ainda assim se mostraram insuficientes a lidar com as demandas crescentes da segunda onda de infecções (Lalwani et al., 2021b).

Além disso, notou-se semelhança nas taxas de incidência e mortalidade entre cidades de portes populacionais diferentes, mas que têm em comum o fato de estarem incrustadas na floresta, com poucas (ou nenhuma, no caso de Iquitos) ligações terrestre com o restante do seu território nacional. Iquitos tem a maioria da população residente em uma pequena faixa de cerca de 30 km², com uma densidade populacional de 1.100 hab/km². Nesse sentido, contrasta com os 181 hab/km² em Manaus, que é altamente heterogênea e espalhada (IBGE, 2019; INEI, 2019).

Comparando as duas cidades e os dois respectivos estados, houve diferenças de magnitude entre as ondas de disseminação. Em Iquitos e no departamento de Loreto, a segunda onda teve uma menor proporção, com a incidência inferior a primeira onda, já em

Benjamin Constant e no Amazonas, as incidências na segunda onda foram maiores do que na primeira.

Isso corrobora o que foi apresentado por He et al. (2023), que apresentou a ideia de que, apesar da grande taxa de infecção em Iquitos e do aumento das mortes durante a primeira onda, o município não conseguiu evitar uma segunda onda menor no início de 2021. Já Manaus apresentou uma segunda onda mais vigorosa, que coincidiu com o surgimento de novas variantes de preocupação, incluindo a variante Lambda, que estava prevalente em outras partes do Peru, ainda que tenha sido a variante Gamma P.1 a dominante durante 2021 tanto em Iquitos quanto em Manaus. Claramente, a ideia da imunidade de rebanho não havia sido alcançada, e mesmo em Iquitos, que talvez estivesse próxima a tão propalada imunidade de rebanho, uma segunda onda de tamanho razoável ocorreu.

Em relação ao perfil dos casos confirmados de COVID-19, observou-se que, em ambas as cidades, o sexo feminino foi o grupo mais afetado (Benjamin Constant=55,53%; Islândia: n=55,35%), assim como a faixa etária de 30 a 59 anos (Benjamin Constant=54,52%; Islândia: n=41,35%). Esses resultados estão em consonância com um estudo realizado por Shen et al. (2020) em Xangai, China, que, durante janeiro e fevereiro de 2020, constatou que 47,4% dos pacientes admitidos tinham uma idade média de 51 anos. Em relação ao recorte de gênero, os achados corroboram com uma pesquisa no Maranhão, mas diferem dos resultados de uma revisão sistemática e meta-análise de estudos na China, na qual 60% dos infectados eram do sexo masculino (Almeida et al., 2020; Mendonça et al., 2020; Khalili et al., 2020). Acredita-se que essa disparidade possa ser atribuída ao fato de as mulheres buscarem mais frequentemente os serviços de saúde do que os homens. Além disso, é importante destacar que as mulheres geralmente apresentam uma resposta imunológica inata e humoral mais robusta do que os homens, o que as torna menos suscetíveis a muitas infecções bacterianas, fúngicas, parasitárias e virais, embora também sejam mais propensas ao desenvolvimento de doenças autoimunes ou cânceres (Schurz et al., 2019).

Em relação aos óbitos por COVID-19, o estado do Amazonas, no período analisado, apresentou 14.398 óbitos por COVID-19, já o departamento de Loreto, apresentou 3.656 óbitos. Os coeficientes de mortalidade por 1000 habitantes revelam três picos importantes entre a SE 16 e 30 em 2020, entre a SE 53 de 2020 e 19 de 2021, e outro pico de menor magnitude entre a SE 02 e 09 de 2022. Já no departamento de Loreto, os coeficientes de mortalidade mostram dois picos importantes entre a SE 19 e 26 em 2020, e entre a SE 05 e 13 de 2021.

Em Benjamin Constant, no período analisado, foram no total 110 óbitos, com picos de mortalidade que acompanham a curva estadual, entretanto na primeira e terceira onda é possível observar índices mais elevados que os do estado. Na vizinha Islândia, foram no total 15 óbitos. Quando tenta-se achar um perfil dos óbitos o mais comum se encontra à faixa etária de 60 anos de idade para os dois municípios (Benjamin Constant=61,39%; Islândia: n=66,67%), a segunda faixa mais atingida mais atingida é a de 30 a 59 anos (Benjamin Constant= 33,66% Islândia: n =20,00%). Em se falando de letalidade, as faixas mais atingidas são acima de 60 anos (Benjamin Constant=9,76%; Islândia: n=14,71%). A diferença aparece quando se observa a segunda faixa etária com maior letalidade: enquanto em Islândia destaca-se a faixa etária de 0 a 11 anos (n=1,24%), no município brasileiro aparece nesse segundo nível de importância a faixa etária de 30 a 59 anos (n=1,51%).

Pensando na mortalidade por gênero, o sexo masculino é o mais acometido proporcionalmente (Benjamin Constant=66,66%; Islândia: n=80,00%) e a letalidade segue o mesmo padrão com letalidade masculina mais proeminente (Benjamin Constant=3,69%; Islândia: n=3,55%). Esses achados em relação aos óbitos corroboram com os resultados de um estudo da região norte do Brasil (Mendonça et al., 2020). Isso também pode ser explicado pela baixa procura do público masculino pelos serviços de saúde, bem como por um viés biológico, visto que um estudo demonstrou que o cromossomo X contém uma maior densidade de genes relacionados à imunidade. Além disso, o estrogênio, que é um hormônio sexual feminino, atua como um ativador imunológico, contribuindo para uma resposta imunológica vigorosa (Schurz et al., 2019).

A COVID-19 foi um enorme desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo, em especial, por se tratar de um evento de grandes proporções e que não existiam muitas informações de quais medidas eram necessárias para mitigar seus impactos. A literatura tem apontado que lidar com este agravo foi extremamente complexo, ainda mais para países, regiões e populações mais vulnerabilizadas, que mais sofreram com a ausência de insumos e vacinas, falta de profissionais e insuficiência de leitos, sobretudo de alta complexidade (Machado; Pereira; Freitas, 2022).

Quanto aos fatores globais, a interdependência e os intensos fluxos populacionais entre países resultaram em uma rápida disseminação da doença. Em muitos países, a doença inicialmente afetou os centros urbanos que estão integrados aos circuitos internacionais e as classes médias e altas da população. Em seguida, ela se espalhou para as regiões periféricas e atingiu os grupos mais pobres e vulnerabilizados socialmente, que sofreram as consequências de forma mais severa.

No Brasil, diversos estudos analisam a resposta do sistema de saúde à Covid-19. Freitas, Pereira e Machado (2022) apresentam algumas ações de resposta no que diz respeito à governança, assistência à saúde, vigilância em saúde (com destaque para o papel da ANVISA), medidas de apoio social e de comunicação com a sociedade. Afirmam que, a despeito do negacionismo e descoordenação nacional do processo, o SUS mostrou-se resiliente em função da atuação de milhares de gestores estaduais e municipais que buscaram ações conjuntas em nível regional e local.

O Brasil, como um país federativo com três esferas de governo (União, estados e municípios) e um sistema de saúde público e universal, enfrentou desafios na governança de sua resposta à Covid-19. Inicialmente, houve esforços de coordenação, incluindo a formação de um comitê nacional de emergência, a divulgação de informações por meio de painéis e entrevistas coletivas diárias. No entanto, a troca de ministro da saúde em abril de 2020 deu início a uma mudança na abordagem do governo federal. Essa mudança se caracterizou por uma postura negacionista em relação à gravidade da pandemia, a recusa em considerar evidências científicas sobre tratamento e gestão da Covid-19, e a defesa de uma dicotomia entre saúde e economia. Essa mudança prejudicou a coordenação nacional e a formação de estratégias eficazes para lidar com a crise (Freitas; Pereira; Machado, 2022).

