

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA –
MESTRADO**

FERNANDA DA SILVA PUMI ALLIANA

**Utilização de Serviços de Média e Alta Complexidade em Hospitais de Referência na
Maior Fronteira Internacional do Brasil**

Foz Do Iguaçu

2021

FERNANDA DA SILVA PUMI ALLIANA

**Utilização de Serviços de Média e Alta Complexidade em Hospitais de Referência na
Maior Fronteira Internacional do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADOR: Dr. Fernando Kenji Nampo

Foz Do Iguaçu

2021

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Pumi Alliana, Fernanda da Silva
Utilização de Serviços de Média e Alta Complexidade em Hospitais de Referência na Maior Fronteira Internacional do Brasil. / Fernanda da Silva Pumi Alliana; orientador: Fernando Kenji Nampo. -- Foz do Iguaçu, 2021.
78 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico - Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2021.

1. Acesso a Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Atenção à Saúde. I. Nampo, Fernando Kenji, orient. II. Título.

PUMI, FSPA. **Utilização de Serviços de Média e Alta Complexidade em Hospitais de Referência na Maior Fronteira Internacional do Brasil.** 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Fernando Kenji Nampo. Foz do Iguaçu, 2021.

Aprovado em 16/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Kenji Nampo
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste
Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA

Prof. Dr. (a) Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima
Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA

Dedico este trabalho à minha família: Mateus - esposo, Miguel e Sophia - filhos, pelo apoio e compreensão em todos os momentos de ausência para conclusão desta etapa. E em especial aos meus pais: Egilio e Mariza, por tudo que fizeram e ainda fazem por mim. Esse trabalho também é mérito de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador Fernando Kenji Nampo pelo tempo e conhecimento dispendidos a mim e a este trabalho.

PUMI, FSPA. **Utilização de Serviços de Média e Alta Complexidade em Hospitais de Referência na Maior Fronteira Internacional do Brasil.** 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Fernando Kenji Nampo. Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

Palavras-chave: Acesso a Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde; Atenção à Saúde.

Objetivos: Verificar se a utilização de serviços de saúde de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência em região de fronteira trinacional por não-residentes sobrecarrega o sistema. **Métodos:** Estudo analítico com abordagem quantitativa de carácter observacional realizado com dados relacionados aos atendimentos de média e alta complexidade de dois hospitais de referência na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, localizada na região da Fronteira Trinacional Brasil-Paraguai-Argentina. Foram analisados os dados referentes aos serviços de média e alta complexidade prestados de 2015 até 2018. Compararam-se as frequências de procedimentos e de internações de três grupos de usuários: os provenientes da 9ª Regional de Saúde do Paraná (9RS), os provenientes de outras regionais de saúde brasileiras (BRA) e os residentes no exterior (brasileiros ou estrangeiros, EXT). Utilizou-se o teste de Fisher com algoritmo de Monte Carlo com 99% de confiança e 10.000 amostras para comparar as frequências de procedimentos dos grupos de usuários (9RS, BRA e EXT). Estabeleceu-se o V de Cramér para representar a força da associação observada. **Resultados:** No período estudado ocorreram 340.701 procedimentos. Os atendimentos realizados no grupo 9RS responderam por 97,0% (330.444) procedimentos, enquanto os do grupo BRA responderam por 2,8% (9.641) procedimentos e EXT responderam por 0,2% (616) procedimentos. Em relação ao número de internações, verificou-se um total de 282.644 internações, sendo 24,4% (69.092) do total realizados no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, e 75,6% (213.552) do total realizados no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Com relação ao ano de maior utilização de serviços de saúde, o ano de 2015 apresentou o maior número total de procedimentos aproximadamente 34,9% (98.576). **Considerações Finais:** Usuários não-residentes utilizam uma fração pequena dos serviços de saúde de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência em região de fronteira, sendo aparentemente inapropriado alegar que sobrecarregam os serviços hospitalares de média e alta complexidade nessas regiões.

PUMI, FSPA. **Use of medium and high complexity services in reference hospitals on the largest international border in Brazil.** 78f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: Fernando Kenji Nampo. Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

Keywords: Health Services Accessibility, Unified Health System, Health Services, Delivery of Health Care

Objectives: To verify whether the use of medium and high complexity health services in Brazilian reference hospitals in a trinational border region is due to non-overload of the system. **Methods:** Analytical study with a quantitative observational approach carried out with data related to medium and high complexity care in two reference hospitals in the city of Foz do Iguaçu, Paraná, located in the region of the Trinational Border Brazil-Paraguay-Argentina. Data referring to medium and high complexity services provided from 2015 to 2018 were forwarded. The frequencies of procedures and hospitalizations of three groups of users were compared: those from the 9th Regional Health of Paraná (9RS), those from other Brazilian health regions (BRA) and residents not abroad (Brazilians or foreigners, EXT). Use Fisher's test with Monte Carlo algorithm with 99% confidence and 10,000 to compare how frequencies of procedures of user groups (9RS, BRA and EXT). The V for Cramér was established to represent a strength of the observed association. **Results:** During the study period, 340,701 procedures. The consultations performed in the 9RS group accounted for 97.0% (330,444) procedures, while those in the BRA group accounted for 2.8% (9,641) procedures and EXT accounted for 0.2% (616) procedures. Regarding the number of admissions, there was a total of 282,644 admissions, 24.4% (69,092) of the total performed in the Hospital Ministro Costa Cavalcanti, and 75.6% (213,552) of the total performed in the Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Regarding the year with the highest use of health services, the year 2015 had the highest total number of procedures, approximately 34.9% (98,576). **Final Considerations:** Non-resident users use a small fraction of medium and high complexity health services in Brazilian reference hospitals in the border region, and it is apparently inappropriate to claim that they are overloaded with medium and high complexity hospital services in these regions.

PUMI, FSPA. **Utilización de servicios de mediana y alta complejidad en hospitales de referencia en la mayor frontera internacional do Brasil.** 78f. Dissertación (Maestría en Salud Pública) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Fernando Kenji Nampo. Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Palabras Clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Sistema Único de Salud, Servicios de Salud, Atención a la Salud

Objetivos: Verificar si el uso de servicios de salud de mediana y alta complejidad en los hospitales de referencia brasileños en una región fronteriza trinacional se debe a la no sobrecarga del sistema. **Métodos:** Estudio analítico con enfoque observacional cuantitativo realizado con datos relacionados con la atención de mediana y alta complejidad en dos hospitales de referencia de la ciudad de Foz do Iguaçu, Paraná, ubicada en la región de la Frontera Trinacional Brasil-Paraguay-Argentina. Se remitieron datos referentes a los servicios de mediana y alta complejidad prestados de 2015 a 2018. Se compararon las frecuencias de procedimientos y hospitalizaciones de 9roc grupos de 9rocedim: los de la IX Regional de Salud de Paraná (9RS), los de otras regiones de salud brasileñas (BRA) y residentes fuera del exterior (brasileños o extranjeros, EXT). Utilice la prueba de Fisher 9roced algoritmo de Monte Carlo con un 99% de confianza y 10.000 para comparar las frecuencias de los 9rocedimientos de los grupos de 9rocedim (9NR, BRA y EXT). La V de Cramér se estableció para representar una fuerza de la 9rocedimen observada. **Resultados:** Durante el período de 9rocedi ocurrieron 340.701 procedimientos. Las consultas realizadas en el grupo 9RS representaron 97,0% (330.444) 9rocedimientos, mientras que las del grupo BRA representaron 2,8% (9.641) de los procedimientos y EXT 0,2% (616) de los procedimientos. En cuanto al número de ingresos, hubo un total de 282.644 ingresos, 24,4% (69.092) del total realizado en el Hospital Ministro Costa Cavalcanti y 75,6% (213.552) del total realizado en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Respecto al año con mayor uso de servicios de salud, el año 2015 tuvo el mayor número total de procedimientos, aproximadamente 34,9% (98.576). **Consideraciones finales:** Los usuarios no residentes utilizan una fracción pequeña de los servicios de salud de mediana y alta complejidad en los hospitales de referencia brasileños en la región fronteriza, y aparentemente es inapropiado afirmar que los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad en estas regiones están sobrecargados.

LISTA DE SIGLAS

CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CNS	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
GT	GRUPO DE TRABALHO
HMCC	HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI
HMPGL	HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK
IPS	INSTITUTO DE ASSISTENCIA SOCIAL
MERCOSUL	MERCADO COMUM DO SUL
SINAIS	SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Localização da Fronteira Brasil-Paraguai-Argentina.....	23
Figura 2: Area de Conurbação Foz do Iguazu - Cidade de Leste - Porto Iguazu.....	24
Figura 3: Fluxo Cidadão em Situação Especial.....	25
Figura 4: Municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde do Paraná.....	36
Figura 5: Hospital Ministro Costa Cavalcanti.....	37
Figura 6: Hospital Municipal Padre Germano Lauck.....	38
Figura 7: Número de Internações por Ano do Estudo. Foz do Iguazu, PR. 2021.....	43

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Taxa de Internação de Média e Alta Complexidade- Paraná 2014-2018.....	34
Quadro 2: Produção Física Hospitalar – Paraná 2014-2018.....	34
Tabela 1: Informações sobre número de internações de acordo com cada instituição. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	42
Tabela 2: Procedimentos por Instituição. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	43
Tabela 3: Informações sobre serviços utilizados durante as internações. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	45
Tabela 4: Informações sobre a faixa etária segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	46
Tabela 5: Informações sobre o sexo segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	46
Tabela 6: Porta de Entrada segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	47
Tabela 7: : Informações sobre serviços utilizados durante as internações. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	48
Tabela 8: Utilização de UTI segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	49
Tabela 9: Especialidade de UTI Utilizada segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	49
Tabela 10: Realização de Cirurgia segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	50
Tabela 11: Realização de Parto segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	51
Tabela 12: Desfecho dos procedimentos referente ao HMCC segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguacu-PR, 2021.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 O DIREITO A SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO.....	17
3.2 A SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA	21
3.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): A REGIONALIZAÇÃO E O PAPEL DOS HOSPITAIS.....	26
3.3.1 A Regionalização.....	29
3.3.2 Os Hospitais e a Utilização dos Serviços de Média e Alta Complexidade.....	31
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	36
4.3 PERÍODO DO ESTUDO.....	39
4.4 FONTE DE DADOS.....	39
4.5 DADOS COLETADOS.....	39
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....	40
4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	40
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	61
APÊNDICES.....	65

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui princípios regidos por leis que garantem um atendimento universal, integral e com equidade a todos os cidadãos, não cabendo a limitação no atendimento a nenhum indivíduo que esteja em território nacional (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

Nas fronteiras, há sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social peculiares que, somados à intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração geram tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões (MELLO, VICTORIA e GONÇALVES, 2015).

Uma das polêmicas relacionadas ao acesso à saúde pública no Brasil é a sua utilização por cidadãos estrangeiros. A tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina é a fronteira brasileira mais populosa e abrange um contingente de aproximadamente 900.000 habitantes, dos quais 264.044 residem no município de Foz do Iguaçu (IPARDES, 2017). Nesta tríplice fronteira, o fluxo transnacional de pessoas em busca de serviços de saúde ocorre majoritariamente em direção ao Brasil (LIMA, 2017), potencialmente sobrecarregando os serviços de saúde locais. Isto se torna particularmente relevante ao se considerar que Foz do Iguaçu é referência para a 9ª Regional de Saúde do Paraná, com uma rede de serviços extensa, com recurso para atendimento de alta e média complexidades (NOGUEIRA, DAL PRÁ E FERMIANO, 2007). A cidade é referência para atendimento à gestante de alto risco, cardiologia, nefrologia, oncologia e traumatologia para os municípios de Santa Terezinha de Itaipu, Ramilândia, Itaipulândia, Serranópolis do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Missal e Medianeira.

