

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Edenilson Freitas Rodrigues

**DESAFIOS NA GESTÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE
FRONTEIRA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Três de Maio, RS, Brasil

2015

Edenilson Freitas Rodrigues

**DESAFIOS NA GESTÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (Ead), da universidade Federal de Santa Maria/CESNORS (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder

Três de Maio, RS, Brasil

2015

Edenilson Freitas Rodrigues

Artigo apresentado ao Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde, da UFSM/CESNORS,
como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão de Organização
Pública em Saúde.**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Artigo de Conclusão de Curso

**DESAFIOS NA GESTÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

elaborado por
Edenilson Freitas Rodrigues

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rafael Marcelo Soder, Dr.
(Presidente/Orientador)

Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)
(Examinador)

Gianfábio Pimentel Franco, Dr. (UFSM)
(Examinador)

Três de Maio, 04 de dezembro de 2015.

DESAFIOS NA GESTÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

CHALLENGES IN HEALTH MANAGEMENT IN A BORDER TOWN: EXPERIENCE REPORT¹

Edenilson Freitas Rodrigues², Rafael Marcelo Soder³

Resumo

Este estudo relata a experiência, em caráter descritivo, de uma gestão municipal de saúde e assistência social em um município de pequeno porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, em fronteira a República Argentina, durante os anos de 2013 e 2014. O objetivo deste estudo é trazer à luz da discussão os desafios encontrados na gestão em saúde, abordando suas singularidades na cobertura das ações e serviços das políticas públicas de saúde. Concluiu-se a necessidade de repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos econômicos em espaços internacionais. Estas reflexões de forma contínua proporciona um maior apoio no âmbito do planejamento das ações e serviços de saúde, tanto a nível local quanto regional, tendo em vista a magnitude de seus impactos.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Áreas de Fronteira e Políticas Públicas.

Abstract

This study reports the experience in descriptive, a municipal management of health and social care in a small town in the northwestern region of Rio Grande do Sul, on the border with Argentina during the years 2013 and 2014. The this study aims to bring to light the discussion the challenges in health management, addressing its uniqueness in the coverage of activities and services of public health policies. The conclusion was the need to rethink social rights, in order to monitor the expansion of economic rights in international spaces. These reflections continuously provides greater support within the planning of actions and health services, both locally and regionally, given the magnitude of its impact.

Keywords: Health Management, Border Areas and Public Policies.

-
1. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (Ead), da Universidade Federal de Santa Maria/CESNORS – UFSM.
 2. Enfermeiro. Pós-graduando em Gestão das Organizações Públicas de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
 3. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da UFSM. Professor Orientador do TCC.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Brasil é um País de extensão continental e de contradições, com uma área de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e com uma população de aproximadamente 180 milhões de habitantes. Também é um País complexo e desigual, onde emergem nítidas diferenças sociais, econômicas, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões e, dentro destas, entre seus distintos nichos sociais. Isso, por si só, traz para as políticas públicas premissas para fortalecer cada vez mais a descentralização da saúde (MENDES, 2011).

A descentralização e a municipalização, incorporadas ao Sistema Único de Saúde – SUS permitiu alterações na gestão do setor-saúde, tornando-a mais democrática e participativa. Com a descentralização, o poder de decidir sobre a gestão das organizações de saúde é levada para junto dos usuários e contextualizada as suas realidades. Com esse novo perfil organizacional, transformou-se o formato institucionalizado e setorializado, alterando as práticas e valores fundamentados na cultura das organizações públicas, que determinam a maneira de gerenciar o setor (MENDES, 2011).

Nesse contexto, a gestão pública de atenção à saúde oferece respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização ou reorganização do Sistema Único de Saúde, deve-se partir de uma análise das necessidades de saúde expressas em sua população (CORBO, et. al. 2007). A situação de saúde deve ser analisada nos seus aspectos sociodemográficos e epidemiológicos. A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos e variáveis, de se implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população, e ainda, de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura (STARFIELD, 2002).

Entendendo que a gestão em saúde é o cerne do complexo sistema e serviços de saúde, nos municípios de fronteira há particularidades e singularidades específicas desse cenário. Na face desse quadro, os serviços e ações de saúde tomam um importante papel para seus municípios, bem como para as pessoas não pertencentes ao sistema municipal de saúde que trafegam nesses espaços.