No Peru, a chegada da crise sanitária atingiu o país durante mais uma de suas crises políticas, com repercussão direta na resposta coordenada dos instrumentos de Estado para enfrentamento dos impactos deste agravo. O Estado peruano, com a responsabilidade de respeitar, garantir e proteger os direitos humanos de todas as pessoas antes, durante e após a pandemia da COVID-19, respondeu por meio de medidas administrativas com esse propósito, coordenadas por seus diversos ministérios.

Durante o início da pandemia, o Peru se destacou como um dos pioneiros na implementação de medidas rigorosas de restrição e na implementação de abrangentes pacotes de assistência para aqueles que foram afetados pelo colapso econômico resultante. A coordenação nacional desempenhou um papel fundamental, facilitando uma tomada de decisão coordenada em todo o território. Uma série de medidas de prevenção e controle foram adotadas com o objetivo de reduzir ao máximo o risco de transmissão, com especial ênfase na manutenção dos serviços essenciais. Contudo, essas estratégias não foram mantidas ao longo do tempo. Além disso, os déficits estruturais do sistema de saúde peruano foram decisivos para uma resposta considerado pouco exitosa. Um dos elementos que contribuiu para a crise foi a baixa alocação de recursos em saúde no Peru, resultando em carência de leitos

hospitalares e de terapia intensiva, funcionários sub-remunerados e a dependência de um único laboratório capacitado para processar testes moleculares.

Mesmo alvo de ataques, as bases fundantes do SUS e seu histórico organizacional mantiveram o sistema em funcionamento e sua estrutura, capilaridade e cultura foram primordiais para a resposta à pandemia, apesar da insuficiência de investimentos federais, das dificuldades de articulação entre estratégias de vigilância e destas com outras políticas e estratégias de atenção à saúde nas três esferas de governo. A configuração do sistema nacional de saúde brasileiro minimizou os impactos da crise política e institucional evidente. Para Freitas; Pereira e Machado (2022), o sistema de saúde brasileiro possui características que poderiam favorecer uma resposta eficaz a uma emergência sanitária, tais aspectos foram prejudicados pelo fato da pandemia de Covid-19 ter encontrado o Brasil em meio a desafios econômicos e políticos (Freitas; Pereira; Machado, 2022).

Os episódios que ocorreram, claramente delinearam um cenário de conflito entre as esferas federativas no país. Os estados se posicionaram a favor do fechamento individual de seus territórios para conter a entrada e a disseminação do vírus, devido à falta de diálogo e coordenação com o governo federal na implementação de medidas integradas (Pêgo et al., 2020). Para Nagamine et al. (2020), a ausência clara de coordenação nacional das ações, em conjunto com outras instâncias, parece revelar outra característica em desenvolvimento: não apenas a tentativa de impedir a implementação de medidas de distanciamento social nos estados e municípios, mas também a estratégia de negação que se manifesta na tentativa de ignorar a realidade que se impõe de forma cada vez mais intensa a cada dia.

No estado do Amazonas, as preocupações se concentravam massivamente em implementar medidas na capital, Manaus, as notas e orientações guardavam poucas referências à organização do sistema nas cidades menores e, especialmente em municípios de fronteira. Ainda em 2020, a capital do estado do Amazonas experimentou elevadas taxas de incidência e mortalidade pela COVID-19, resultando no colapso do sistema de saúde e atingindo também o sistema funerário durante a primeira onda da pandemia, o que causou intenso sofrimento à população. Nas últimas semanas de dezembro de 2020 e nas primeiras semanas de janeiro de 2021, uma nova onda de casos levou a cidade a um novo estado de choque, provocando o colapso do sistema de saúde devido à escassez de leitos de enfermaria, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e oxigênio (Barreto, 2021).

No decorrer do primeiro semestre de 2021, a taxa de incidência na capital continuou a crescer de forma acentuada, enquanto a mortalidade assumiu proporções catastróficas. Os reflexos políticos e a baixa adesão às medidas não farmacológicas de controle da COVID-19

no estado do Amazonas desencadearam uma crise no sistema de saúde, que já apresentava fragilidades. Adicionalmente, a flexibilização das medidas de contenção ao longo da evolução da epidemia da COVID-19 pode ter sido um dos fatores contribuintes para o aumento dos níveis epidêmicos nessas localidades. Essa situação pode ter desempenhado um papel no surgimento de novas variantes do Sars-CoV-2 no estado do Amazonas (Patel, 2020; Albuquerque, 2021).

As medidas destinadas a aumentar a capacidade de atendimento, especialmente na capital, revelaram-se insuficientes para prevenir o colapso da rede de saúde na referida localidade. Este cenário torna-se ainda mais crítico em um estado onde historicamente a maior parte da capacidade de atendimento de média e alta complexidade está concentrada na capital, expondo tanto os moradores da capital, quanto os do restante do estado à falta de assistência nestes níveis. Isso ocorre devido à perda de capacidade de resolução enfrentada pelo sistema de saúde.

Os municípios de fronteira apresentavam ainda maior vulnerabilidade, tanto em questões logísticas como pela proximidade com outros países, elevando o risco de circulação do vírus. O município de Benjamin Constant, então, organizou um comitê local (mesmo na ausência de protocolo nacional ou estadual). As características desse enfrentamento em cidades de fronteira foi apresentada por Nagamine et al. (2020), colocando que as medidas adotadas pelos municípios, não são baseadas em uma abordagem regional, orientada pelo Estado ou estabelecida através da colaboração entre unidades da federação, levando em consideração fatores como: i) uma escala que permitiria correlacionar o número de casos e óbitos com áreas mais densamente povoadas; ii) áreas de maior vulnerabilidade social; e iii) a proximidade e dependência dessas áreas em relação às instalações de saúde de média e alta complexidade, entre outros, considerando as interações existentes entre os municípios.

Por fim, observa-se que o aparente controle em uma cidade pode mascarar a propagação incipiente em outras áreas que ganham força com a flexibilização, especialmente quando se considera a configuração de cidades vizinhas e interconectadas por vias de deslocamento significativas. Isso ocorre comumente nas chamadas "cidades gêmeas" localizadas em zonas de fronteira terrestre, as quais são divididas por fronteiras específicas de dois ou três países – como os casos de Benjamim Constant e Islândia.

É importante considerar que a urbanização transformou a distribuição de doenças na região amazônica, considerando os gradientes de ocupação e mudanças na paisagem. Isso impactou o planejamento de políticas de saúde pública, que costumava usar uma abordagem dicotômica entre áreas urbanas e rurais. No entanto, essa abordagem simplificada não se

adequou à complexidade da região amazônica, que historicamente manteve uma organização espacial não dicotômica, apesar da redução da população indígena devido a doenças e influências culturais externas. Reconhecer a diversidade e heterogeneidade desses territórios é fundamental para conduzir estudos epidemiológicos adequados e direcionar intervenções de saúde de maneira eficaz (Cardoso; Dal'asta; Monteiro, 2023).

No município de Benjamin Constant, o aumento da capacidade de atendimento médico veio com a criação de novos leitos na área de isolamento para aerossóis em um hospital local de média complexidade. Essa expansão visava lidar com o aumento de pacientes na região. Além disso, uma unidade básica de saúde foi designada como referência para casos de síndromes gripais, reduzindo o contato com outros pacientes e contribuindo para a logística de deslocamento de indivíduos suspeitos. A proximidade dessa unidade com o hospital e o laboratório municipal facilitou esse processo. As demais unidades de saúde continuaram a fornecer outros serviços e programas.