Os serviços de média e alta complexidade estão “interligados” à regionalização e à hierarquização da saúde, pois é através destes princípios que ocorre a articulação dos hospitais de referência de média e alta complexidade na rede de atenção à saúde. A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Já os serviços de alta complexidade, além da atenção especializada, apresentam alto custo e englobam procedimentos que, no

contexto do SUS, envolvem alta tecnologia objetivando proporcionar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Portanto, é necessário que os gestores conheçam a realidade local acerca do uso de tais serviços levando em conta a população a ser atendida, a demanda reprimida, os mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência e a capacidade técnica e operacional dos serviços existentes ou a serem implantados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Devido à singularidade da cidade de Foz do Iguaçu decorrente da localização em região de fronteira, acredita-se que estrangeiros se desloquem ao Brasil para utilizar os serviços de saúde, mas desconhecem-se as estatísticas sobre o número de estrangeiros atendidos. Assim, discute-se a inexistência de um sistema para a quantificação dos sujeitos transfronteiriços atendidos, embora sejam solicitados os documentos para fins de cadastro e prontuário. Como consequência da falta de controle e contabilização de atendimentos, a tomada de decisões para a criação de políticas públicas vê-se prejudicada (FERREIRA, MARIANI e BRATICEVIC, 2015).

Apesar de sua relevância tanto do ponto de vista da capacidade de atendimento nos serviços de saúde, quanto do ponto de vista econômico, não se encontram na literatura científica pesquisas que quantifiquem a utilização de serviços de média e alta complexidade em cidade brasileira de fronteira internacional. Assim, surge a pergunta de pesquisa: os usuários dos serviços de saúde não-residentes no Brasil sobrecarregam os serviços de média e alta complexidade?

Este estudo objetivou caracterizar o fluxo de pacientes não-residentes com relação à utilização de serviços de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência na maior fronteira internacional do país, possivelmente contribuindo para um melhor planejamento da gestão em saúde em regiões brasileiras de fronteira internacional assemelhadas à região estudada.

O presente trabalho é composto por Introdução, Objetivos, Percurso Metodológicos no qual aborda-se breve histórico do direito a saúde e o sistema de saúde no Brasil, a saúde em Região de Fronteira, o papel da regionalização e dos hospitais na Rede de Atenção à Saúde e os aspectos legais da média e alta complexidade. Finaliza-se o trabalho com a exposição dos Resultados e Discussão, e por fim, as Considerações Finais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a utilização de serviços de saúde de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência em região de fronteira internacional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Quantificar o número de pacientes residentes na 9ª Regional de Saúde do Paraná, os pacientes residentes em outras regionais de saúde do Brasil, e os não-residentes no Brasil, atendidos em serviços de média e alta complexidade em Foz do Iguaçu.
2. Quantificar os procedimentos de média e alta complexidade realizados em pacientes residentes na 9ª Regional de Saúde do Paraná, os pacientes residentes em outras regionais de saúde do Brasil, e os não-residentes do Brasil.
3. Comparar o perfil de pacientes residentes na 9ª Regional de Saúde do Paraná, os pacientes residentes em outras regionais de saúde do Brasil, e os não-residentes do Brasil atendidos nos serviços de média e alta complexidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O DIREITO A SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

O direito à saúde está inserido em um amplo grupo de questões relacionando a saúde e o bem-estar, assim como os diferentes direitos humanos, interligados e dependentes entre si. A saúde não existe de forma isolada da vida das pessoas, da sociedade (SOUZA, 2018). Assim, no Brasil a Saúde é um direito garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988, sendo tratada nos artigos 196 a 200.

O artigo 196 afirma 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).

O direito público subjetivo à saúde, além de representar um direito social, qualifica-se também como um direito fundamental que assiste a todos, sem distinção de raça, credo ou cor, haja vista a sua íntima vinculação ao direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana, bem como pela própria disposição constitucional. Afirmar que o direito à saúde é um direito fundamental significa dizer que ele vincula os Poderes Públicos nas três esferas (Executivo, Legislativo e Judiciário), não podendo sequer ser extirpado da Constituição por meio de emenda constitucional (ABREU, 2014).

depara dar efetividade ao dispositivo constitucional que garante o acesso amplo e irrestrito à saúde, impõe-se ao Estado a obrigação de formular e implementar políticas econômicas e sociais. Com isso, procura-se proporcionar melhoria nas condições de vida e saúde dos diversos grupos da população, e, por meio de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos, assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (ABREU, 2014).

Assim, a Constituição Federal de 1988 cria o Sistema Único de Saúde (SUS) sob os princípios da universalização do acesso integral aos serviços de saúde; a promoção da equidade; gestão descentralizada; e participação social. Sua gestão é compartilhada pelo Ministério da Saúde, pelas secretarias estaduais de saúde e pelas secretarias municipais de

saúde, sendo seu financiamento obtido por meio de impostos instituídos nos três níveis de governo. Ou seja, sua gestão é compartilhada pela União, Estados e Municípios.

Um sistema de saúde pode ser definido como uma “resposta social organizada às condições de saúde da população” (LOBATO e GIOVANELLA, 2014), constituída por três componentes fundamentais: nível de cobertura, recursos e organizações.

O SUS é o resultado de um longo processo social que visou mudar a forma como o Brasil garante a atenção a saúde de seus cidadãos. No entanto, ainda há resistência para a implantação do que a lei prevê, além de instituições e profissionais não estarem preparados ou não aceitarem as mudanças previstas, e ainda por alguns governos não serem favoráveis e evitarem a implementação de tais leis (LOBATO e GIOVANELLA, 2014).

Há uma certa dificuldade na distinção de princípios e diretrizes do SUS. No entanto, pode-se utilizar o texto da CF de 1988 como diretrizes, enquanto o que se encontra nas leis referentes aos SUS são adotados como princípios. Assim, descentralização, integralidade e participação da comunidade, tomada a legislação em seu conjunto, são apresentados ao mesmo tempo como princípio e diretriz. No entanto, neste trabalho vamos abordar como princípios a universalidade, integralidade e equidade; e como diretrizes a descentralização, regionalização e hierarquização; e a participação da comunidade

O artigo 198 da CF traz as diretrizes do SUS:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 2016).

Em seu Artigo 7º, a Lei 8.080/1990 apresenta seus princípios, sendo eles:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a [Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013](#) (BRASIL, 1990).

Os princípios e diretrizes do SUS constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização.

Importante destacar os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, garantindo que toda pessoa, brasileira ou não, pode ter acesso ao SUS; a equidade com o objetivo de diminuir desigualdades, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; a integralidade de assistência, que prevê um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2003).

A integralidade diz respeito diretamente à forma dos serviços se organizarem, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando mesclar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN E AYRES, 2016).

Para Pinheiro (2009) a ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

Assim, salienta-se que o direito a saúde é um direito de todos, seguindo os princípios do SUS, e que toda pessoa que se encontra em território brasileiro, independentemente de sua nacionalidade ou local de residência, tem este direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e Lei N° 8.080 de 1990. E ainda pela Lei de Migração N° 13.445, de 24 de maio de 2017, que regula a entrada e saída dos estrangeiros estabelece as políticas públicas, garantindo aos migrantes as mesmas condições de igualdade no território brasileiro, no art. 4, VIII. “o acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2017).

No início dos anos 2000, os avanços do SUS já estavam em discussão, e foi possível observar que houve avanços onde se foi politicamente possível (a exemplo da universalização do sistema, da municipalização e da descentralização dos serviços e ações de saúde), estagnação onde, na época, não era estratégico avançar (a exemplo da participação da comunidade/controle social) e nenhum (ou quase que nenhum) progresso quanto à regionalização e à atenção integral, bem como à lógica do financiamento (SOUZA, 2004). Assim, a regionalização passou a ocupar o centro do debate da reorganização do SUS na última década e como resultado o processo de regionalização é hoje uma realidade vívida na gestão da saúde em todas as esferas de governo, mas que se defronta com um conjunto de desafios comuns às diversas realidades do país (MELLO et al, 2017) sendo ainda a regionalização a diretriz que menos avançou na implantação do SUS.

Quando situados em áreas fronteiriças com outros países, a conformação em regiões deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais. Para circunscrever uma Região de Saúde é necessário haver infraestrutura para ofertar um rol de ações e serviços mínimos, abrangendo atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Essas ações também servirão de referência para as transferências de recursos entre os entes federativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Verifica-se que as regiões de fronteiras estão contempladas nos projetos e planos nacionais, no entanto, é necessário verificar como ocorrem essas ações de saúde e também como se dá o acesso à saúde nestas regiões.

3.2 A SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

A concepção de fronteira deve levar em consideração a dependência mútua entre os países, pois esses espaços são compartilhados pelos povos transfronteiriços. Assim, a dinâmica populacional e sanitária é complexa nesses territórios, pois são abarcadas por uma identidade que transcende os limites estatais. As áreas concebidas pelos limites político-territoriais são constantemente ultrapassadas, e são reforçadas pela criação social promovida pela circulação de produtos e pessoas (ALBUQUERQUE, 2009).

Na região de fronteira, diversas famílias são constituídas tanto por brasileiros quanto por pessoas do país vizinho, demonstrando a forte existência de laços familiares internacionais. Naturalmente, as nacionalidades se misturam, não sendo, na maioria das vezes, possível distinguir quem é brasileiro e quem é estrangeiro. Reconhece-se, ainda, um deslocamento em direção ao Brasil em busca de serviços de saúde, sobretudo por estes serem gratuitos e de qualidade (PREUSS; 2011; LIMA, 2017).

Dentre os diversos tipos de fluxo e trânsitos transfronteiriço, os de maior intensidade são aqueles de pessoas com familiares residentes do outro lado da fronteira considerada. Os fluxos de trabalhadores que moram de um lado da fronteira e trabalham em outro, de mercadorias em caminhões, de compristas e de turistas em trânsito ou em visita estão presentes na maior parte dos municípios de fronteira (GIOVANELLA et al, 2007). Tais características também estão presentes na Tríplice Fronteira Brasil-Paraguai-Argentina nas cidades de Foz do Iguacu-Cidade de Leste- Porto Iguacu.

Na Argentina o sistema de saúde é organizado de acordo com a estrutura federal do país, sendo composto por três setores: público, previdência e privado. Cada província tem autonomia sobre governança, financiamento e prestação de serviços; portanto, o sistema de saúde possui uma estrutura fragmentada e segmentada, diante dessa estrutura, o atual governo tem se concentrado em avançar para a cobertura universal, em termos de acesso efetivo a serviços de qualidade, independentemente da situação laboral ou de qualquer outra condição. Essa fragmentação do sistema de saúde argentino é expressa em diferentes fontes (e volumes) de financiamento; diferentes coberturas, cosseguros e co-pagamentos aplicados; regime e órgãos de controle e fiscalização. Além disso, a fragmentação continua dentro de cada um dos subsetores, de modo que o sistema é conhecido por sua segmentação, fragmentação, baixa eficiência e equidade (MACHADO, 2018; NETHIS, 2020).