Além da população adscrita e cadastrada a fim de que as políticas públicas atinjam sua totalidade, somam-se a estes nos municípios de fronteiras pessoas advindos de outros países, muitas vezes por imigração clandestina, com todas as cargas socioculturais e necessidades

humanas básicas, sujeitando-se a estarem à marginalidade das políticas públicas brasileiras, em específico a aqui abordado a saúde. Por não possuírem muitas vezes documentação legal ficam impossibilitados a acessarem os serviços de saúde, tornando-se apenas a opção do atendimento pela porta da média e alta complexidade da urgência e emergência, ou seja, quando os fatores de saúde preveníveis tornaram-se já agravos.

Pode-se considerar que são vários os fatores que determinam ou limitam o acesso desses usuários a estes serviços. Como por exemplo, a diferenciação da qualidade do cuidado, as tecnologias empregadas, a agilidade e o custo financeiro destes, muitas vezes levando em conta o fortemente a gratuidade. O viés da questão é de como delimitar o direito à cidadania e humano frente a logística de construções de redes de atenção a saúde (NOGUEIRA , 2006).

Pode-se visualizar diferentes formas e trajetórias na prática da gestão em saúde. Sem pautar uma fórmula correta dos caminhos a percorrer, e sim uma construção dos caminhos que melhor se adaptam a realidade local, observando as legislações pertinentes, os dados de base epidemiológicos, determinantes e condicionantes sociais locais, e principalmente, a efetiva participação social neste processo.

A relevância do estudo sustentado na gestão municipal de um município de pequeno porte pauta-se em contextualizar as diversas formas de atuação da gestão em saúde, influenciada por cenários característicos e envolvendo traços singulares, culturais, demográficos, epidemiológicos e estruturais. Pretende-se no transcorrer deste trabalho relatar a experiência, em caráter descritivo, de uma gestão municipal de saúde e assistência social em um município de pequeno porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, em fronteira com a República Argentina, durante os anos de 2013 e 2014.

As descrições de cunho observatórias partem dos caminhos percorridos, das ações e demandas emergidas de forma cotidiana e de opinião acerca da gestão deste município. Tendo como base trazer a análise pontos delimitados pertinentes, a posicionamentos e reflexões, no intuito de ampliação das formas de visualizar o processo de gestão em município de pequeno porte e de zona de fronteira.

Considera-se que o fato relatar uma experiência torna-se um dos recursos amplamente utilizados em artigos de periódicos científicos, principalmente nas ciências humanas e sociais, enriquecendo a fundamentação teórica do texto com a própria vivência profissional ou pessoal

do autor, sem a formalidade de enquadrar o conteúdo numa metodologia de estudo de caso, ou de outros recortes metodológicos e científicos (ATHENAS, 2015).

A importância das reflexões trazidas por este relato de experiência dá-se a partir da necessidade de conhecermos as práticas e desafios encontrados na forma de atuação da gestão de um município de pequeno porte no município de fronteira na área da saúde. A partir de tal elucidação poderemos refletir e contribuir para temas como a qualificação das ações de saúde na área da gestão no determinado cenário, assim como discutir repercussões do processo de integração entre países acerca dos sistemas de saúde.

O objetivo deste estudo está em traçar uma discussão dos desafios encontrados na gestão em saúde, em um município de pequeno porte em região de fronteira, abordando suas singularidades na cobertura das ações e serviços das políticas públicas de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e de observação, acerca da experiência do autor enquanto gestor municipal de saúde e assistência social em um município de pequeno porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul. O período de análise ocorreu nos anos de 2013 e 2014 quando da participação junto à administração municipal. O relato de experiência, portanto toma-se como sendo uma descrição, de maneira mais informal, e sem o rigor exigido na apresentação de resultados de pesquisa, formatando-se a um texto de caráter analítico incorporado a um texto (ATHENAS, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização do município

O município e o processo de gestão em saúde que são relatados no presente estudo possui cerca de 3.925 habitantes, sendo dividido em 39,5% residentes da área urbana e 60,5% na zona rural, tendo um histórico de 23 anos de emancipação. Caracterizando-se por ser um município que sua economia baseia-se basicamente na agropecuária e com realidade típica do meio rural, possuindo a indústria e o comércio ainda de forma incipiente, tendo pouca representatividade na composição do valor adicionado à economia do município. Possui uma

população colonizada basicamente pelas etnias alemã, polonesa e italiana (NOVO MACHADO, 2013).