A ampliação dos leitos, equipes e atividades de vigilância em Benjamin Constant tinham como objetivo evitar um colapso na cidade, considerando a falta de um hospital de grande porte e a logística desafiadora de transporte fluvial para pacientes graves. A referência para atendimento era a capital do estado, mas a escassez de UTIs aéreas e critérios rigorosos de remoção tornaram a atenção local uma prioridade. Isso destacou a necessidade de capacitar os polos regionais do interior do estado para oferecer serviços de alta complexidade e uma regionalização eficaz. Garnelo et al. (2018) constatou que o Amazonas é um dos estados em que as microrregiões possuem uma oferta reduzida de leitos clínicos e de terapia intensiva. Além disso, os autores destacam que a média de distância que uma pessoa precisa percorrer para acessar um leito de UTI em sua macrorregião de residência é de 615 quilômetros, sendo a maior entre todos os estados brasileiros. Na prática, essa distância equivale a vários dias de viagem por via fluvial ou várias horas por transporte aéreo. É importante ressaltar que o aumento no número de casos está associado a uma maior demanda por leitos clínicos e de terapia intensiva. No Amazonas, onde esses leitos estão concentrados na capital, isso resulta em uma sobrecarga do sistema de saúde, levando à incapacidade de acomodar todos os pacientes e à formação de filas de espera (Escobar, 2020).

Em Islândia, apesar do reforço das equipes e da criação de centros nas escolas, ainda havia pacientes que necessitavam de atendimento especializado além da capacidade da cidade. A busca por atendimento em Benjamin Constant ou no centro regional peruano em Caballococha era comum, mas as barreiras logísticas, especialmente no transporte fluvial, tornavam essa busca desafiadora e arriscada. Acordos informais que permitiam o acesso aos

serviços no Brasil foram prejudicados pelas medidas restritivas de circulação em ambos os países, reduzindo a capacidade de acesso a atendimento especializado.

No Brasil, outra estratégia importante foi a criação de equipes de busca ativa e acompanhamento domiciliar. Isso envolveu um aumento significativo no pessoal de saúde e vigilância, com a ampliação dos serviços de saúde e importante papel dos ACS, além da colaboração de várias instituições, incluindo a polícia militar, defesa civil e guarda municipal. Segundo Vitória e Campos (2020), a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial no combate à Covid-19, tanto durante a pandemia quanto na manutenção da vigilância diante de futuras ondas da doença. Para lidar com a pandemia, é fundamental combinar cuidados individuais e coletivos, ou seja, fornecer cuidados de alta qualidade de maneira oportuna e coordenada na rede de saúde, envolvendo os atributos comunitários da APS. É essencial que as unidades de saúde colaborem de forma integrada com as comunidades e os recursos sociais locais. A reorganização do trabalho na APS durante a epidemia deve preservar seus atributos de acesso, continuidade, coordenação, abordagem familiar e comunitária (Engstrom et al., 2020).

Antes da crise de saúde, Islândia tinha apenas um posto de atendimento, incapaz de lidar com casos de média complexidade, sem leitos ou equipamentos adequados. No entanto, em resposta à pandemia e às pressões sociais, a cidade construiu uma nova estrutura de atendimento que reflete a necessidade de investimentos para melhorar o acesso à saúde. Foram criados leitos improvisados em uma escola para cuidar de pacientes com sintomas graves, expressando a complexidade da situação e as estratégias locais adotadas para enfrentar a crise.

Em ambos os países, houve expansão das equipes de saúde, com a adição de mais profissionais e equipamentos para mitigar os impactos da pandemia. Uma estratégia adotada foram as visitas domiciliares e a construção de redes de apoio que permitiram o atendimento e monitoramento dos pacientes em suas casas. Isso incluiu a extensão das ações para comunidades fora das zonas urbanas, ainda que extremamente limitadas. Segundo Cardenas e Dámaso (2021), a incapacidade do Estado peruano em lidar com as necessidades de assistência médica das comunidades indígenas amazônicas durante a pandemia de COVID-19 não é um incidente recente ou isolado, pelo contrário, a oferta de cuidados de saúde, além de ser de baixa qualidade, é praticamente inexistente. De acordo com o Censo de Comunidades Nativas de 2017, apenas 32% dessas comunidades possuem um centro de saúde, e a maioria deles não tem pessoal médico (Cardenas; Dámaso, 2021).

Houve também um uso excessivo de testes sorológicos rápidos para o diagnóstico da COVID-19, embora, em princípio, eles fossem mais indicados para o controle epidemiológico. Isso porque, além da escassez de testes moleculares, faltavam laboratórios capazes de processar esses testes em grande escala. No início da pandemia, o Peru contava com apenas um laboratório capaz de processar testes moleculares. Em junho de 2020, o país já possuía 12 laboratórios, e até 10 de agosto, esse número havia aumentado para 35, incluindo laboratórios públicos, privados e universitários (Gotuzzo, 2020).

As ferramentas globais acordadas, como o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), revelaram-se ineficazes diante da pandemia, levando os países a fecharem deliberadamente suas fronteiras como a principal estratégia para proteger seus territórios. Além disso, eles implementaram medidas de isolamento para conter a propagação da doença, essas ações representam um retrocesso no processo de construção colaborativa de uma comunidade nas regiões fronteiriças. Em vez de promover a integração e identificar possíveis áreas de atuação conjunta na saúde por meio da cooperação, foram erguidas barreiras nas fronteiras, com casos de uso de forças militares para impedir a passagem de pessoas entre os países. Devido à alta desigualdade na região, que é uma das mais desiguais do mundo, ela se tornou especialmente vulnerável à Covid-19, devido aos altos níveis de informalidade no trabalho, bem como à fragilidade e à falta de financiamento na urbanização e nos sistemas de saúde e de proteção social (Tobar; Linger, 2020).

Diante das condições da região amazônica, o município de Benjamin Constant, enfrentou desafios significativos para controlar a propagação da epidemia de COVID-19. A implementação de uma barreira sanitária foi uma das primeiras estratégias adotadas. No entanto, devido à complexa geografia da região, com rios cortando todo o perímetro da cidade, controlar a entrada e saída de pessoas foi um desafio. A barreira envolveu a colaboração de diversos órgãos, incluindo a Secretaria de Segurança, Educação, Assistência Social e Defesa Civil. O controle da circulação de pessoas na região, que anteriormente estava acostumada com livre trânsito, apresentou desafios significativos. A intenção era rastrear, controlar e fiscalizar a entrada de pessoas na cidade, verificando a origem e os sintomas. Com o aumento do fluxo de pessoas, incluindo aqueles que fugiam da capital para o interior, foi estabelecido um "hotel para isolamento" para garantir o cumprimento do período de quarentena necessário, especialmente para aqueles vindos de áreas comunitárias. Essas pessoas receberam acompanhamento diário das equipes de vigilância ativa, com avaliação médica, testagem e tratamento quando necessário, além de suporte psicológico e alimentação.

As medidas implementadas pelo governo peruano em resposta à COVID-19, como a Resolução Ministerial 084/2020, a Resolução Ministerial 086/2020, o Decreto Supremo nº 008-2020-AS e o Plano Nacional de Reforço dos Serviços de Saúde e Contenção da COVID-19, restringiram a entrada de pessoas no país e fortaleceram a resposta sanitária à pandemia. Essas medidas resultaram em um fenômeno sem precedentes de migração interna, com milhares de peruanos deixando Lima e retornando às suas regiões de origem, apesar das restrições de mobilidade durante o estado de emergência. Isso indica um possível início de novos padrões de migração reversa e destaca a vulnerabilidade do Estado peruano na gestão da crise da COVID-19 devido ao centralismo e ao racismo, que concentram instituições e recursos em Lima, desconsiderando a diversidade cultural e social do país (Franco-Meléndez, 2020).