Paralelamente, ao olhar para o modelo de assistência à saúde do sistema público Argentino, é possível verificar que o país oferece serviços de saúde de forma gratuita a todos os cidadãos, incluindo os estrangeiros. Mas, diferentemente do Brasil, cada Estado tem autonomia para definir o seu sistema de saúde pública.

O sistema de saúde é subdividido em três grandes subsetores: o subsetor público em níveis: nacional, provincial e municipal; sujeitos a auto-regulamentação. O subsetor da segurança social, subdividido em: obras sociais nacionais, obras sociais provinciais, obras sociais das Forças Armadas e da Segurança e obras sociais de universidades e órgãos legislativos nacionais e judicial. E o subsetor privado, que atende demandas individuais, daqueles que podem arcar financeiramente com os tratamentos médicos/hospitalares (OLIVEIRA, 2021).

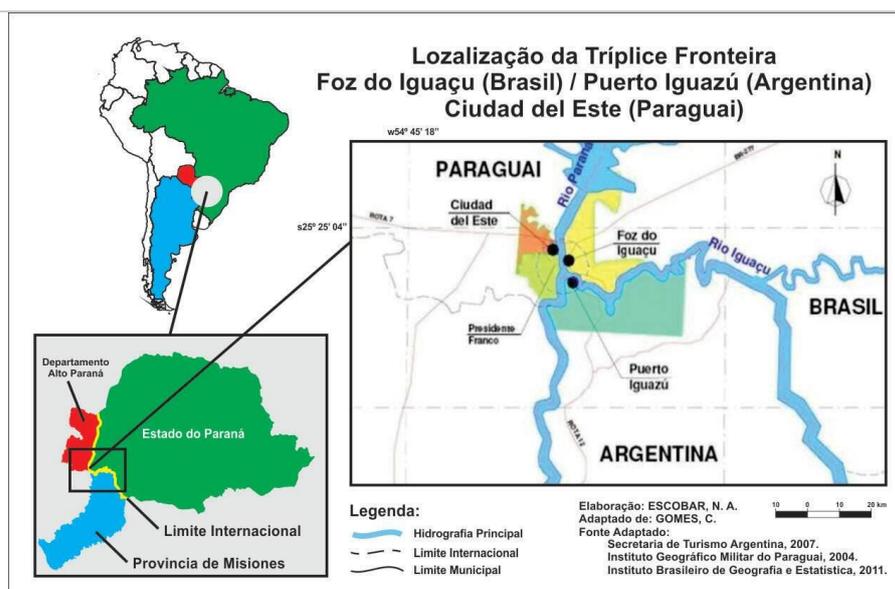
No Paraguai, o direito à saúde está consagrado na Constituição Nacional da República do Paraguai em termos do direito à vida, à integridade física e mental e à qualidade de vida. A constituição também estabelece a responsabilidade do Estado de proteger e promover a saúde. O Sistema de Saúde opera com diversas modalidades de financiamento, regulamentação, inscrição e prestação de serviços, sendo eu o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social atua como autoridade do setor de saúde (NETHIS, 2021). O Sistema de Saúde do Paraguai tem como principal característica ser um modelo fragmentado, sendo constituído por instituições públicas, privadas e mistas. O setor público é constituído pelo: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social; os Serviços de Saúde Militar, Policial e da Marinha; o Instituto de Bem-Estar Social (IPS); o Hospital de Clínicas, que faz parte da Universidade Nacional de Assunção; e o Centro de Saúde Materno Infantil (OLIVEIRA, 2021).

A fronteira é vista como um limite que delimita os países e “separa” as pessoas, no entanto, no cotidiano a fronteira é apenas uma linha imaginária, e nesse espaço a população se mistura, e as nacionalidades se integram. A Cidade de Foz do Iguazu está localizada no extremo oeste do Paraná e faz fronteira com Paraguai e Argentina. A cidade é centro turístico e econômico do oeste do Paraná e é um dos mais importantes destinos turísticos brasileiros. Com cerca de 260 mil habitantes, Foz do Iguazu é caracterizada por sua diversidade cultural. São aproximadamente 80 nacionalidades, sendo que as mais representativas são oriundas do Líbano, China, Paraguai e Argentina (PMFI, 2019).

Foz do Iguazu se posiciona como o sétimo município mais populoso do Paraná num total de 399 municípios, com 256,088 habitantes, num espaço urbano de 165,50 km e uma

extensão de 618,057 km², sendo o 101º. município do Paraná em termos de território (IBGE, 2020), e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,751 (ISM, 2018). Constitui a maior fronteira internacional do Brasil em termos populacionais e é considerada uma localidade sanitariamente vulnerável por fazer parte da tríplice fronteira junto a Porto Iguazu (Argentina) e Cidade de Leste (Paraguai), em uma grande conturbação internacional, com elevado fluxo transnacional de pessoas e mercadorias (Figuras 1 e 2). Adicionalmente, a presença de pessoas de diferentes nacionalidades, etnias e culturas pode ser um desafio à comunicação e educação em saúde. O município é responsável pelo atendimento de uma população flutuante de aproximadamente 700.000 habitantes, além de cidadãos paraguaios e argentinos que buscam serviços de saúde especializados no Brasil (IBGE, 2020; BRAGA, HERRERO E CUELLAR, 2011).

Figura 1: Localização da Fronteira Brasil-Paraguai-Argentina



Fonte: Google Imagens, 2021

Diante da singularidade da região de fronteira, onde os povos “se confundem” e se observa uma tendência da população fronteiriça não residente no Brasil a buscar os serviços de saúde no Brasil, notam-se dificuldades no acesso e na garantia do direito a saúde para os não-residentes. Os responsáveis pelas ações de saúde (secretários municipais de saúde) em cidades fronteiriças possuem o conhecimento da garantia em lei do atendimento a não residentes; no entanto, ainda há locais que os serviços prestados aos não residentes restringem-se ao atendimento de urgência e emergência (GIOVANELLA et al, 2007).

Quando se questionam os profissionais situados na linha de fronteira do Paraguai em quais casos o direito à saúde não é garantido, aparece alta incidência de respostas segundo as quais isso acontece nos casos de inexistência de documentação civil e comprovante de residência, seguida de tratamentos de alta complexidade e cirurgias eletivas, assistência farmacêutica, atendimento odontológico e medicamentos de uso contínuo (NOGUEIRA, DAL PRÁ E FIRMIANO, 2007).

Figura 2: Area de Conurbação Foz do Iguazu - Cidade de Leste - Porto Iguazu



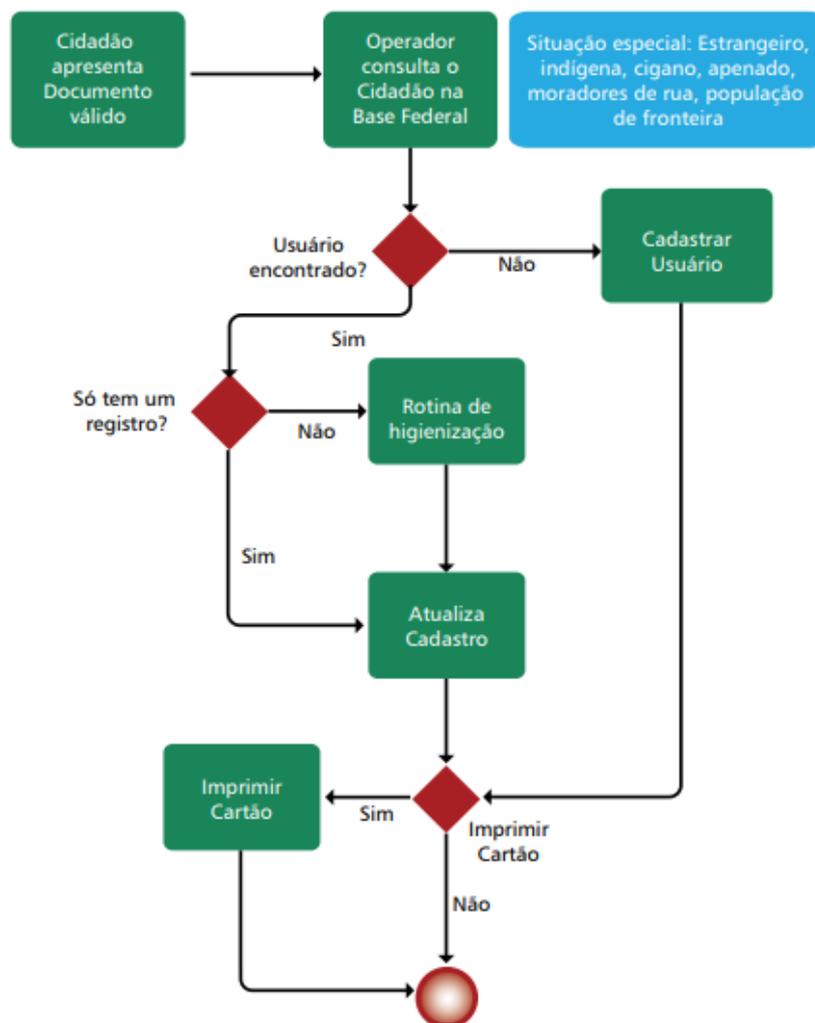
Fonte: Google Imagens, 2021

No entanto, o acesso à saúde não pode ser negado. De acordo com a Portaria Nº 940 de 2011 que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (CNS – Cartão SUS), o CNS é o documento que identifica o usuário no SUS e permite seu acesso aos serviços de saúde públicos no Brasil. No entanto, nenhuma pessoa deve ter seu direito a saúde negado por não possuir o CNS; no caso de estrangeiros e população de fronteira deve-se proceder o cadastro do usuário apenas com a apresentação de um documento válido (Figura 3).

Em relação às políticas públicas de saúde diretamente vinculadas ao município de Foz do Iguazu, citam-se principalmente a Instrução Normativa nº 003/2015 e o Decreto Nº. 25.072/2017. Esses documentos dispõem sobre as diretrizes para elaborar, recadastrar e atualizar o CNS, além de orientar sobre a documentação necessária para os atendimentos em saúde do município de Foz do Iguazu, Paraná. De acordo com esses documentos, o usuário estrangeiro deve possuir o CNS, condição “indispensável” ao

atendimento nas UBSs. Ou seja, o imigrante é obrigado a solicitar o CNS para receber atendimento no referido município. (MARTINEZ, 2020; STRADA, 2018).

Figura 3: Fluxo Cidadão em Situação Especial



Fonte: Brasil (2012)

No Apêndice I da Instrução Normativa nº 003/2015, lê-se: os “estrangeiros não residentes no país (turista e registro nacional do estrangeiro (RNE) fronteiriço, por exemplo) receberão somente atendimentos de urgência e emergência, quando necessário, não tendo estes, direito a atendimentos eletivos” (BRASIL, 2015). Esta normativa também cita o Acordo de Residência dos Nacionais do MERCOSUL, com base na Portaria Nº. 1.560, 29 de agosto de 2002, artigo 3, que regula o Cartão Nacional de Saúde. No caso do paraguaio, residente do MERCOSUL, é necessária a carteira temporária ou permanente de imigrante, além do comprovante de residência no município de Foz do Iguaçu, para solicitar o CNS no

posto de saúde, por documento emitido pelo consulado brasileiro em Cidade do Leste (BRASIL, 2002).