A área de extensão do município 218,325 km², tendo em sua maioria das residências localizadas na zona rural. O acesso até o município é dado por via asfáltica, no entanto todos os demais caminhos que ligam as comunidades são constituídos por estradas não pavimentadas.

O município encontra-se localizado a limitação com a República Argentina através do rio Uruguai, no entanto, não possui zona portuária, controle de fluxo migratório e porto alfandegado, fazendo com que existam serviços clandestinos de transporte de pessoas e mercadorias entre os dois países (NOVO MACHADO, 2013).

Estrutura da rede municipal de saúde e assistência social

A Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social - SMSAS neste município possui uma subdivisão em duas diretorias, constituindo um órgão único, sendo que o gestor é responsável pelo gerenciamento das duas áreas.

Quando dividido as duas áreas saúde e assistência social as estruturas são configuradas da seguinte forma: Assistência Social: uma unidade de Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e uma unidade de Centro de Convivência de Idosos, entre técnicos da área e trabalhadores somam um total de 11 funcionários da área específica. Já no setor da saúde são: duas Unidades de Saúde da Família com equipes mínimas obrigatórias completas, duas Unidades Satélites (unidades de saúde vinculadas a uma unidade de saúde da família localizadas no interior do município – zona rural), uma academia pólo de saúde, duas equipes de apoio sendo um Núcleo de Saúde da Família – NASF e um Núcleo de Apoio a Atenção Básica em Saúde Mental – NAAB, entre as equipes de saúde da família, profissionais da área técnica de saúde e demais trabalhadores perfazem um total de 57 funcionários (NOVO MACHADO, 2013).

O município não possui serviço de pronto atendimento de urgências e emergências, sendo que os serviços demandados são referenciados para o município vizinho que dista dez quilômetros, onde se localiza um hospital de pequeno porte com plantão médico vinte e quatro horas. Considerando também que é o único município de sua região de saúde que não possui cobertura do Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192, serviço este financiado em parte pelo Estado do Rio Grande do Sul, parte União e outra parte Município.

O serviço de transporte, remoção e atendimento que houver necessidade é feito por servidores do município. Considerando o fato que o município possui uma frota de sete veículos tipo passeio, uma ambulância e um microônibus. O serviço é feito a partir dasdezoito horas, horário este de término das atividades nas ESF, até as sete horas do dia seguinte, nos dias úteis, e nos finais de semanas e feriados vinte e quatro horas do dia.

A comunicação entre o usuário e o serviço de transporte é realizado por meio de ligação telefônica direta ao motorista escalado. Esse número sendo amplamente divulgado pela ESF. O usuário é transportado até o hospital de referência onde é feito o serviço de avaliação dos riscos e se necessário atendimento médico de urgência e emergência.

O gerenciamento das ações em saúde municipal resume-se na execução e vigilância de serviços na área da Atenção Primária em Saúde - APS, com foco de fortalecimento as duas equipes completas da Estratégia de Saúde da Família, possuindo cobertura de cem por cento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A ESF foi oficialmente implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde como um programa e posteriormente em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial. Define-se como um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional no âmbito da APS (BRASIL, 2012).

A ESF destaca-se como estratégia de organização dos serviços na APS, sendo prioritária no leque das políticas públicas de saúde, fortalecendo a rede e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. Tem como um de seus objetivos acompanhar, através de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, a população adscrita à sua área de abrangência. O fundamental no trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO et al., 2007).

Com isso, tem o intuito de obter um cuidado integral, baseando-se no conceito ampliado de saúde, no âmbito da prevenção e promoção da saúde, no trabalho em equipe e na busca pela qualidade e resolutividade da assistência ao usuário (BRASIL, 2012). Demanda, portanto, uma integração efetiva e contínua entre as políticas públicas para que a assistência

prestada ocorra de maneira integral e que assegure o direito ao atendimento dos usuários em suas necessidades de saúde.