Tanto no Brasil quanto no Peru, os governos instituíram auxílios emergenciais. No entanto, a população enfrentou aglomerações em mercados e bancos devido à falta de acesso bancário, o que causou problemas de saúde pública. As quarentenas tiveram um impacto severo, especialmente nas pessoas mais desfavorecidas, que perderam renda e tiveram dificuldades em acessar ajuda. Muitas famílias em extrema pobreza não receberam assistência, levando-as a tomar medidas desesperadas para sobreviver (Franco-Meléndez, 2020; Ramos, 2021).

Cardenas e Dámaso (2021), ao analisar os impactos da pandemia em comunidades indígenas no Peru, afirma que medida que os dias passavam e o Estado de Emergência era prolongado, alguns cidadãos foram obrigados a regressar às suas províncias, distritos e comunidades nativas de origem. Ao chegarem, não observaram os protocolos estabelecidos pelo MINSA, e o próprio Estado peruano facilitou a sua entrada. Impulsionados pela fome, caminharam por dias até chegar à sua terra natal, sem se preocupar se estavam ou não infectados. Seu principal objetivo era chegar ao destino.

Em áreas de fronteira aberta, as estratégias de vacinação precisaram de adaptações logísticas significativas. A vacinação no município de Benjamin Constant, inicialmente voltada para brasileiros, enfrentou desafios logísticos devido à época da seca, distâncias maiores e restrições de acesso. Já o Peru enfrentou desafios econômicos e logísticos significativos para vacinar seus cidadãos na área de fronteira. Neste momento, a cooperação nos dois lados da fronteira foi essencial na busca de proteção de ambas as populações. A estratégia de vacinação de peruanos na fronteira se mostrou acertada e o uso da vacina Janssen, que era de dose única naquele momento, foi primordial tendo em vista à dificuldade de acompanhar estrangeiros para doses posteriores.

Vale destacar que o Peru enfrentou diversos problemas para aquisição de vacinas para a COVID-19, devido à sua dependência de nações mais desenvolvidas e à desindustrialização precoce, tornando-o vulnerável na busca por recursos médicos globais. A cooperação com organizações internacionais, como a OPAS/OMS e a Aliança Gavi, foi essencial para adquirir doses mínimas para iniciar a vacinação. A desigualdade na distribuição global de vacinas foi destacada pela OMS, com a maioria das doses sendo aplicadas em países de alta renda, enquanto países de baixa renda recebiam uma parcela muito pequena.

Uma análise geopolítica da exposição desta divisão internacional do trabalho desigual foi feita por Lobato (2020), que destacou a importância da capacidade biotecnológica e organização social na segurança sanitária nacional e na soberania, levando a uma reavaliação das respostas sanitárias históricas e da dependência em relação à ciência das antigas potências coloniais.

Outro ponto a se considerar foi a disseminação de desinformação sobre as vacinas e campanhas contrárias à vacinação, muitas vezes ligadas a crenças religiosas arraigadas, que contribuiu para a hesitação vacinal e impactou os níveis de imunização em regiões remotas e de difícil acesso, como o local deste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentam as estratégias utilizadas para o enfrentamento da COVID-19 nos municípios selecionados, bem como os desafios da gestão de uma emergência sanitária em região de fronteira. Há similaridades entre as medidas de resposta à COVID-19 implementadas nos dois municípios estudados, considerando o controle da propagação da epidemia, a preparação e o fortalecimento das redes locais de serviços de saúde. Contudo, há diferenças significativas quanto à extensão de tais medidas, o que pode estar relacionado às características estruturais dos sistemas de saúde em cada país, bem como as desigualdades sociais e econômicas que caracterizam a região.

Como esperado para uma região de fronteira contígua, há associação entre a evolução da COVID-19 entre os municípios estudados, o que sugere transmissão transfronteiriça sobretudo na segunda e terceira ondas. Há também certa relação entre os picos de casos e óbitos destes municípios e seus respectivos estados/departamentos, o que pode ter relação com os fluxos migratórios internos.

A análise dos resultados deste estudo de caso evidencia uma série de desafios para a gestão de uma emergência sanitária em territórios de fronteira, entre os quais se pode citar: ausência de integração entre os sistemas de informação epidemiológicos que permitam um compartilhamento da situação epidêmica em tempo real; falta de comunicação entre os registros de atendimentos (ambulatoriais, hospitalares e de vacinação) entre os países, com identificação adequada dos estrangeiros nos sistemas de informação nacionais; limitações dos acordos multilaterais, com retração dos fluxos em contexto pandêmico; e ausência de financiamento nacional adequado por parte de cada país para apoiar os municípios a garantirem acesso aos serviços de saúde para população da fronteira (nacionais e estrangeiros), pautados em acordos bilaterais. Apesar disso, notou-se que existem acordos informais e uma rede de cooperação e solidariedade mantida pelos gestores locais e profissionais de saúde atuantes nos municípios estudados.

Pensar em saúde global e implementação de regramentos internacionais com vistas à contenção de propagação de doenças esbarra em desafios advindos do contexto geopolítico mundial. De modo geral, a noção de justiça global está associada à reflexão sobre um conjunto de normas que emergem em decorrência das mudanças estruturais no cenário internacional, como resultado do avanço da globalização econômica. As condições de exploração e a divisão internacional do trabalho que leva à desregulamentação de mercados e perda de direitos dos trabalhadores é um grande obstáculo a qualquer ideia de medidas

sanitárias que sejam adotadas por governos e compreendidas e encampadas por suas respectivas populações.

A região de fronteira entre Benjamin Constant (Brasil) e Islândia (Peru) demanda soluções adequadas à sua relevância e complexidade, reconhecendo a comunicação diária entre as populações de ambos os lados da fronteira. A cooperação é fundamental para o sucesso das estratégias de saúde. A crise sanitária e a imposição de medidas que desconsideram a questão regional leva à quebra dos acordos informais, trazendo ainda mais insegurança a uma região que usa desse expediente para amenizar as iniquidades regionais características de regiões de fronteira e, em especial, da região amazônica e seus desafios logísticos.

Estar em uma área de fronteira pode trazer oportunidades no enfrentamento de crises sanitárias. Como aspectos positivos, destaca-se a possibilidade de aquisição de insumos, equipamentos e até mobilização de força de trabalho, por meio do acesso aos mercados e logísticas dos países vizinhos. No entanto, é necessário que ações compartilhadas binacionalmente (com participação dos diversos níveis de governo) promovam a integração entre os sistemas de saúde e informação visando uma cooperação contínua entre Brasil e Peru para monitoramento e vigilância integrados. Além disso, é essencial construir estratégias que reduzam (ou suplantem) os limites políticos e administrativos para garantia da eficácia das ações de saúde na fronteira.