Assim, observa-se que os principais obstáculos identificados no acesso à saúde do usuário estrangeiro são: a obrigação de possuir o CNS, a dificuldade de comunicação por falta de conhecimento do idioma, o comportamento de discriminação pelos profissionais de saúde e a falta de preparo ou conhecimento quanto os aspectos culturais (a crença na medicina natural), éticos e legais da população imigrante, não preservando os direitos desse coletivo (GUERRA; VENTURA, 2017). No entanto, tais exigências para aquisição do CNS são contrárias aquilo que está na CF Brasileira de 1988, e nas demais leis que regulamentam o funcionamento do SUS e a emissão do CNS.

Acredita-se que há fluxo de pessoas em direção ao Brasil em busca de serviços de saúde, e geralmente este fluxo se justifica pelos modelos de saúde apresentado nos países vizinhos (Paraguai e Argentina), pois os sistemas de saúde diferem-se entre si, observando maiores garantias (de acesso e de qualidade) no sistema de saúde do Brasil.

3.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): A REGIONALIZAÇÃO E O PAPEL DOS HOSPITAIS

Os modelos de proteção em saúde correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento, na condução, na regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, gerando condições distintas de acesso e no direito à saúde (GIOVANELLA et al, 2012).

A Atenção à Saúde em Rede com diferentes pontos de atenção evidencia um conjunto de desafios constantes, entre eles: a necessidade de efetiva articulação com todos os serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade para o cuidado integral, qualificado e resolutivo, possibilitando o acesso e a promoção de direitos das pessoas, além da convivência em seu território (PARANÁ, 2020).

Os níveis de Atenção à Saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária a Saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde, até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde. Os níveis de Atenção à

Saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011). O nível primário, conhecido como o primeiro atendimento ou atenção básica, é considerado a porta de entrada no SUS, e contemplam todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nas UBS são agendadas consultas e exames básicos, além de serem realizados exames e procedimentos simples como curativos e administração de medicações (BRASIL, 2009).

O nível secundário é composto pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e contempla também hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade, inclusive de urgência e emergência (BRASIL, 2009).

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

No nível terciário estão os hospitais de grande porte, que atendem alta complexidade, a qual contempla um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 2009).

As principais áreas contempladas pela a alta complexidade do SUS são:

A assistência ao paciente com doença renal crônica, fornecendo tratamento por meio de diálise, assistência ao paciente oncológico com tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e procedimentos cirúrgicos, cirurgia vascular, cardiovascular, cardiovascular pediátrica, procedimentos da cardiologia intervencionista, endovasculares, extracardíacos, laboratório de eletrofisiologia, assistência e procedimentos em traumatologia e ortopedia; neurocirurgia, otologia, cirurgia de implante coclear, cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical, cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, procedimentos em fissuras lábio-palatais, reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica), cirurgia reprodutiva (BRASIL, 2009).

A atenção básica é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Dentre os atributos requeridos de uma atenção primária de qualidade estão a integralidade e a continuidade dos cuidados, ambos fortemente dependentes de um efetivo sistema de referência e contrarreferência — entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (SERRA E RODRIGUES, 2010). A atenção de média/alta

complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que objetivam resolver os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica exige a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os municípios do país (BRASIL, 2001).

Estudos com abordagens distintas contemplaram avaliações semelhantes ao considerar que a resolutividade da Atenção Básica depende, em grande medida, do acesso a exames e serviços especializados (TEIXEIRA, 2003; MENDES, 2004; FEUERWERKER, 2005; ESCOREL et al., 2007). Vale ressaltar que a resolutividade da Atenção Básica está associada a outros fatores, tais como a estrutura física dos serviços, processo e gestão do trabalho e capacitação dos profissionais que, por sua vez, repercutem na demanda por serviços especializados. É importante considerar, ainda, o protagonismo dos usuários que, sob influência do modelo médico-hegemônico, pressionam e buscam serviços e procedimentos especializados.

Por um lado, a atenção básica depende do acesso a procedimentos disponíveis na média complexidade para aumentar sua resolutividade. Por outro, a baixa resolutividade da atenção básica aumenta a demanda para a média complexidade.

O Ministério da Saúde conceituou média complexidade como o conjunto de “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL/MS, 2004).

Quanto maior o nível de atenção, maior é a complexidade e os custos dos serviços prestados, o que nem sempre está relacionado à gravidade, uma vez que usuários também são atendidos de modo eletivo nesses níveis de atenção à saúde.

Nesse sentido de entendimento da RAS, destaque-se a Regionalização e a Hierarquização da rede de serviços de saúde, pois, com a regionalização, busca-se um grau de suficiência expresso na máxima oferta e na disponibilidade de ações de saúde para a população de dado território, instrumentalizada por uma rede articulada e integrada (CONASEMS, 2019). Assim, é de suma importância compreender a Regionalização e Hospitais neste contexto.

3.3.1 A Regionalização

O processo de regionalização dos serviços de saúde tem sido alvo de discussões desde meados da década de 1990, com o lançamento de estratégias para a municipalização das ações na perspectiva de efetivação do princípio da integralidade e equidade no acesso aos serviços

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 01/2001), estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde buscam impedir a sobreposição de serviços, almejando a articulação dos três níveis de complexidade do sistema — atenção básica, média complexidade e alta complexidade (CARVALHO, MARTIN E CORDONI JÚNIOR, 2001).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, tendo como um dos seus componentes o Pacto de Gestão, o qual reafirma a regionalização como uma diretriz do SUS para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Diante do desafio de superar o risco da fragmentação das políticas e programas de saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto de Gestão, estabelecendo diretrizes para a regionalização das ações e serviços de saúde. Este instrumento de gestão orienta que os gestores de saúde de uma região devem constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio do Colegiado de Gestão Regional (Brasil, 2006).

Hartz e Contandriopoulos (2004) discorrem sobre a importância da integração de serviços de saúde por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Os autores citam que é necessário desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

À Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade.

A Lei nº 8.080/90 foi melhor detalhada pelo Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa como forma de operacionalização, levando em consideração um modelo regionalizado e hierarquizado. Esse dispositivo legal definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). De acordo com Brasil (2011) os serviços de saúde de referência regional ou estadual (que podem ser subentendidos como aqueles de média ou alta complexidade) estão em abrangência da esfera estadual.

Assim, temos a Macrorregião de Saúde, que corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões/Comissões Intergestores Regionais, e seus respectivos municípios. Deve ser organizada no sentido de garantir uma maior governança da Rede de Atenção à Saúde e ser de fato uma base do planejamento e orçamentação ascendente. Deve incorporar mecanismos que facilitem a governança partilhada nesta região. É dimensionada a partir de uma rede regionalizada que comporte uma capacidade de resolução mais ampla possível na média e alta complexidade, em que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada. Os parâmetros ofertados quanto à população nas regiões podem ser flexibilizados, desde que existam naquela região todos os pontos de atenção necessários a integralidade da atenção, inclusive na alta complexidade. Se determinada região precisa, mas não possui ainda os pontos de atenção necessários ela deve fazer parte de uma macrorregião maior até que se viabilizem os recursos de investimento e custeio necessários a esta Rede de Atenção à Saúde (CONASEMS, 2019).

Nesse sentido, o Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade (hospital), a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita. A referência e contrarreferência devem ser feitas em

formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável (BRASIL, 2011).

O sistema de referência e contrarreferência deve funcionar de maneira hierarquizada, a fim de adequar o fluxo dos usuários aos níveis de complexidade de atendimento, tendo o setor primário como a porta de entrada no sistema e sucessivamente o secundário e terciário, quando necessário ao usuário. E, desta maneira, o paciente grave deve procurar como porta de entrada o setor terciário, adequado ao seu estado de saúde (ALVES et al, 2015).

Com isso, faz-se necessário entender melhor a importância dos hospitais na RAS, pois a complexidade hospitalar alocada regionalmente justifica a possibilidade de deslocamento de usuários na rede e a necessidade de efetiva comunicação e articulação entre os serviços, extrapolando os limites de referência do município. A assistência hospitalar é componente importante na oferta de escala às regiões de saúde, muitas vezes apresenta-se distribuída inadequadamente condicionando sua inserção na rede de maneira desordenada, desarticulada dos demais serviços e não atendendo às demandas da população.

3.3.2 Os Hospitais e Utilização da Média e Alta Complexidade no Paraná

É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção (WANDERLEY, 2013).

Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente a grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto na qualidade do atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS (BRASIL, 2011).

Segundo a OMS, o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Na prática, estas instituições agregam uma

série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças que envolvem questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde (WANDERLEY, 2013).

Segundo a definição do Ministério da Saúde do Brasil (2002):

O termo hospital se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Entretanto, os estabelecimentos possuem uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia.

Porém, de acordo com o manual de orientações para o cadastramento de hospitais no cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a definição de hospitais é: “estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa”.

A assistência hospitalar no SUS é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente. De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS (BRASIL, 2021).

Os marcos históricos determinantes para a política de atenção hospitalar foram o Plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira e o Plano Nacional de Atenção Hospitalar, pois determinaram o período entre 2003 e 2013 como oportuno para a reestruturação deste nível de atenção no SUS (SHIMIZU, 2013). E que para concretizar proposta de atenção hospitalar em conformidade com as RAS, dever-se-ia enfrentar os desafios da fragmentação sistêmica, complexa governança regional, problemas de acesso aos serviços de média complexidade e da necessidade.

Na reorganização do modelo de atenção à saúde, o lugar do hospital se destaca pela importância técnico-assistencial, elevado comprometimento do orçamento público alocado

no setor, representação social enquanto instrumento terapêutico e redefinição enquanto ponto da rede assistencial (SPEDO PINTO e TANAKA, 2010).

A rede de serviços hospitalares da urgência é constituída pelas portas hospitalares de urgência, pelos leitos de retaguarda e de cuidados intensivos e pelos serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, os quais devem acolher a demanda espontânea e referenciada de urgência e funcionar de maneira articulada para os outros componentes da rede (PARANÁ, 2020).

De acordo com Negri Filho e Barbosa (2014) os hospitais, como definidos acima, podem ser classificados sob vários aspectos:

1) Porte do hospital:

- *Pequeno porte:* É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.
- *Médio porte:* É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos.
- *Grande porte:* É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos.
- *Acima de 500 leitos* considera-se hospital de capacidade extra.

2) Perfil assistencial dos estabelecimentos:

- Hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa.

3) Nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar:

- Hospital de nível básico ou primário, secundário, terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade).

4) Papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde:

- Hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

5) Regime de propriedade:

- Hospital público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos).

No Estado do Paraná, no período de 2014-2018, houve aumento de 41% nas internações de alta complexidade, porém, a taxa de internação – proporção da quantidade de

internações pela população no mesmo período – ficou no parâmetro pactuado no Estado do Paraná, que é de 7,5% da população residente do Estado (PARANÁ, 2020) (Quadro 1).

Quadro 1: Taxa De Internação Hospitalar De Média E Alta Complexidade – Paraná 2014-2018

Ano de Processamento	População	Média Complexidade		Alta Complexidade		Total	
		Nº de AIH*	Taxa de Internação %	Nº de AIH*	Taxa de Internação %	Nº de AIH*	Taxa de Internação %
2014	11.081.692	693.579	6,3%	77.996	0,7%	771.575	7%
2015	11.163.018	696.743	6,2%	80.910	0,7%	777.653	7%
2016	11.242.720	724.986	6,4%	86.525	0,8%	811.511	7%
2017	11.320.892	747.563	6,6%	99.384	0,9%	846.947	7%
2018	11.348.937	777.124	6,8%	109.793	1,0%	886.917	8%

LEGENDA: *Autorização de Internação Hospitalar. Fonte: SIH/DATASUS/IBGE, 2018.