Todo o trabalho previsto para a ESF apresenta vinculação direta com o conceito de intersetorialidade, entendida como a integração contínua desde o planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas entre as instituições e serviços dos diferentes setores (BRASIL, 2012).

Relação entre a gestão em saúde e a gestão em assistência social

A ideia explícita na concepção do Sistema Único de Saúde - SUS é de que o modelo de saúde proposto deve estar direcionado as necessidades sociais da população, com olhares atentos no âmbito da saúde coletiva reafirmando o direito de cidadania (CAMPOS, 2000).

Nascido após o SUS, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, através da Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, trouxe consigo muitos fundamentos espelhados do SUS, com direção descentralizada e com princípios e diretrizes semelhantes ao primeiro. Essa semelhança reforça a idéia de ambas como constituintes da seguridade social prevista na Constituição Federal, complementando os direitos básicos da sociedade (BRAVO, 2002).

Com a premissa de caracterizar-se um município de pequeno porte e financiamento de forma limitada algumas das áreas dos serviços públicos são administradas de forma conjunta. Neste cenário encontra-se a fusão entre a secretaria municipal de saúde e assistência social, constituindo um segmento único da administração municipal.

A organização deste órgão dá-se a partir da divisão em duas diretorias em áreas específicas, mas, no entanto localizadas no mesmo espaço físico. Esse fato traz de certa forma para os munícipes dificuldades de quais as demandas devem ser trazidas ao órgão, cabendo muitas vezes a este o direcionamento para a população.

A intersetorialidade entre esses setores constitui-se uma forma de integração entre políticas públicas, incluindo também a esse contexto a educação, elas possuem histórica importância para a população e por diversas vezes por serem os serviços públicos mais próximos da comunidade, por serem tradicionalmente inseridos no território onde o indivíduo vive. É com a perspectiva de integralidade no desenvolvimento do trabalho, que os setores entre si devem buscar de forma coletiva o enfrentamento às situações trazidas no cotidiano pelos usuários, neste caso nas políticas de saúde e de assistência social (CAMPOS, 2000).

O trabalho que permeia as duas áreas neste município possui diversas interfaces. Ora com situações de dificuldades em conseguir classificar os propósitos das ações, ou dificuldades devido a procura/demanda por parte da população uma vez, que as unidades de saúde da família e o centro de referência da assistência social estão localizados na comunidade, sendo um facilitador do acesso para a população. Por outro lado havia benefícios proporcionados pelo trabalho multiprofissional de uma rede muito próxima, facilitando a comunicação e reduzindo as barreiras que por diversas vezes são as mesmas encontradas pelos serviços no momento da execução das ações.

É de suma importância que haja integração das ações, o que pressupõe também a participação das demais políticas públicas, sendo isso um desafio que demandam articulações de redes e movimentos contínuos. Tanto no âmbito da saúde quanto da assistência social o foco sempre está centrado na lógica da seguridade social transformando ações em garantias de direitos sociais e individuais (MARTINELLI, 1998).

Desafios na gestão em saúde de um município de fronteira

A Faixa de Fronteira brasileira possui até 150 km de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre, que abrange 588 municípios de 11 estados. Essa área corresponde a 27% do território brasileiro e reúne uma população estimada em dez milhões de habitantes, ou seja, 19% da população brasileira (GIOVANELLA et al., 2007).

O Brasil possui extensos limites fronteiriços com os demais países, especialmente com os pertencentes aos do Mercosul, onde vêm apresentando preocupações, pois influenciam todo o país e, especialmente os municípios de regiões de fronteira. O fluxo de intensificação do livre comércio reflete sobre o setor social, além da manutenção de questões ligadas à Faixa de Fronteira, tal como a proteção social entre os países, que se aguça nestes espaços. Com isso os municípios de fronteira do Brasil têm enfrentado dificuldades em prover os seus munícipes atenção integral à saúde, conforme preconizada pela Constituição Federal. Fatores como: recursos humanos, equipamentos e serviços de média e alta complexidade, distância entre os municípios e os centros de referência, dentre outros sofrem interferências consideráveis em regiões de fronteira no âmbito da saúde (GIOVANELLA et al., 2007).