Este estudo possui limitações relativas à obtenção de dados advindos de bases distintas, e em especial com relação às definições de casos de cada país e seus protocolos de confirmação. Relevante também é destacar a ocorrência de possíveis casos e óbitos subnotificados, principalmente àqueles assintomáticos ou menos sintomáticos. Como agenda futura, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos e análises tendo como foco as regiões de fronteira a partir de perspectivas teóricas e metodológicas complementares a aqui utilizadas. Espera-se colaborar para a promoção de propostas de integração e desenvolvimento da região e fortalecimento dos seus sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. B.; LIMA, L. L. Capacidade estatal: definições, dimensões e mensuração. **BIB: revista brasileira de informação bibliográfica em ciências sociais**, n. 89, p. 1-28, ago. 2019.
- ALBUQUERQUE B, FREITAS CM, BARCELLOS C, et al. **Nota Técnica no 04. Reflexões sobre o comportamento da epidemia da COVID-19 segundo as regiões de saúde do Estado do Amazonas.** COVID-19 I. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45840>. Acesso em: 14 set. 2023.
- ALMEIDA, J. S.; CARDOSO, J. A.; CORDEIRO, E. C.; LEMOS, M.; ARAÚJO, T. M. E.; SARDINHA, A. H. L. **Caracterização epidemiológica dos casos de covid-19 no Maranhão: Uma breve análise.** Scielo Preprints, 2020;6:10477. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.314>. Acesso em: 10 set. 2023.
- ÁLVAREZ-ANTONIO, C. et al. **Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies in Iquitos, Peru in July and August, 2020: a population-based study.** The Lancet Global Health, v. 9, n. 7, p. E925-E931, jul. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00173-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00173-X).
- ANASTASIA, F.; LAS CASAS, L. Instituições Políticas, Capacidades Estatais e Cooperação Internacional: África do Sul, Brasil e China. *In*: GOMIDE, A. A.; BOSCHI, R. R. (orgs.). **Capacidades Estatais em Países Emergentes: o Brasil em perspectiva comparada.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016.
- ANDRADE, L. de N. R.; GRANZIERA, M. L. M. **Abordagens paradiplomáticas na Tríplice Fronteira Amazônica: Brasil, Colômbia e Peru.** Revista tempo do mundo: RTM, [s. l.], n. 27, 1 dez. 2021. Disponível em : <https://www.ipea.gov.br/revistas/index.php/rtm/article/view/329>. Acesso em: 28 set. 2023.
- ANDRINO, B.; GRASSO, D.; LLANERAS, K. **Así evoluciona la curva del coronavirus en México, Colombia, Chile, Argentina y el resto de Latinoamérica.** El País América, 7 abr. 2020. Disponível em: https://elpais.com/sociedad/2020/04/07/actualidad/1586251212_090043.html#?sma=newsletter_america20200321m. Acesso em: 10 ago. 2023.
- BALESTRIN, M.; JUNG, H. S.; SUDBRACK, E. M. **Políticas sociais de combate à fome e o conceito de welfare state: para uma (des)igualdade social?** Educativa. Goiânia, v. 23, p. 1-18, 2020.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70 - Almedina; 2011. 223 p.
- BARRETO, I. C. de H. C. et al. **Colapso na saúde em Manaus : o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19.** Scielo Preprints, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1862>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1862/version/1975>. Acesso em: 08 set. 2023.

BRASIL. **Diário Nacional da União**, Seção I, Nº 56, segunda-feira, 24 de março de 2014. ISSN 1677-7042. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=45&data=24/03/2014>. Acesso em: 21 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011**: Regulamentação da Lei no 8.080/90. 1ed. 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444/GM/MS**, de 29 de maio de 2020. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. MT Brasil, **Migrações Transfronteiriças. Municípios de Fronteira**: Mobilidade Transfronteiriça, Migração, Vulnerabilidades e Inserção Laboral. International Centre for Migration Policy Development (ICMPD), Viena, 2016. ISBN: 978-3-902880-94-9. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos-pesquisas/mtbrasil_act-1-3-1-4_relatorio_final.pdf Acesso em: 9 ago. 2022.

BRANCO, M. L. **O SUS na fronteira e o direito**: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Monografia de especialização. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz Brasília, Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva, Curso de Especialização em Direito Sanitário, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_frenteira_direito.pdf. Acesso em: 1 jun. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 jul. 2023.

BUSS, L. F. *et al.* Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. **Science**, v. 371, p. 288–292, 2021.

CARDENAS PALACIOS, C.; REYMUNDO DÁMASO, L. **¿A dónde vamos a llevar a nuestros enfermos? Narrativas de dos líderes awajún sobre el COVID-19 en Condorcanqui, Amazonas**. Mundo Amazónico, v. 12, n. 1, p. 151–168, 2021. DOI: 10.15446/ma.v12n1.88499. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/88499>. Acesso em: 29 set. 2023.

CARDOSO, A. C.; DAL'ASTA, A. P.; MONTEIRO, A. M. V. O que é o urbano na Amazônia contemporânea? Implicações para a vigilância em saúde no bioma. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, ed. 9, 1 set. 2023.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. División de Población de la Revisión 2019 y Naciones Unidas, División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. **Panorama Mundial de Población**. Revisión 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>. Acesso em: 30 mai. 2022.

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.

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**. Letícia, 2020.

CONILL, E. **Sistemas comparados de saúde**. In: Campos GWS, Minayo MCS et al, org. Tratado de Saúde Coletiva. Segunda edição. São Paulo: Editora Hucitec. 2012. p.591- 659.

CONTAS de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: **conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2022. 90p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220202_livro_contas_de_saude.pdf. Acesso em: mar. 2022.

DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Principales resultados censales: Total de Unidades de Viviendas censadas según condición de ocupación, hogares y población censada a nivel nacional, departamental y municipal por área, 2018. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>. Acesso em: 9 ago. 2022

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** 36 nº.6 Rio de Janeiro, Junho 2020.

DESLANDES SF, GOMES R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 1a. Minayo MC de S, organizador. Petrópolis, RJ: Vozes; 2016. (Manuais Acadêmicos).

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.

GARNELO L ET AL. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1225-1234, 2017.

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.

ESCOBAR, A. L. The interiorization of the pandemic: potential impacts on populations in vulnerable situations in the Amazon. **Revista NAU Social**, 2020; 11(20): 137-143. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/download/36614/21018>. Acesso em: 8 mar. 2021.

- ENGSTROM, E; MELO, E; GIOVANELLA, L; *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde.** Rio de Janeiro: Observatório Covid-Fiocruz, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19_versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf. Acesso em: 2 jul. 2020.
- ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State.** Lua Nova: Revista de Cultura e Política; (24). p. 85-116, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2021.
- FANON, F. **Os Condenados da Terra.** Rio de Janeiro : Zahar , 2022.
- FARIA, N. R. *et al.* Genomics and epidemiology of the P.1 SARS-CoV-2 lineage in Manaus, Brazil. **Science**, v. 372, p. 815–821, 2021. DOI: 10.1126/science.abh2644.
- FERRANTE, L. *et al.* Brazil’s COVID-19 epicenter in Manaus: How much of the population has already been exposed and are vulnerable to SARS-CoV-2? **J. Racial Ethn. Health Disparities**, v. 9, p. 2098–2104, 2021.
- FRANCO-GIRALDO A. Salud global: una visión latinoamericana. **Rev Panam Salud Publica**. 2016;39(2):128–36. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v39n2/1020-4989-RPSP-39-02-128.pdf> acesso em : 28 set 2023.
- FRANCO-MELÉNDEZ, J. L. COVID-19 y un nuevo éxodo en el Perú. **Revista do Ceam, BRASILIA – DF**, v. 6, ed. 1, 1 jun. 2020.
- 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, 2008.
- FREITAS, C. M.; CUNHA, R. V. **A vigilância em saúde diante da COVID-19 – desafios e lições para o enfrentamento de emergências em saúde futuras.** In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. Volume 6 – Reflexões e Futuro. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2021.
- FREITAS, C. M., PEREIRA, A. M. M., and MACHADO, C. V. A resposta do Brasil à pandemia de Covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: MACHADO, C. V., PEREIRA, A. M. M., and FREITAS, C. M., eds. **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições** [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2022, pp. 295-322. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-655708-129-7. <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0011>.
- FVS-RCP. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. **Painel COVID-19 Amazonas.** Manaus-AM, 2022. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/painel/corona/>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S214-S226, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/BMzZcZMmJZthMnbZFtvHnqx/?lang=pt>. Acesso em: 9 ago. 2022.

GARNELO, L.; LIMA, J G ; ROCHA, E S C; HERKRATH, F J. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil.** Saúde Debate, 2018; 42: 81-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>. Acesso em: 30 ago. 2022.