Quadro 2: Produção Física Hospitalar – Paraná 2014-2018

Grupo de procedimentos	Média complexidade		Alta complexidade	
	2014	2018	2014	2018
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.468	3.225	559	1.457
03 Procedimentos clínicos	452.253	484.966	12.189	18.499
04 Procedimentos cirúrgicos	239.857	288.926	59.728	80.203
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	1	7	5.520	9.634
Total	693.579	777.124	77.996	109.793

Fonte: SIH/DATASUS/IBGE, 2018.

Em relação ao Paraná, na análise por grupo de procedimentos (Quadro 2), verifica-se que na média complexidade realizam-se mais procedimentos clínicos, o que se torna compreensível tendo em vista a grande quantidade de hospitais de média complexidade com menos de 50 leitos. Diferentemente, na alta complexidade, o maior grupo de procedimentos é o de procedimentos cirúrgicos. O Paraná conta com hospitais de referência regional, e em cada Região de Saúde existe ao menos um hospital de referência, que, geralmente, é também referência para a Rede de Atenção às Urgências e para a Atenção Materno-Infantil (PARANÁ, 2020).

Os hospitais participantes deste estudo, como veremos a seguir, são hospitais de grande porte e fazem parte do grupo de hospitais de referência regional, e um deles também como referência materno-infantil. Outra situação, é que grande parte dos procedimentos cirúrgicos também demandam a necessidade de utilização de Unidade de Terapia Intensiva.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo analítico com abordagem quantitativa de caráter observacional.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade de Foz do Iguaçu, localizada no estado do Paraná, no sul do Brasil. As instituições hospitalares participantes do estudo são o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) e o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL); devido estarem em uma região de conurbação internacional, atendem a pacientes oriundos dos países vizinhos, além de ser referência para os municípios de Santa Terezinha de Itaipu, Ramilândia, Itaipulândia, Serranópolis do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Missal e Medianeira, os quais compõem a 9ª Regional de Saúde do Paraná (Figura 4).

Figura 4: Municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde do Paraná



Fonte: Paraná, 2021.

O HMCC é considerado um hospital de grande porte com ampla prestação de serviços de alta complexidade. É referência em Oncologia, Nefrologia, Cardiologia, alta complexidade neonatal e pediátrica, obstetrícia e ginecologia. Possui ambulatório de especialidades em Oncologia e Cardiologia, unidade de terapia intensiva (UTI) coronária, UTI geral e UTI pediátrica. Possui vínculo para atendimento público/ rede estatal e, também presta atendimentos particulares e a conveniados a planos de saúde (HMCC, 2019) (Figura 5).

De acordo com pesquisa realizada no CNES, no de 2021 o HMCC apresenta um total de 219 leitos, sendo que destes, aproximadamente 132 são destinados para o atendimento público. A divisão dos leitos por especialidades ocorre da seguinte forma: Complementar (Unidades de Terapia Intensiva e cuidados intermediários), total 69, público 31; Cirúrgico, total 45, público 27; Clínico, total 57, público 43; Obstetrícia, total 31, público 28; e, Pediátrico, total 7, Público 3.

Figura 5: Hospital Ministro Costa Cavalcanti



Fonte: Google Imagens, 2020

O HMPGL é um hospital de grande porte. Referência no atendimento público para as seguintes especialidades: Psiquiatria; Cirurgia geral e suas especialidades (exceto oncologia); Clínica médica e suas especialidades (exceto cardiologia); Ginecologia;

Ortopedia e traumatologia; Pediatria (exceto UTI neonatal); Acidente com material biológico (CASTILHO KROPF PENANTE, 2020) (Figura 6).

O HMPGL iniciou o atendimento aos pacientes no ano de 2006, sendo viabilizado por meio de um projeto entre Município, Estado e União. É regido pelo Município de Foz do Iguaçu, por meio da Saúde Plena e recebe verbas da União, do Estado e do Município para sua manutenção. Ele está inserido na rede de estabelecimentos de saúde, vinculados a rede estatal, sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. A instituição é a maior do extremo oeste do Paraná e, além de ser referência para os municípios da 9ª Regional de Saúde; atende a pacientes advindos da Tríplice Fronteira e é referência em emergência e trauma aos turistas brasileiros e estrangeiros sem seguro (HMPGL, 2019).

De acordo com pesquisa realizada no CNES, no de 2021 o HMPGL possui aproximadamente 275 leitos, sendo que aproximadamente 70 desses leitos foram implantados devido a Pandemia do Covid-19, no ano de 2020. Durante os anos que fazem parte deste estudo, o hospital contava com 38 leitos de suporte complementar incluindo as Unidades de Terapia Intensiva; cerca de 52 leitos cirúrgicos, 105 leitos Clínicos, os quais também incluíam a Psiquiatria (após o início da Pandemia foi deslocada para outro estabelecimento); e, 26 leitos de Pediatria.

Figura 6: Hospital Municipal Padre Germano Lauck



Fonte: Google Imagens, 2020

4.3 PERÍODO DO ESTUDO

Foram avaliados todos os procedimentos e internações referentes aos procedimentos de média e alta complexidade realizados entre os anos de 2015 e 2018.

4.4 FONTE DE DADOS

Os dados foram obtidos a partir dos bancos de dados do HMCC e do HMPGL. Ambas as instituições utilizam o Sistema TASY, que é um sistema de gestão em saúde de escopo abrangente, que engloba prontuários, a administração do paciente, o gerenciamento do ciclo de receitas e operações clínicas. O banco de dados é composto por registros de informações dos pacientes, bem como dos procedimentos realizados, os quais são coletados através das informações provenientes dos prontuários dos pacientes e armazenados em sistema computacional (PHILIPS, 2020).

Os dados necessários para a pesquisa foram solicitados às instituições, e disponibilizados em forma de planilha eletrônica após a exclusão de informações que permitiam a identificação dos pacientes (p.ex. número de prontuário, nome, filiação, número de documentos ou endereço), de modo a preservar suas identidades.

4.5 DADOS COLETADOS

As variáveis coletadas e analisadas foram: idade, sexo, local de residência, procedência (para o acesso ao serviço), financiamento do serviço, se houve utilização de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, qual UTI foi utilizada (neonatal, pediátrica e adulto), se foi realizado cirurgias, se foi realizado procedimento de parto, qual o desfecho final (alta, óbito, alta mãe com óbito fetal).

Foram identificados os pacientes residentes na 9ª Regional de Saúde do Paraná (9RS), pacientes residentes de outras regionais de saúde do Brasil (BRA), e por fim os pacientes não-residentes no Brasil (exterior, EXT). Definiu-se não-residente aquela pessoa não residente em território brasileiro, independentemente de sua nacionalidade. Uma vez que o estrangeiro residente já goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram tratados da seguinte maneira:

- Idade: variável quantitativa contínua em anos, também medida como variável qualitativa ordinal (criança [0 a 11 anos], adolescente [12 a 19 anos], adulto-jovem [20 a 34 anos], adulto [35 a 60 anos] e idoso [61 anos ou mais]).
- Sexo: variável qualitativa nominal (feminino ou masculino).
- Procedência: variável qualitativa nominal (local pelo qual a pessoa deu entrada na instituição).
- Tipo de Atendimento (financiamento): variável qualitativa nominal (rede pública, rede suplementar ou atendimento particular).
- Serviços utilizados: variável qualitativa nominal (UTI, Cirurgia e parto).
- Qual UTI utilizada: variável qualitativa nominal (Adulto, Pediátrica ou Neonatal).
- Desfecho: variável qualitativa nominal (alta, óbito, alta mãe com óbito fetal).

Uma limitação observada neste estudo foi por tratar-se de dados secundários. No entanto, para amenizar essa situação, foi realizado todo o trabalho de limpeza e organização dos dados antes que eles fossem analisados.

4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos todos os procedimentos realizados no intervalo de tempo de interesse. Foram excluídas das análises os pacientes cuja procedência (9RS, BRA e EXT) não estava adequadamente preenchida.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis qualitativas foram expressas em frequência absoluta e relativa. A idade foi expressa em média e desvio padrão da idade.

Utilizou-se o teste de Fisher com algoritmo de Monte Carlo com 99% de confiança e 10.000 amostras para comparar as frequências de procedimentos dos grupos de usuários (9RS, BRA e EXT). Estabeleceu-se o V de Cramér para representar a força da associação observada.

Durante a análise dos dados, células que não continham informação não foram contabilizadas.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa não coletou informações que tornassem os participantes identificáveis e seus resultados foram apresentados na forma agregada. Portanto, com base no Art 1º, inciso V da Resolução Nº 510, de 07 de Abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, não necessitava apreciação ética pelo sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). No entanto, para cumprimento de exigência do local de realização da pesquisa, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 3.473.692 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo parece ser a primeira pesquisa a investigar a utilização dos serviços de saúde em nível de média e alta complexidade por usuários não residentes no Brasil na região da tríplice Fronteira Brasil/Argentina/Paraguai. Para tanto, buscou-se analisar todos as internações/atendimentos/procedimentos realizados no período de 2015 a 2018 nos dois maiores hospitais da cidade.

Como principal achado da presente pesquisa destaca-se a utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade por uma parcela ínfima de usuários identificados como não residentes no Brasil, aproximadamente 0,2% da população estudada. Durante o período de estudo, verificou-se um total de 282.644 internações (9RS = 96,5% (n=272.841), BRA = 3,3% (n=9.257) e EXT = 0,2% (n=546)). Um cenário similar foi observado ao se considerar os 340.701 procedimentos realizados (9RS = 97% (n=330.444), BRA = 2,8% (n=9.641) e EXT = 0,2% (616)) (Tabela 1).

Tabela 1: Informações sobre número de internações de acordo com cada instituição. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	9RS	BRA	EXT	Total
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
	(%)	(%)	(%)	(%)
Instituição				
<i>HMCC</i>	61.971 (89,7)	6.965 (10,1)	156 (0,2)	69.092 (100)
<i>HMPGL</i>	210870 (98,7)	2.292 (1,1)	390 (0,2)	213.552 (100)
Nº Total de Internações	272.841 (96,5)	9.257 (3,3)	546 (0,2)	282.644 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao se comparar a proporção de procedimentos entre os dois hospitais estudados, dos 340.701 procedimentos de média ou alta complexidade, 74,5% (n=253.827) foram realizados no HMPGL e 25,5% (n=86.874) realizados no HMCC, (Tabela 4). Observou-se que a proporção de procedimentos realizados em pessoas do grupo BRA foi maior do que a esperada no HMCC (8,2% vs 2,8%) e menor do que a esperada no HMPGL (1,0% vs 2,8%), (Tabela 2).