Tendo como base as ações de saúde no território relatado, e as ações serem desempenhadas em sua totalidade a partir da coordenação das Estratégias de Saúde da Família, e esta por sua vez trabalhar com população adscrita, a criação de vínculo fica

comprometida, onde áreas prioritárias de saúde como, por exemplo, gestantes e crianças ficam a mercê dos fatores migratórios interferindo diretamente nos dados epidemiológicos pactuados naquele local, dificultando assim a avaliação dos serviços municipais de saúde do município.

Territórios complexos são as regiões de fronteiras e tidas como espaços-limite no âmbito jurídico formal e de convivência no âmbito cotidiano, pois nelas existem processos de integração e de conflitos. Linha ou zona de fronteira assinala um “espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas” (NOGUEIRA et al.,2007).

Alguns estudos apontam que em municípios brasileiros de fronteira, foram identificadas dificuldades no que se refere à programação de imunização e à cobertura vacinal, visto que os recém-natos, filhos de mães estrangeiras que realizam seus partos hospitalares no Brasil, retornam ao seu país de origem sem que sejam vacinados (GIOVANELLA et al., 2007).

Ao ser identificada uma família que está sem documentação (imigrante ilegal) residindo no município percebe-se que a equipe fica muitas vezes refém dessa situação. Exemplificando tal afirmação, no caso de uma gestante em tal situação, seria ilegal ofertar um acompanhamento de pré-natal a uma mulher estrangeira que sequer tem documentação para fins de registro, se a equipe assim o fizer poderá estar sendo apontada como conivente neste processo. Por outro lado, justificada pela morosidade do processo de denúncia e tramitação junto aos órgãos competentes e processo de extradição esta mesma usuária dará entrada nos serviços públicos em trabalho de parto, onde não poderá ser negada a assistência e uma vez essa criança nascida em território brasileiro adquire os direitos de cidadania brasileira bem como aquele que possui sua guarda legal. Ou seja, qual situação tende a ser pior receber uma criança e uma mãe sem ter tido acompanhamento pré-natal mínimo ou ser conivente a imigração ilegal? Sendo este um dilema freqüente no campo prático para os profissionais de saúde.

Dificuldades também foram apontadas em relação à utilização de estratégias arriscadas de usuários não brasileiros para obtenção de acesso ao sistema como, por exemplo, aguardar o agravamento da doença para o ingresso como emergência, quando o atendimento deve sempre ser realizado (NOGUEIRA et al.,2007).

No que se refere ao estrangeiro residente legalizado, este possui os mesmos direitos sociais dos brasileiros. Também é afirmada pelo Estatuto do Estrangeiro, Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980, na Secção Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro, que, em seu artigo 95 destaca: “o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos, nos termos da Constituição e das leis” (BRASIL, 1980).

A comunicação dos serviços de saúde e a população

Apesar de estarmos em um cenário mundial tecnológico a comunicação entre o serviço de saúde e a população ocorria de uma maneira peculiar. Hoje presencia-se uma grande oferta de novas tecnologias no âmbito da comunicação como, por exemplo, celulares, *tablets* e outros a cada dia tornando-se parte da vida cotidiana e ofertando novas formas de comunicação e conforto. No entanto indo na contramão mercadológica a maneira mais eficaz de comunicação entre o serviço de saúde e a comunidade do município estudado dá-se através do rádio.

Segundo Roges et. al. (2013), a implementação da linguagem de rádio no processo de educação, estabelece uma nova alternativa para estimular o processo de ensino e aprendizagem, além de promover o acesso à informação, comunicação e interação social. Trazendo consigo impactos favoráveis no que tange a proximidade da comunidade e os serviços de saúde.

Culturalmente a população do meio rural mantém uma audiência fiel aos programas de rádios regional, sendo uma das maneiras encontradas de transmitir os comunicados para a população, onde é feita diariamente em horário específico. Neste espaço são comunicados que necessitam entrar em contato com a secretaria de saúde, para tratarem assuntos de seu interesse, um elenco de usuários do sistema. Esses comunicados permeiam desde a informação da data de agendamento de consultas de média e alta complexidade, agendamento de transporte aos municípios vizinhos, até a disponibilidade de resultados de exames nas unidades de saúde.