GIEDION, U.; ESCOBAR, M. L.; ACOSTA, O. L.; CASTAÑO, R. A.; PINTO, D. M.; GÓMEZ, F. **Tem Years of Health System Reform: Health Care Financing Lessons for Colombia.** En: Glassman et al. (Eds), From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2009.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.** Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. 11, p. 2263–2281, nov. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102263&lng=en&tlng=en. Acesso em: 10 set. 2022.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. de C. A.; ROSA, M. C. da; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc saúde coletiva**. junho de 2018;23(6). p. 1763–76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.; org. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 89-120.

GÓMEZ-CAMELO D. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. **Rev salud pública**. 2005;7(3):305–316.

GOTUZZO, E. **Estas son las medicinas usadas para pacientes COVID-19 en Perú.** [S. l.], 6 jul. 2020. Disponível em: <https://saludconlupa.com/entrevistas/eduardo-gotuzzo-las-medicinas-usadas-para-pacientes-covid-19-leves-y-hospitalizados/>. Acesso em: 17 set. 2023.

GRISALES, G. **¿Amerita la frontera de Colombia, Brasil y Perú una Zona de Integración Trinacional?**. Aldea Mundo, Táchira, año 10, no.18, mayo de 2005

GUERREIRO J. V.; BRANCO M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1689-1698, 2011.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HALLAL, P. C. *et al.* SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: Results from two successive nationwide serological household surveys. **Lancet Glob. Health**, v. 8, p. e1390–e1398, 2020.

HE, D. *et al.* **The unexpected dynamics of COVID-19 in Manaus, Brazil:** Was herd immunity achieved? medRxiv [Preprint], 2021. DOI: 10.1101/2021.02.18.21251809.

HE, D. ; ARTZY-RANDRUPD, Y. ; DEMIRHANC , H. ; COWLINGE , B. J.; STONE, L. ; LINC, L. Resolving the enigma of Iquitos and Manaus: A modeling analysis of multiple COVID-19 epidemic waves in two Amazonian cities. **Ecology Applied Mathematics**, [s. l.], v. 120, ed. 10, 3 mar. 2023.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext). Acesso em: 30 ago. 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos municípios brasileiros**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101770> Acesso em: 25 mai. 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-Satélite de Saúde 2010-2019**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html> Acesso em: 25 mai. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. 2019. **Perfil sociodemográfico del Perú**, Lima, 2019.

JABBOUR, E.; RODRIGUES, B. S. A “Nova economia do projeto” no combate à covid-19 e as capacidades estatais chinesas como força política estratégica. **Revista de Economia Contemporânea**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. e212525, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482021000200202&tlng=pt. Acesso em: 14 jul. 2022.

JHU – JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **COVID-19 Map**. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> . Acesso em: 14 ago. 2023.

KHALILI, M.; KARAMOUZIAN, M.; NASIRI, N.; JAVADI, S.; MIRZAZADEH, A.; SHARIFI, H. **Epidemiological characteristics of COVID-19: a systematic review and meta-analysis**. *Epidemiol Infect*, 2020;148:e130. <https://dx.doi.org/10.1017/S0950268820001430>. Acesso em: 19 ago. 2023.

LALWANI, P. *et al.* SARS-CoV-2 seroprevalence and associated factors in Manaus, Brazil: Baseline results from the DETECTCoV-19 cohort study. *Int. J. Infect. Dis.*, v. 110, p. 141–150, 2021-A.

LALWANI, P. *et al.* High anti-SARS-CoV-2 antibody seroconversion rates before the second wave in Manaus, Brazil, and the protective effect of social behavior measures: Results from the prospective DETECTCoV-19 cohort. **Lancet Glob. Health**, v. 9, p. e1508–e1516, 2021-B.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. de. **Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru**. Revista Panamericana de Salud Pública, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 490–500, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011001100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2022.

LOBATO, A. **China: soberania e descolonização da resposta sanitária**. In: BUSS, Paulo Marchiori; FONSECA, Luiz Eduardo. (Eds.). Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 303-316. ISBN: 978-65-5708-029-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080290.0020>.

LOBATO L. V. C. et al. **Brasil: O Sistema de Saúde Brasileiro: avanços e dilemas do direito à saúde universal e pública**. In: Reyes, A. H. y Gonzalo B. Refundación de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: descolonizar las teorías y políticas Buenos Aires- Argentina: GT Salud Internacional CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2021, p. 122-143.

LONDOÑO NINO, EDGAR ANDRÉS. **A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru: limites e desafios de cooperação e integração da região fronteiriça, com ênfase nos anos 2006-2011**. 2013. 89 f. Dissertação (mestrado) - UNESP/UNICAMP/PUC-SP, Programa San Tiago Dantas, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/93731>.

LÓPEZ GARCÉS, C. **Ticunas “Brasileiros, colombianos y peruanos: etnicidad y nacionalidade em la región de frontera del Alto Amazonas/Solimões”**. Brasília, Ceppac, Tesis de doctorado, 2000.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 7, p. 2197–2212, jul. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702197&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2022.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. suppl 2, 2 out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2022.

MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M. M.; FREITAS, C. M., eds. **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições** [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório COVID-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022, 342 p. Informação para ação na COVID-19 series. ISBN: 978-65-5708129-7. <https://doi.org/10.7476/9786557081594>. Acesso em: 10 set. 2023.

MACHADO, L. O. 2005. Estado, territorialidade, redes. Cidades gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Continente em chamas**. Globalização e território na América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 243-281.

MARIOSIA, P. H. **A Economia Social e Solidária na cadeia de valor da castanha-do-brasil (Bertholletia Excelsa Bonpl.): um novo paradigma extrativista para a Amazônia**. 2022. 266

f. Tese (Doutorado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MENDONÇA FD, ROCHA SS, PINHEIRO DLP, OLIVEIRA SV. **Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica**. J. Health NPEPS [Internet]. 2020;5(1):20-37. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4535>. Acesso em: 5 jul. 2023.

NAGAMINE, L. ; FERREIRA, G. ; KRÜGER, C. ; MOURA, R. Disseminação da Covid-19 nas faixas de fronteira terrestre e litorânea do Brasil. **Revista Tempo do Mundo: RTM**, [s. l.], ed. 23, 1 ago. 2020.

NAKAZAKI J, GOTUZZO E, MEJIA F, et al. **SARS-CoV-2 (COVID-19) infection in patients with HTLV-1 infection in Peru - case series**. J Hum Virol Retrovirol. 2023;10(1):15–19. DOI: 10.15406/jhvr.2023.10.00258

NORONHA, J. C. de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2013 May [cited 2019 July 31]; 29(5): 847-849. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2023.

ODDONE, N. Paradiplomacia no Mercosul: uma visão crítica. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v. 10, n. 20, 2020. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/moncoes/article/view/6822> Acesso 28 set 2023.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Desinformação alimenta dúvidas sobre vacinas contra a COVID-19, afirma diretora da OPAS**. [S. l.], 21 abr. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/21-4-2021-desinformacao-alimenta-duvidas-sobre-vacinas-contracovid-19-afirma-diretora-da>. Acesso em: 21 set. 2023.

PATEL JA, NIELSEN FBH, BADIANI AA, et al. **Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable**. **Public Health**. 2020; 183:110-1. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350620301657>

PÊGO, B. et al. **Pandemia e fronteiras brasileiras: análise a evolução da Covid-19 e proposições**. Ipea: Brasília, 2020. (Nota Técnica, n 16). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200521_n_16_dirur.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

PEITER, P. C. **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, A. M. M. Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. In: GUIZARDI, F. L. et al. (Org.). **Políticas de Participação e Saúde**. 1ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2014, p. 143-164.