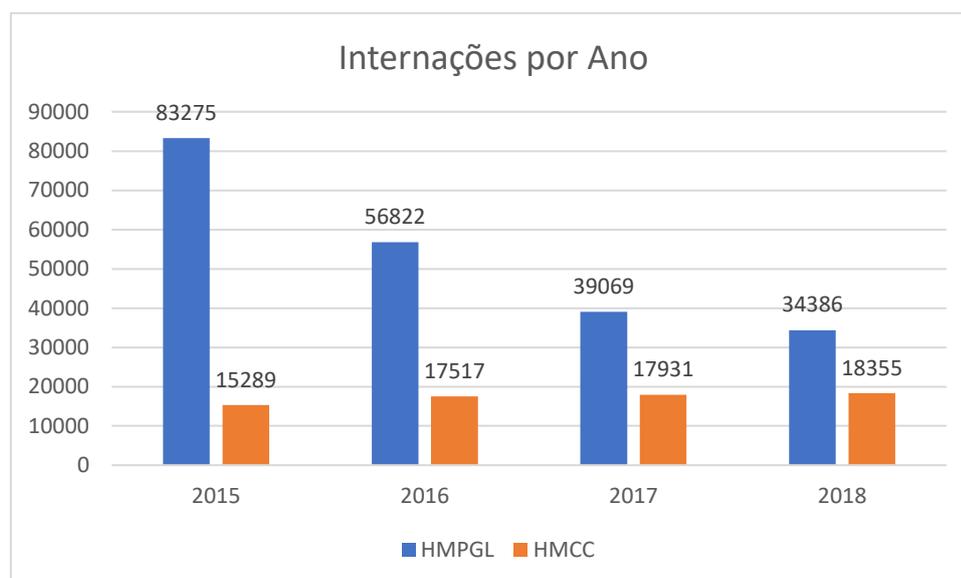
Tabela 2: Procedimentos por Instituição. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	HMCC	HMPGL	Total
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
9RS	79.590 (91,6)	250.854 (98,8)	330.444 (97,0)
BRA	7.119 (8,2)	2.522 (1,0)	9.641 (2,8)
EXT	165 (0,2)	451 (0,2)	616 (0,2)
			340.701 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa

Destaca-se que o HMPGL é referência para o atendimento de trauma e outras condições clínicas (pneumonia e cirurgias gerais), sendo que esta instituição presta apenas atendimento público, não contemplando convênios e atendimento particular, e ambos os hospitais que participaram do estudo apresentam o mesmo porte (219 leitos no HMCC e 275 leitos no HMPGL).

Com relação à utilização de serviços de saúde ao longo do período estudado, o ano de 2015 apresentou o maior número total de internações 34,9% (n=98.564), sendo que no HMCC foi o ano com menor número de internações. Ao longo do período estudado, houve um declínio nas internações realizadas anualmente no HMPGL e um aumento discreto no HMCC (Figura 7).

Figura 7: Número de Internações por Ano do Estudo. Foz do Iguaçu, PR. 2021

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados encontrados referentes ao HMPGL são contrários aos apresentados anteriormente na Tabela 1, a qual apresenta o aumento da taxa de internação no Estado do Paraná ao longo dos anos de 2014 até 2018, enquanto na Instituição citada essas internações diminuíram ao longo dos anos estudados, no entanto, no HMCC os dados acompanham o ocorrido no Estado do Paraná.

Uma hipótese para maior número de procedimentos realizados no HMPGL nos anos de 2015 e 2016 refere-se ao aumento dos casos de dengue nesses anos, o que ocasionou inclusive uma epidemia desta doença, com um total de 2.662 casos no ano de 2015 e 8.734 casos no ano de 2016 (SOUZA, 2019). Em Fevereiro de 2016, o HMPGL reabriu ala com 20 novos leitos para atender a demanda da dengue (G1 PR, 2016), e posteriormente esses leitos foram desativados novamente.

Quase a totalidade dos procedimentos foram realizados em usuários da 9RS e BRA. Os atendimentos identificados como EXT mostram-se com um quantitativo ínfimo (0,2%). Este resultado corrobora os achados de uma pesquisa realizada em Foz do Iguaçu, na qual os gerentes das UBS relataram que menos de 1% dos atendimentos registrados nos serviços de saúde eram de usuários procedentes do Paraguai e Argentina; nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) também foi identificado menos de 1% dos registros de atendimentos procedentes de usuários do Paraguai. (STRADA, 2018).

Por outro lado, a baixa representatividade de atendimentos EXT, apesar da dinâmica transfronteiriça ativa e constante, diverge do que afirmado em pesquisas anteriores, como no caso de Giovanella et al (2007) que afirmam que nas fronteiras do Paraná (com Argentina e Paraguai) e do Mato Grosso do Sul (com Paraguai) a demanda de brasileiros não-residentes por serviços de saúde é intensa. Essa discrepância pode sugerir a ideia de falha no registro da procedência do usuário. Eventualmente, esta falha no registro pode decorrer da dificuldade da distinção entre as nacionalidades devido aos laços familiares com os países circunvizinhos, revelando famílias com pessoas de diversas nacionalidades e ainda brasileiros residentes em terras paraguaias que procuram os serviços de saúde no Brasil nos municípios com maior proximidade à fronteira (PREUSS, 2011; GIOVANELLA, 2007). Ainda, dado que o atendimento a essa população encontra alguns entraves para sua realização, como a exigência de residência nacional para confecção do CNS (STRADA, 2018); pode-se estimular a utilização de documentos de comprovação de endereço de parentes ou conhecidos que residem no Brasil.

No que refere à idade dos usuários, observou-se usuários com idade entre 0 e 107,5 anos (média = 42,9 anos, e desvio-padrão (DP) = 22,91). Observou-se associação entre a localidade de residência e a faixa etária do paciente ($\chi^2_{(8)} = 3508,90$; $p < 0,001$), destacando-se que dentre os idosos, 5,3% eram provenientes de BRA, enquanto a frequência esperada era de 2,8%. (Tabela 3). Isso ressalta o perfil do país com um ritmo de envelhecimento proeminente e preponderância de doenças crônicas, aumentando a busca regular pelos atendimentos de saúde e reabilitação. O atendimento se difere dos jovens em toda sua dinâmica desde a entrada no serviço, necessidade de especialistas e diagnósticos, por vezes passando pelas diversas complexidades ofertadas pelos serviços de saúde (TEIXEIRA, BASTOS E SOUZA, 2017). Conhecer as causas de morbimortalidade de idosos é importante, mas não suficiente. É fundamental identificar o grau de funcionalidade, o Risco para Fragilidade e as condições frequentes, como as síndromes geriátricas. Fragilidade é um dos fundamentos da linha de cuidado do idoso no Paraná, é condição que se associa ao declínio das funções fisiológicas no envelhecimento, predispondo o indivíduo a desfechos negativos de saúde, como quedas, dependência, institucionalização, internações hospitalares e morte (PARANÁ, 2020).

Tabela 3: Informações sobre a faixa etária segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	Faixa etária					Total
	<i>Criança</i>	<i>Jovem</i>	<i>Adulto-jovem</i>	<i>Adulto</i>	<i>Idoso</i>	
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	
9RS	41.308 (99,3)	19.892 (99,0)	62.125 (98,0)	118.983 (97,1)	88.079 (94,5)	330.387 (97,0)
BRA	178 (0,4)	159 (0,8)	1094 (2,0)	3.297 (2,7)	4.912 (5,3)	9.640 (2,8)
EXT	109 (0,3)	47 (0,2)	95 (0,0)	198 (0,2)	167 (0,2)	616 (0,2)
						340.643* (100)

Fonte: Dados da pesquisa. *Houve perda de 58 procedimentos, pois não apresentavam dado referente a Faixa Etária.

Em relação ao sexo dos pacientes, 52,2% eram do sexo feminino e 47,8% masculino, observou-se associação entre a localidade de residência e o sexo do paciente ($\chi^2_{(2)} = 196,33$; $p < 0,001$), pois para o grupo BRA observou-se proporção diferente da esperado para o sexo masculino (3,2% vs 2,8%, respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4: Informações sobre o sexo segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

Sexo			
	Masculino	Feminino	Total
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
9RS	157.165 (96,6)	173.216 (97,4)	330.381 (97,0)
BRA	5.272 (3,2)	4.368 (2,4)	9.640 (2,8)
EXT	325 (0,2)	291 (0,2)	616 (0,2)
			340.637* (100)

Fonte: Dados da pesquisa. * Houve perda de 64 procedimentos, pois não apresentavam dado referente a Sexo.

Com relação à porta de entrada dos usuários, observou-se associação entre a localidade de residência e a porta de entrada do paciente ($\chi^2_{(12)} = 7016,21$; $p < 0,001$), destacando-se que BRA apresentou uma frequência maior que a esperada para domicílio (7,9% vs 2,8%) e UPA (5,8% vs 2,8%) (Tabela 5).

Tabela 5: Procedência segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021

Procedência								
	<i>Domicílio</i>	<i>Consultório o Medico</i>	<i>Hospitais</i>	<i>Paraguai</i>	<i>UPA</i>	<i>SIATE</i>	<i>Outros</i>	<i>Total</i>
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
9RS	45.744 (91,9)	209.011 (98,0)	11.812 (99,4)	79 (94,0)	8.630 (94,0)	46.922 (98,5)	8.245 (92,5)	330.443 (97,0)
BRA	3.934 (7,9)	3.780 (1,8)	73 (0,6)	4 (4,8)	529 (5,8)	685 (1,4)	636 (7,1)	9.641 (2,8)
EXT	92 (0,2)	419 (0,2)	6 (0,0)	1 (1,2)	17 (0,2)	50 (0,1)	31 (0,4)	616 (0,2)
								340.700 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tendo como porta de entrada a Atenção Básica, inicialmente o registro adequado dos usuários estrangeiros pelos serviços de atenção iniciais encontra dificuldades burocráticas simples de ser sanada, como por exemplo, a inserção nos sistemas informatizados de saúde a real procedência de cada sujeito que busca atendimento. (FERNANDES et al., 2009). Segundo outros autores, o acesso aos serviços de saúde é complexo e é evidente a interferência das características determinantes de cada serviço, o acesso, facilitado ou não, é

uma das características mais presentes, dentro da perspectiva das características sócio-demográficas (RIBEIRO, 2006).

De acordo com a legislação são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. De acordo com os resultados apresentados, classificou-se como Porta de Entrada, a maneira pela qual o paciente chegou até a instituição hospitalar, como o caso de Porta de Entrada Domicílio. Nesse caso, surgiu a hipótese de que este paciente que foi classificado com Porta de Entrada Domicílio, seja um usuário que tenha sido atendido pelo Pronto Socorro da instituição hospitalar.

Observou-se associação entre a localidade de residência e o convênio utilizado pelo paciente ($\chi^2_{(4)} = 1242,24$; $p < 0,001$). O atendimento pelo sistema público foi o mais prevalente em todos os grupos. A proporção dos atendimentos pelo sistema público foi a esperada para cada grupo; no entanto, a proporção de atendimentos particulares foi maior do que o esperado tanto no grupo BRA, quanto no grupo EXT (9,2 vs 2,8% e 1,1 vs 0,2%, respectivamente), e a proporção de atendimentos pela saúde suplementar foi maior do que o esperado tanto no grupo BRA, quanto no grupo EXT (4,1% vs 2,8% e 0,3 vs 0,2%, respectivamente) (Tabela 6).

O convênio de maior utilização por parte de usuários não residentes é a Rede Pública, por se tratar de um serviço gratuito e de qualidade, referência na região (PREUSS, 2011). Neste estudo observou-se que o convenio para acesso aos serviços de saúde a maior utilização tanto para usuários não pertencentes a 9ª regional quanto para os usuários não residentes do Brasil foi a saúde suplementar e não a rede pública, como era esperado. Essa população utilizou convênios ou pagou de modo particular pelos serviços.