Em primeira impressão surgiu o questionamento quanto à exposição dos usuários do sistema, mas após algum tempo de observação, chegou-se a conclusão que mais de 95% da população utilizavam o serviço público de saúde, muitas vezes relatando a preferência por estes quando comparado aos serviços privados, como por exemplo: consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais. Muito disso pelo considerável vínculo desenvolvido pelas

equipes de saúde da família com a comunidade, relacionado o fato da baixa rotatividade e perfil desses profissionais atuantes na saúde da família.

Entende-se que o espaço radiofônico configura-se como um recurso para as práticas de educação em saúde, e que através desta há continuidade do processo de reconhecimento dos aspectos culturais e segmentos comunitários, que ao se dispor desse acesso à informação há uma efetiva promoção de saúde e reconstruções de valores e definições de padrões comportamentais em saúde (ROGES et. al., 2013).

Algumas ferramentas de comunicação também são utilizadas, no entanto não com a ampla cobertura que o rádio oferece naquele município, pois em muitos locais não há sinais de telefones, linhas de telefone, ou sinal de internet. Inclusive o serviço dos correios não acontece de maneira habitual como em centros maiores. Todos os produtos endereçados a comunidade que reside na zona rural, ficam a disposição nas unidades de saúde, pois não há condições de entrega nos endereços localizados no interior. Um dos complicadores deste fato é que há apenas um funcionário disponibilizado pela empresa dos Correios e Telégrafos para executar todos os serviços no município, que vão desde as atribuições da agência até a distribuição das correspondências.

Os agentes comunitários de saúde pela profissão e papel que exercem sendo o elo dos serviços de saúde e a população, auxiliam no trabalho de comunicação, no entanto por possuírem áreas de abrangência muito extensas na zona rural, havendo tal necessidade, ocorre uma desconstrução na logística de visitação dos mesmos, fazendo com que o planejamento das ações da equipe fique prejudicado.

O financiamento em saúde e o SIS Fronteira

O Ministério da Saúde lança em julho de 2005 através da Portaria 1.120 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras que é um projeto de integração de ações e serviços de saúde nas regiões fronteiriças do país. Em novembro do mesmo ano o sistema é implantado no primeiro município sendo este em Uruguaiana fronteira oeste do Rio Grande do Sul ao qual possui divisa através de uma ponte a cidade de Paso de Los Libres na Argentina. Com vistas a contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, o projeto tornou-se uma importante estratégia para uma futura integração entre os países da América Latina, espalhando-se por mais de 120 municípios de região de fronteira por todo o país.

Tendo como seu principal objetivo o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, fez-se necessário mensurar diversos aspectos de forma quantitativa e qualitativa dentre eles: sócio-econômicos, geográficos, epidemiológicos, sanitários, ambientais e assistenciais, sendo esses bases do processo de implantação do SIS Fronteiras.

As ampliações dos conceitos geográficos agregam o entendimento dos processos de saúde-doença na era da globalização. Pois, apresentam a manifestação social e o estudo do espaço, sobre as práticas de gestão da saúde pública, devido às epidemias e fluxos em que as doenças se disseminam (FARIA; BORTOLOZZ, 2009). E por sua vez o planejamento territorial ramifica-se no controle de doenças através de ações de saúde pública que consideram as diferentes características do território.

O município onde se baseia o relato aderiu o sistema SIS Fronteiras no ano de 2006, passando por mais duas pactuações uma 2009 e outra em 2012. Sendo financiado em um primeiro momento um montante de R\$7.005,96 a fim de custear o a realização do diagnóstico local e plano operacional no período de seis meses, após a homologação da adesão. Durante esse período até hoje por outras duas vezes, foram repassados recursos financeiros, através de gestões anteriores, realizarem-se pactuações que focaram a aplicação de recursos em procedimentos de média e alta complexidade, como por exemplo, atendimento especializado de cardiologia.

Após isso durante o ano de 2013 houve comunicação do ministério da Saúde, a fim de realizar um novo plano de investimento de recursos financeiros proposto pelo sistema, no entanto até a presente data não houve retornos tampouco investimentos financeiros voltados a este fim, impossibilitando algumas ações planejadas na área.