PEREIRA, A. M. M.; RUELA, H. C. G.; CARNEIRO, C. C. G. Políticas, sistemas e processo de trabalho em saúde: contribuições teóricas e estratégias pedagógicas de uma experiência de formação docente em saúde. *In*: LEHER, E. M. T.; RUELA, H. C. G. (Org.). **Formação crítica de professores da área da saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020, p. 63-98.

Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro_uruguai.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.

PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V.; VENY, M. B.; JUAN, A. M. Y.; RECIO, S. N. Governança e capacidade estatal frente à COVID-19 na Alemanha e na Espanha: respostas nacionais e sistemas de saúde em perspectiva comparada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4425-4437, 2021.

PERU. Congreso de la República. **Ley n. 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 2020. Iquitos. 2020.

RAMOS, I. A. A. **Covid-19, narrativas políticas del enfrentamiento de la pandemia en Perú y Brasil**. 2021. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, BRASILIA – DF, 2021.

RIANO UMBARILA, E. **Organizando su espacio, construyendo su territorio : transformaciones de los asentamientos Ticuna en la ribera del Amazonas colombiano**. Leticia: Universidad Nacional de Colombia, 2003.

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. Esping-Andersen G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. setembro de 1991;(24). p. 85–116. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

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.

SANTOS-MELO G.Z.; ANDRADE S.R.; MEIRELLES B.H.S.; ORTIGA A.M.B. Integração em saúde: cooperação na trílice fronteira internacional amazônica. **Rev Saude Publica**. 2020;54:5. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8ZfhtX7Kd4gyzqx4HbznrR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023

SCHURZ, H.; SALIE, M.; TROMP, G.; HOAL, E. G.; KINNEAR, C. J.; MÖLLER, M. **The X chromosome and sex-specific effects in infectious disease susceptibility**. *Hum Genomics*, 2019;13(1):2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30621780/>.

SHEN, Y.; ZHENG, F.; SUN, D.; LING, Y.; CHEN, J.; LI, F.; *et al.* Epidemiologia e curso clínico da COVID-19 em Xangai, China. **Emerg Microbes Infect**, 2020;9(1):1537-1545.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7473125/>. Acessado em: 28 set 2023.

SILVA NETO, A. L. 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.

SOUZA, C. Modernização do Estado e construção de capacidade burocrática para a implementação de políticas federalizadas. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 1, p. 27-45, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612150933>

TOBAR, S; LINGER, C. América Latina e Caribe: entre a Covid-19 e a crise econômica e social. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; FONSECA, Luiz Eduardo. (Eds.). **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho**. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 199-212. ISBN: 978-65-5708-029-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080290.0014>.

VITÓRIA, A M; CAMPOS, G W S. **Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatam a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI**. São Paulo: Cosems, 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

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.

WORLD BANK. **Índice de Gini**. Disponível em: https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=PE&name_desc=true&view=map. Acesso em: 30 out. 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZÁRATE, C. **Silvícolas, sirringueros y agentes estatales: el surgimiento de una sociedad transfronteriza en la Amazonia de Brasil, Perú y Colombia, 1880-1932**. Universidad Nacional de Colombia-Instituto Amazónico de Investigaciones IMANI. p. 27-67, 2008.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____

Idade: _____

Cargo: _____

Tempo de atuação: _____

1. Como você caracteriza o sistema de saúde do seu país (tipo de sistema, estrutura da rede assistencial e estrutura das ações de vigilância)?

2. Os estrangeiros procuram os serviços de saúde disponíveis no município? (Estrangeiros com domicílio no Brasil e Fora)? (Brasileiros que moram fora do Brasil)? Como é o acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde do município? Teria como nos dizer (relatar) quais são os serviços (Hospital, Unidade Básica de Saúde) mais procurados por esses estrangeiros? E quais são os principais tipos de atendimento?

3. Como é realizado o registro deste atendimento no sistema de informação? Possui algum instrumento ou sistema de informação que possa identificar o estrangeiro? Caso tenha, é preenchido adequadamente?

4. Como foi para gestão lidar com a pandemia da COVID-19? Quais as principais medidas adotadas quanto a abertura de leitos hospitalares e unidades de referência ambulatorial, ampliação de equipes de atenção à saúde e de vigilância, estratégias de testagem, e monitoramento de casos? No caso de ser um serviço de maior complexidade, onde o seu município não dispõe do serviço, como é resolvido esse atendimento?

5. Quanto às medidas de prevenção, quais as estratégias para quarentena (acompanhamento em hotéis/ residências), controle de trânsito, barreiras sanitárias? Quais foram as medidas de apoio social foram implementadas e na sua opinião qual impacto destas?

6. Durante o processo pandêmico da COVID-19, como foi a relação com o setor saúde do município (país) limítrofe? Existem pontos positivos e/ou negativos da interação das fronteiras para os serviços de saúde?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está convidado(a) a participar, voluntariamente, de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Augusto César Nunes Alves.

O objetivo deste estudo é compreender os desafios da gestão de uma emergência sanitária em territórios de fronteira. Para isso, serão coletadas informações por meio de entrevistas com questões semiestruturadas, que serão aplicadas pelo próprio pesquisador. Os selecionados são gestores que atuaram durante o período de análise da pesquisa na gestão do sistema de saúde local. Para facilitar a coleta e o registro dos dados, a entrevista será gravada em áudio. Sua participação não é obrigatória e você pode decidir se quer ou não participar. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma, contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A gravação só ocorrerá com seu consentimento e em nenhum momento seu nome será citado durante a entrevista ou registrado em formulários preenchidos pelo pesquisador. A duração máxima desta entrevista será de 50 minutos a ser realizada na sede da Secretaria de Saúde de Benjamin Constant. Os áudios coletados serão utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa e ficarão sob a guarda e a responsabilidade do coordenador do estudo pelo período de cinco anos, sendo em seguida desgravados ou destruídos. Caso concorde em participar, será garantido o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas, sendo que estas informações serão utilizadas apenas com o objetivo deste estudo. Os resultados deste estudo serão publicados e amplamente divulgados assim como apresentado em eventos do programa VIGIFRONTREIRAS voltados a divulgação das pesquisas realizadas na região.

Informamos que a presente pesquisa pode apresentar riscos, seja de ordem emocional, psicológica, moral, como desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, alterações de comportamento, desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado. Estes riscos serão mitigados através da garantir de que a aplicação de roteiro estruturado em ambiente seguro, garantindo o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, assim como o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a

coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Garantindo a não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato a possibilidade de estes serão minimizados uma vez que qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, sendo mantido o seu anonimato e poderá interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Garantiremos explicações necessárias para responder as questões assim como um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras e caso haja impactos relevantes prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a resolução 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos.

Este estudo é conduzido seguindo as resoluções do Conselho Nacional de Saúde e tem o Comitê de Ética em Pesquisa o órgão responsável pela garantia de cumprimento das normativas que garantem a segurança na condução de estudos desta natureza, sendo este estudo avaliado e aprovado pelo CEP/ENSP. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”. Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-depesquisa> para maiores informações. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita via SUS, no município e/ou estado da referida região, caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto no Código Civil Lei 10,406 DE 2002, artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016, art. 19.

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o conseguir o histórico das ações desenvolvidas dentro do seu território de ação assim como o retorno social para as

equipes de saúde por meio de maior entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nessa região, assim como trazer elementos para os gestores que vão poder compreender os impactos e preparar-se para o enfrentamento de novas emergências em saúde que pode vir a ocorrer na região. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o (a) Sr. (a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo (a) na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail.

Consentimento pós-informação:

Eu _____, após a leitura, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Autorizo gravação da entrevista () SIM () NÃO.