Tabela 6: Tipo de Atendimento segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021

	Convênio Utilizado			Total
	Atendimento Público	Particular	Saúde suplementar	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
9RS	299.046 (97,2)	4.408 (89,7)	26.990 (95,6)	330.444 (97,0)
BRA	8.022 (2,6)	452 (9,2)	1.167 (4,1)	9.641 (2,8)
EXT	477 (0,2)	56 (1,1)	83 (0,3)	616 (0,2)
				340.701 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Destacou-se maior proporção de internações em usuários do grupo BRA na instituição HMCC. A maior proporção de utilização de UTI ocorreu na UTI adulto para o grupo BRA, bem como a realização de cirurgia, acompanhando os dados encontrados referentes a procedimentos. Além disso, o maior número proporcional de internações para realização de parto foi em usuários do grupo 9RS, como o encontrado em procedimento.

Cerca de 3,4% (n=11.414) dos procedimentos realizados estiveram vinculados a uma internação que incluiu o uso de UTI. Observou-se associação entre a localidade de residência e a utilização de UTI ($\chi^2_{(2)} = 8.033,26$; $p < 0,001$), bem como localidade de residência e a UTI utilizada pelo paciente ($\chi^2_{(4)} = 344,81$; $p < 0,001$). O grupo BRA se destacou pela maior proporção de utilização de UTI adulto (19,2% vs 16,5%) (Tabela 8) e baixa proporção de utilização de UTI neonatal e pediátrica (1,1% e 0,9 vs 16,5%) respectivamente (Tabela 7, 8 e 9).

Tabela 7: Informações sobre serviços utilizados durante as internações. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	Serviços Utilizados durante as Internações			
	9RS	BRA	EXT	Total
Utilização de UTI				
<i>Não</i>	266.311 (97,1)	7.413 (2,7)	529 (0,2)	274.253 (100)
<i>Sim</i>	6.530 (78,8)	1844 (22,0)*	17 (0,2)	8.391 (100)
UTI Utilizada				
<i>Neo-natal</i>	1.435 (98,7)	16 (1,1)	3 (0,2)	1.454 (100)
<i>Pediátrica</i>	233 (99,1)	2 (0,9)		235 (100)
<i>Adulta</i>	4.862 (72,5)	1826 (27,2)*	14 (0,2)	6.702 (100)
Realização de Cirurgia				
<i>Não</i>	238.315 (97,5)	5576 (2,3)	466 (0,2)	244.357 (100)
<i>Sim</i>	34.526 (90,2)	3.681 (9,6)*	80 (0,2)	38.287 (100)
Atendimento de Parto				
<i>Não</i>	254.151 (96,3)	9.184 (3,5)	517 (0,2)	263.852 (100)
<i>Sim</i>	18.690 (99,5)*	73 (0,4)	29 (0,2)	18792 (100)

Fonte: Dados da pesquisa. *Valores acima da proporção esperada para a categoria.

A utilização da UTI está relacionada com a quantidade de leitos disponibilizados nos hospitais da região e ainda pela complexidade dos casos que necessitam de tal serviço, e reflete também a maior utilização por moradores da região, tratando-se de um perfil de internação mais prolongando revelando a preferência para utilização de serviços mais próximos das suas residências (CARNIELLO, PEREIRA E GANDOLPHO, 2011). Isso remete ao princípio da Regionalização, pois, através dela é possível que o usuário tenha acesso ao serviço de média e alta complexidade dentro de sua regional de saúde, o que facilita o acesso ao serviço.

Tabela 8: Utilização de UTI segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

Utilização de UTI			
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Total</i>
	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>
9RS	320.932 (97,5)	9.512 (83,3)	330.444 (97,0)
BRA	7.757 (2,3)	1.884 (16,5)	9.641 (2,8)
EXT	598 (0,2)	18 (0,2)	616 (0,2)
			340.701 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 9: Especialidade de UTI Utilizada segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

UTI Utilizada				
	<i>Neo-natal</i>	<i>Pediátrica</i>	<i>Adulto</i>	<i>Total</i>
	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>
9RS	1.440 (98,7)	233 (99,1)	7.839 (80,7)	9.512 (83,3)
BRA	16 (1,1)	2 (0,9)	1.866 (19,2)	1.884 (16,5)
EXT	3 (0,2)	0 (0,0)	15 (0,1)	18 (0,2)
				11.414 (100)

Um total de 14,1% (n=48.109) procedimentos estiveram relacionados a internações em que se realizaram cirurgias. Observou-se associação entre a localidade de residência e a realização de cirurgias pelo paciente ($\chi^2_{(2)} = 5.089,88$; $p < 0,001$). Enquanto a frequência esperada de procedimentos relacionados a internação cirúrgica foi de 97% para o grupo 9RS

e 2,8% para o grupo BRA, estes grupos apresentaram frequência de 92% e 7,8%, respectivamente (Tabela 10).

Além do potencial turístico da região, dois fenômenos estimulam o fluxo de pessoas de diferentes regiões do Brasil a Foz do Iguaçu, um devido à busca por ensino, e outro estimulado pelo comércio. Muitos brasileiros se deslocam até a cidade de Foz do Iguaçu, desde o início dos anos 2000, com o intuito de cursar o curso de Medicina no país vizinho, o Paraguai. Essas pessoas moram por alguns anos na cidade de Foz do Iguaçu e, naturalmente, trazem suas famílias para a cidade, bem como recebem visitas de parentes, o que pode colaborar com o volume de atendimentos do grupo BRA. Com relação ao comércio, desde a construção da Ponte Internacional da Amizade, a busca por produtos a preços convidativos no Paraguai gera elevado fluxo de viajantes em Foz do Iguaçu; atualmente, a região é considerada a terceira maior zona franca do mundo.

Tabela 10: Realização de Cirurgia segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

Cirurgia			
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Total</i>
	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>
9RS	286.186 (97,8)	44.258 (92,0)	330.444 (97,0)
BRA	5.875 (2,0)	3.766 (7,8)	9.641 (2,8)
EXT	531 (0,2)	85 (0,2)	616 (0,2)
			340.701 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Um total de 5,5% (n=18.798) dos procedimentos foi relacionado a internação com parto. Observou-se associação entre a localidade de residência e a realização de parto pelo paciente ($\chi^2_{(2)} = 432,34$; $p < 0,001$). A proporção de realização de partos foi maior em usuários do grupo 9RS (99,4% vs 97%) e menor para o grupo BRA (0,4% vs 2,8%) (Tabela 11).

Com relação aos atendimentos obstétricos, o HMCC é o único hospital na 9ª Regional de Saúde referência em atendimento as gestantes de alto risco. Sem exceção, toda gestante dessa regional de saúde que apresenta gestação de alto risco é encaminhada para o atendimento no HMCC. Observou-se maior proporção de atendimento de parte em usuários

da 9ª regional. Assim, a proporção de BRA foi baixa, como esperado, já que isto significaria um movimento de pessoas de outras regiões do Brasil para um atendimento usualmente programável, o que não é identificado para os casos de parto, no entanto, a manutenção da baixa proporção de atendimentos de EXT é uma surpresa, já que se alega que as paraguaias ou ainda brasileiras residentes no Paraguai venham ao Brasil parir. Como estudo diz estudo realizado por Mello, Victora e Gonçalves (2015), no qual afirma que no ano de 2007, Foz do Iguaçu aderiu ao programa SIS-FRONTTEIRAS, e parte da verba destinada ao município foi usada para construir o Centro Materno Infantil, com a finalidade de realizar o acompanhamento pré-natal de gestantes brasileiras residentes no Paraguai. Constatou-se ainda que gestantes brasiguaias, que fizeram pré-natal no Centro Materno Infantil, tiveram parto em Foz do Iguaçu e se declararam moradoras do Paraguai, tiveram mais consultas pré-natal, maior probabilidade de ter tido a primeira consulta ainda no primeiro trimestre e a primeira consulta puerperal até um mês pós-parto, se comparado com gestantes de igual perfil que se declararam moradoras do Brasil durante a internação, apesar de serem de fato brasiguaias. Isso evidencia, que há a procura por esse serviço na cidade, no entanto, com o resultado encontrado na presente pesquisa, demonstra que pode haver o mascaramento desta população.

Tabela 11: Realização de Parto segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	Parto		
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Total</i>
	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>	<i>N</i> <i>(%)</i>
9RS	311.748 (96,8)	18.696 (99,4)	330.444 (97,0)
BRA	9.568 (3,0)	73 (0,4)	96.41 (2,8)
EXT	587 (0,2)	29 (0,2)	616 (0,2)
			340.701 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao motivo da alta e desfecho apresentados, foi possível avaliar este desfecho apenas no HMCC, com um número total de 86.380 procedimentos avaliados (Tabela 12).

Com relação ao desfecho dos atendimentos prestados, apenas no HMCC foi possível qualificá-los, sendo um total de 86.380 procedimentos com classificação de alta, óbito ou

alta mãe com óbito fetal. O grupo 9RS foi responsável por 79.099 (91,6%), o grupo BRA foi responsável por 8,2% dos procedimentos, e o grupo EXT correspondeu por 0,2%. A maior proporção de altas ocorreu no grupo BRA (14% vs 8,2%), sendo este o grupo que proporcionalmente mais utilizou UTI adulto e realizou mais cirurgia, porém, sugere-se eletividade na busca pelos serviços de saúde nesta população. Isso fica nítido ao observar que tal população (BRA) também apresentou como principal porta de entrada aos serviços de saúde as Unidades de Pronto Atendimento (o que pode sugerir uma busca espontânea pelo atendimento e não uma condição de agravo ou gravidade), assim associa-se a realização de cirurgia (eletiva), utilização de UTI (neste sentido apenas para observação, e não devido ao agravamento do quadro) e a maior proporção de altas (paciente melhorado).

Tabela 12: Desfecho dos procedimentos referente ao HMCC segundo 9RS, BRA e EXT. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	Desfecho			
	<i>Alta</i>	<i>Óbito</i>	<i>Alta mãe com óbito fetal</i>	<i>Total</i>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
9RS	38.919 (85,7)	11.406 (94,6)	28.774 (99,4)	79.099 (91,6)
BRA	6.390 (14)	627 (5)	100 (0,3)	7.117 (8,2)
EXT	80 (0,3)	19 (0,4)	65 (0,2)	164 (0,2)
				86.380 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação a variável alta mãe e óbito fetal, verificou-se proporção maior que 30% tanto para o grupo 9ª, quanto para o grupo EXT, sugerindo que ainda há falhas durante o processo pré-natal, uma vez que a mortalidade fetal é um indicador sensível à qualidade e ao acesso à assistência prestada à gestante durante o pré-natal e o parto, sendo também influenciada pelas condições de saúde materna, antecedentes obstétricos e características socioeconômicas da mãe (PARANÁ, 2020). Com relação ao óbito fetal, ainda são poucos os estudos e as análises disponíveis na literatura e em estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, do pouco interesse e da rasa compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por ações dos serviços de saúde e, ainda, da baixa qualidade da informação (PARANÁ, 2020). Os dados aqui encontrados, mostram a fragilidade ainda enfrentada com relação aos cuidados pré-natais, sugerindo que mesmo com todas as ações realizadas para a

saúde da mulher durante período gestacional, ainda há muito que percorrer neste caminho para melhorar tal assistência.