O sistema público de saúde brasileiro possui dificuldades em integrar as ações propostas no SIS Fronteiras, sendo uma delas a considerável circulação de pessoas nessas regiões de fronteira. Essa movimentação se dá pela procura de melhores serviços de saúde, entre outros motivos, sendo que a região sul do país é a que possui a marca mais forte dessa ação (GIOVANELLA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada apontou no sentido de focar algumas interfaces da dinâmica que envolvia a gestão em saúde de um município de pequeno porte em região de fronteira, no entanto é sabido que os assuntos pertinentes as suas práticas e ao cenário local não se esgotam, tão pouco são resumidos a resoluções pontuais. No entanto, trouxe à luz reflexões as diferentes práticas impulsionadas pela municipalização e características únicas de um cenário local.

No contexto local as políticas de saúde e assistência social tiveram diversos avanços, conquistados a partir da Constituição Federal de 1988, do controle social e de suas legislações específicas. Porém, analisando o contexto da legislação social temos o direcionamento do Estado de Bem- Estar Social, ou seja, de efetivar um Estado que estivesse comprometido de fato com políticas sociais de caráter universalizador, emancipatório e societário, que por muitas vezes acaba por permanecer no campo filosófico.

Entretanto, ao unirmos a saúde e a assistência social para analisar sobre a importância do trabalho e das ações desempenhada de forma integrada entre ambas, encontramos na intersetorialidade, um pressuposto essencial para a efetivação da integralidade no atendimento aos usuários destas políticas. Situação esta potencializada na articulação e construção de uma rede de saúde onde há a comunicação e complementaridade de fins semelhantes.

Ao ser abordado os processos de integração, foram descortinadas as exigências em se repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos sociais em espaços internacionais. Reflexões estas que de forma contínua proporcionam um maior apoio no âmbito do planejamento às ações e serviços de saúde, tanto a nível local quanto regional, tendo em vista a magnitude de seus impactos

A vivência aqui relatada no âmbito da gestão em saúde permite afirmar que a dificuldade no planejamento das ações e serviços ofertados pelo sistema torna-se precário, no momento em que nos deparamos com as fragilidades encontradas nos demais setores, como por exemplo, na legalidade da migração, do desconhecimento dos acordos internacionais, e no apoio ofertado dos órgãos judiciários deixando muitas vezes a gestão sem o devido embasamento das decisões a serem tomadas.

Nessa perspectiva pode-se concluir que os diversos cenários de produção em saúde possuem a interferência de seus atores, deixando claro que a atuação destes interfere

significativamente na continuidade do cuidado em saúde. Necessitando desde o olhar epidemiológico mais aguçado as áreas de fronteira até a reformulação de políticas mais eficazes para a pluralidade fronteiriça brasileira.

REFERÊNCIAS

- ATHENAS: Grupo Educacional. **Manual de Normas Técnicas para Elaboração de Artigo Científico**. Disponível em: http://www.fameta.edu.br/media/files/28/28_133.doc Acesso em: 10 ago.2015.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Senado Federal. **Estatuto do Estrangeiro**. Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980.
- BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: UFRJ 2002.
- CAMPOS, G. W de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- CORBO, A. D.; et al. **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde**. In: MOROSINI. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- FARIA, R. M. de; BORTOLOZZ, A. **Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil**. RAÍÇA, Curitiba, Editora UFPR, 2009.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 251-266, 2007.
- MARTINELLI, M. L. **Serviço Social e Saúde**. VOL.1. Campinas: UNICAMP, 2002
- POTIARA, Pereira. Ser Social. Brasília: UnB, 1998.
- MENDES. E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- NOGUEIRA, V. M. R.; DAL PRÁ, K. R.; FERMIANO, S. A diversidade ética e a política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha de fronteira do MERCOSUL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 227-236, 2007.
- NOGUEIRA, V. M. R. **Tendência das Políticas Nacionais de Saúde nos Países do Mercosul**. In: Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
- NOVO MACHADO. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Novo Machado – RS, 2013.

ROGES, A. L.; et. al. Utilização do rádio pelo enfermeiro como estratégia em educação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem UFPR** -Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar; v.15 p. 274. Paraná. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a31.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

STARFIELD, B. - **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.