Local e Data: _____ , _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Augusto César Nunes Alves

Pesquisador responsável

E-mail: augusto.cna@gmail.com

ANEXO A - CALENDÁRIO EPIDEMIOLÓGICO 2020



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Página: 1

CALENDÁRIO DE NOTIFICAÇÃO PARA O ANO DE 2020

Semana	Início	Término
1	29/12/2019	04/01/2020
2	05/01/2020	11/01/2020
3	12/01/2020	18/01/2020
4	19/01/2020	25/01/2020
5	26/01/2020	01/02/2020
6	02/02/2020	08/02/2020
7	09/02/2020	15/02/2020
8	16/02/2020	22/02/2020
9	23/02/2020	29/02/2020
10	01/03/2020	07/03/2020
11	08/03/2020	14/03/2020
12	15/03/2020	21/03/2020
13	22/03/2020	28/03/2020
14	29/03/2020	04/04/2020
15	05/04/2020	11/04/2020
16	12/04/2020	18/04/2020
17	19/04/2020	25/04/2020
18	26/04/2020	02/05/2020
19	03/05/2020	09/05/2020
20	10/05/2020	16/05/2020
21	17/05/2020	23/05/2020
22	24/05/2020	30/05/2020
23	31/05/2020	06/06/2020
24	07/06/2020	13/06/2020
25	14/06/2020	20/06/2020
26	21/06/2020	27/06/2020
27	28/06/2020	04/07/2020
28	05/07/2020	11/07/2020
29	12/07/2020	18/07/2020
30	19/07/2020	25/07/2020
31	26/07/2020	01/08/2020
32	02/08/2020	08/08/2020
33	09/08/2020	15/08/2020
34	16/08/2020	22/08/2020
35	23/08/2020	29/08/2020
36	30/08/2020	05/09/2020
37	06/09/2020	12/09/2020
38	13/09/2020	19/09/2020
39	20/09/2020	26/09/2020
40	27/09/2020	03/10/2020
41	04/10/2020	10/10/2020
42	11/10/2020	17/10/2020
43	18/10/2020	24/10/2020
44	25/10/2020	31/10/2020
45	01/11/2020	07/11/2020
46	08/11/2020	14/11/2020
47	15/11/2020	21/11/2020
48	22/11/2020	28/11/2020
49	29/11/2020	05/12/2020
50	06/12/2020	12/12/2020
51	13/12/2020	19/12/2020
52	20/12/2020	26/12/2020
53	27/12/2020	02/01/2021

Observação: Por convenção internacional as semanas epidemiológicas são contadas de domingo a sábado. A primeira semana do ano é aquela que contém o maior número de dias de janeiro e a última a que contém o maior número de dias de dezembro.

Emitido em: 06/01/2020

ANEXO B - CALENDÁRIO EPIDEMIOLÓGICO 2021



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Página: 1

CALENDÁRIO DE NOTIFICAÇÃO PARA O ANO DE 2021

Semana	Início	Término
1	03/01/2021	09/01/2021
2	10/01/2021	16/01/2021
3	17/01/2021	23/01/2021
4	24/01/2021	30/01/2021
5	31/01/2021	06/02/2021
6	07/02/2021	13/02/2021
7	14/02/2021	20/02/2021
8	21/02/2021	27/02/2021
9	28/02/2021	06/03/2021
10	07/03/2021	13/03/2021
11	14/03/2021	20/03/2021
12	21/03/2021	27/03/2021
13	28/03/2021	03/04/2021
14	04/04/2021	10/04/2021
15	11/04/2021	17/04/2021
16	18/04/2021	24/04/2021
17	25/04/2021	01/05/2021
18	02/05/2021	08/05/2021
19	09/05/2021	15/05/2021
20	16/05/2021	22/05/2021
21	23/05/2021	29/05/2021
22	30/05/2021	05/06/2021
23	06/06/2021	12/06/2021
24	13/06/2021	19/06/2021
25	20/06/2021	26/06/2021
26	27/06/2021	03/07/2021
27	04/07/2021	10/07/2021
28	11/07/2021	17/07/2021
29	18/07/2021	24/07/2021
30	25/07/2021	31/07/2021
31	01/08/2021	07/08/2021
32	08/08/2021	14/08/2021
33	15/08/2021	21/08/2021
34	22/08/2021	28/08/2021
35	29/08/2021	04/09/2021
36	05/09/2021	11/09/2021
37	12/09/2021	18/09/2021
38	19/09/2021	25/09/2021
39	26/09/2021	02/10/2021
40	03/10/2021	09/10/2021
41	10/10/2021	16/10/2021
42	17/10/2021	23/10/2021
43	24/10/2021	30/10/2021
44	31/10/2021	06/11/2021
45	07/11/2021	13/11/2021
46	14/11/2021	20/11/2021
47	21/11/2021	27/11/2021
48	28/11/2021	04/12/2021
49	05/12/2021	11/12/2021
50	12/12/2021	18/12/2021
51	19/12/2021	25/12/2021
52	26/12/2021	01/01/2022

Observação: Por convenção internacional as semanas epidemiológicas são contadas de domingo a sábado. A primeira semana do ano é aquela que contém o maior número de dias de janeiro e a última a que contém o maior número de dias de dezembro.

Emitido em: 16/12/2020

ANEXO C - CALENDÁRIO EPIDEMIOLÓGICO 2022



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Página: 1

CALENDÁRIO DE NOTIFICAÇÃO PARA O ANO DE 2022

Semana	Início	Término
1	02/01/2022	08/01/2022
2	09/01/2022	15/01/2022
3	16/01/2022	22/01/2022
4	23/01/2022	29/01/2022
5	30/01/2022	05/02/2022
6	06/02/2022	12/02/2022
7	13/02/2022	19/02/2022
8	20/02/2022	26/02/2022
9	27/02/2022	05/03/2022
10	06/03/2022	12/03/2022
11	13/03/2022	19/03/2022
12	20/03/2022	26/03/2022
13	27/03/2022	02/04/2022
14	03/04/2022	09/04/2022
15	10/04/2022	16/04/2022
16	17/04/2022	23/04/2022
17	24/04/2022	30/04/2022
18	01/05/2022	07/05/2022
19	08/05/2022	14/05/2022
20	15/05/2022	21/05/2022
21	22/05/2022	28/05/2022
22	29/05/2022	04/06/2022
23	05/06/2022	11/06/2022
24	12/06/2022	18/06/2022
25	19/06/2022	25/06/2022
26	26/06/2022	02/07/2022
27	03/07/2022	09/07/2022
28	10/07/2022	16/07/2022
29	17/07/2022	23/07/2022
30	24/07/2022	30/07/2022
31	31/07/2022	06/08/2022
32	07/08/2022	13/08/2022
33	14/08/2022	20/08/2022
34	21/08/2022	27/08/2022
35	28/08/2022	03/09/2022
36	04/09/2022	10/09/2022
37	11/09/2022	17/09/2022
38	18/09/2022	24/09/2022
39	25/09/2022	01/10/2022
40	02/10/2022	08/10/2022
41	09/10/2022	15/10/2022
42	16/10/2022	22/10/2022
43	23/10/2022	29/10/2022
44	30/10/2022	05/11/2022
45	06/11/2022	12/11/2022
46	13/11/2022	19/11/2022
47	20/11/2022	26/11/2022
48	27/11/2022	03/12/2022
49	04/12/2022	10/12/2022
50	11/12/2022	17/12/2022
51	18/12/2022	24/12/2022
52	25/12/2022	31/12/2022

Observação: Por convenção internacional as semanas epidemiológicas são contadas de domingo a sábado. A primeira semana do ano é aquela que contém o maior número de dias de janeiro e a última a que contém o maior número de dias de dezembro.

Emitido em: 03/12/2021