Ao analisar o V de Cramer observou-se para todas as variáveis (faixa etária, sexo, porta de entrada, convênio utilizado, utilização de UTI, tipo de UTI utilizada, realização de cirurgias e realização de parto) apresentaram associação fraca com a localidade de procedência dos usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Usuários não-residentes utilizam uma fração pequeniníssima dos serviços de saúde de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência em região de fronteira, sendo aparentemente inapropriado alegar que sobrecarregam os serviços hospitalares de média e alta complexidade nessas regiões.

Uma hipótese que surge é que possa existir um mascaramento dos não-residentes que utilizam os serviços de saúde nos hospitais que compuseram este estudo. Tal hipótese já era sugerida por Nogueira, Dal Pra e Firmiano (2007) os quais afirmaram em seu estudo que a exigência de documentação pessoal não era uniforme ao longo da fronteira, seja para atendimento em atenção básica, seja ambulatorial. A dificuldade para regularização de documentos pessoais, segundo os relatos, devia-se ao alto custo desses processos. E identificou-se também que há orientação por parte dos gestores em atender unicamente aos casos de urgência e emergência e ainda que informações coletadas com os profissionais de saúde demonstraram que os estrangeiros são atendidos na rede de saúde, principalmente, no nível de atenção básica e ambulatorial, dentro da capacidade do município, não sendo registrados como estrangeiros.

Com relação a utilização de serviços por uma parcela maior que a esperada por usuários BRA levanta-se a hipótese desse acontecimento pelo fato que em Cidade de Leste no Paraguai há diversas instituições de Ensino que ofertam o curso de Medicina, com valores mais acessíveis que no Brasil, além de Foz do Iguaçu ser polo da Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA que também oferta o curso de Medicina, além de diversos outros cursos, o que torna a região atrativa para estudantes de diversas regiões do país. Assim, essa população reside temporariamente em Foz do Iguaçu, e frequentemente relatam a qualidade dos serviços de saúde na região, o que tornaria o lugar atrativo para familiares buscarem serviços de saúde.

Assim, observa-se que não há um esgotamento da temática, sugerindo-se que novas pesquisas sejam realizadas a fim de elucidar as questões relacionadas a esta problemática da utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade por usuários não residentes no Brasil, como por exemplo, como se dá o acesso a esses serviços pelos usuários não residentes, se os profissionais da porta de entrada conhecem os direitos desses usuários, quais práticas estão sendo realizadas.

Com a realização desta pesquisa, também foi observado que este possível “mascaramento” dos não-residentes que utilizam os serviços de média e alta complexidade pode iniciar-se na Atenção Primária. Juntamente com isso, observa-se que as “barreiras impostas” na Atenção Primária são contrários ao que dizem a Constituição Federal e Leis que se referem ao SUS, podendo assim perceber que falta a disseminação dessas informações para as pessoas que se encontram como o primeiro contato do usuários aos serviços (recepcionistas). Assim, sugere-se também a realização de novas pesquisas, que possam atender essa demanda, para melhorar o atendimento a todos os usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

ABREU, TSN. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v.3, n.3, out/dez. 2014 ISSN 2358-1824. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/53/98>. Acesso em 28/09/2021.

ALBUQUERQUE, J. L. C. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos “brasiguaios” entre os limites nacionais. **Horizontes Antropológicos**, v. 15, n. 31, p. 137–166, 2009.

ALVES, MLF. Et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Rev Med Minas Gerais* 2015; 25(4): 469-475. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>. Acesso em? 21/20/2021.

BRAGA, J. U.; HERRERO, M. B.; CUELLAR, C. M. DE. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Cadernos de Saude Publica**, v. 27, n. 7, p. 1271–1280, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: [s.n.]. v. 53

____. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: [s.n.].

____. Constituição da República Federativa do Brasil. p. 496, 2016.

____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

____. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. 2017. Acesso em 09 de Setembro de 2017. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0803>.

____. Cadastro Nacional de Estabelecimento a Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=4108302591049.

____. Lei nº 8.080. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 06/02/2019.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS. Cartão Nacional de Saúde : normas e procedimentos de uso / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Informática do SUS. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il.

BRASIL. Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de maio de 2017

BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003/2015 – SMSA. Dispõe sobre as diretrizes a serem seguidas para elaboração, cadastramento e atualização do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), bem como as orientações de sobre todos os documentos que devem ser apresentados para atendimentos na Rede Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu - PR. Secretário Municipal da Saúde. 2015.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em? 25/20/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Atenção Hospitalar. <https://antigo.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>. Acesso em 30/10/2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Portaria 312 de 2 de maio de 2002 .

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Regionalização da saúde: posicionamento e orientações. Brasília, 2019.

CARNIELLO, M. F., PEREIRA, J. C., & GANDOLPHO, M. R. (2011). Caracterização do atendimento hospitalar pelo SUS no DRS XVII Taubaté. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, 15(3), 109-136.

CASTILHO KROPF PENANTE, Luana de. Relatório sobre o internato de urgência e emergência do sistema único de saúde: uma análise da vivência no Hospital Municipal de Foz do Iguaçu. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

EIFLER, FW. Descrição Dos Sistemas De Saúde Pública De Argentina, Brasil E Uruguai. 2016. Disponível em: <https://medium.com/@fernandoeifler/descr%C3%A7%C3%A3o-dos-sistemas-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-de-argentina-brasil-e-uruguai-4b2f294dca05>. Acesso em: 30/08/2021.

Fernandes, L. C. L., Machado, R. Z., & Anschau, G. O. (2009). Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14, 1541-1552.

FEMIPA. FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓDIA E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DO PARANÁ. **Grupo de trabalho de Saúde estimula troca de experiências na tríplice fronteira**. 2018. Disponível em: <http://www.femipa.org.br/noticias/grupo-de-trabalho-de-saude-estimula-troca-de-experiencias-na-triplice-fronteira/>. Acesso em: 11/02/2019.

FERREIRA, LL. Demografia Médica 2018: número de médicos aumenta e persistem desigualdades de distribuição e problemas na assistência. 2018. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2018/03/DEMOGRAFIA-M%C3%89DICA.pdf>. Acesso em: 28/08/2021.

FERREIRA, CMPG; MARIANI, MAP; BRATICEVIC, SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. Saude soc. [online]. 2015, vol.24, n.4, pp.1137-1150. ISSN 1984-0470.

GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

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 Health ontheborders: accesstoanddemandsontheBrazilian. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 251–266, 2007.

GUERRA, K.; VENTURA, M.; Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. Cad. Saúde Coletiva. RJ, 2017.

G1 Paraná. Hospital Municipal de Foz do Iguaçu ganha leitos para casos de Dengue. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/02/hospital-municipal-de-foz-do-iguacu-ganha-leitos-para-casos-de-dengue.html>. Acesso em 31/01/2022.

HMCC. Hospital Ministro Costa Cavalcanti. **Serviços Especializados**. 2019. Disponível em: <http://www.hmcc.com.br/>. Acesso em: 09/02/2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Foz do Iguaçu, 2010.

IPARDES. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Municípios do Paraná**. 2017. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Municipios-do-Parana>>. Acesso em: 22 out. 2017.

ITAIPU BINACIONAL. **Saúde na Fronteira**. 2019. Disponível em: <https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude-na-fronteira>. Acesso em: 11/02/2019.

ITAIPU BINACIONAL. **GT/Itaipu Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude-na-fronteira>. Acesso em: 29/08/2021.

ITAMARATY. MINISTÉRIO DAS RELÇÕES EXTERIORES. **República Argentina**. 2019. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4785&Itemid=478&cod_pais=ARG&tipo=ficha_pais&lang=pt-BR. Acesso em: 11/02/2019.

_____. MINISTÉRIO DAS RELÇÕES EXTERIORES. **República do Paraguai**. 2019. Disponível em:

http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4785&Itemid=478&cod_pais=ARG&tipo=ficha_pais&lang=pt-BR. Acesso em: 11/02/2019.

KALICHMAN AO, AYRES JR CM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(8):e00183415, ago, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n8/e00183415>. Acesso em: 08/11/2021.

LIMA, R. The right to the health and access to sus: restrictions imposed on the foreign population of the triple borderland. **Direito sem fronteiras**, v. 1563, n. 3, p. 61–77, 2017.

MACHADO, CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. Ciênc. saúde colet. 23 (7) Jul 2018 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>.

MARTINEZ, V.R.M.E. O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil. (154 f.). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Ana Maria de Almeida. Foz do Iguaçu, 2020.

MENICUCCI, TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad Saude Publica 2009; 25(7):1620-1625.

MELLO, GA et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1291-1310, 2017.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. Revista Ciências e Saúde Coletiva, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Especializada**. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>. Acesso em: 10/02/2019.

NEGRI FILHO, A. BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. Consensus. segundo trimestre, 2014. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_11.pdf. Acesso em: 22/10/2021.

NETHIS. Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde. Sistema de Saúde da Argentina. 2020. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/sistema-de-saude-da-argentina/>. Acesso em: 28/08/2021.

NETHIS. Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde. Sistema de Saúde do Paraguai. 2021. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/sistema-de-saude-do-paraguai/>. Acesso em: 28/08/2021.

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. Suplemento. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em? 29/11/2021.

OLIVEIRA, AFM. Direito E Saúde Na Tríplice Fronteira: O Município De Foz Do Iguacu, Analisado A Partir Das Relações Entre O Direito E A Política Pública Estratégia Saúde Da Família. Dissertação. Foz do Iguacu, 2021.

PALLANT J. SPSS survival manual, a step by step guide to data analysis using SPSS for windows.3 ed. Sydney: McGraw Hill; 2007. pp. 179–200.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020. 210 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 9ª Regional de Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>. Acesso em: 24/20/2021.

PHILIPS. Tasy para Hospitais. 2020. Disponível em: <https://www.philips.com.br/healthcare/resources/landing/solucao-tasy>. Acesso em: 10/03/2020.

PMFI. PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **A cidade**. 2019. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>. Acesso em: 11/02/2019.

PREUSS, L. T. O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. **DIPROSUL**, n. 55, p. 1–22, 2011.

RIBEIRO, MCSDA., et al (2006). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & saúde coletiva**, 11(4), 1011-1022.

ROVERE, M. El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Rev Debate Público* 2016; 6(12):23-42.

SHIMIZU, HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis* 2013; 23(4):1101- 1122.

SOUZA, A.S. Incidência de Dengue em uma Região de Tríplice Fronteira Internacional: Determinantes Sociodemográficos. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em

Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Fernando Kenji Nampo. Foz do Iguaçu, 2019.

SOUZA, D. Direito fundamental à saúde. Condição para a dignidade humana. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/node/4874>. Acesso em: 28/09/2021.

SOUZA, DPF. Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde. 2004. Dissertação. Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS

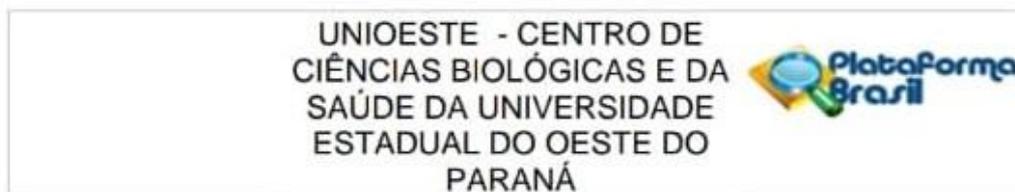
SPEDE, SM.; PINTO, NRS.; TANAKA, OY. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 953-972, 2010.

TEIXEIRA, JJM., BASTOS, GCFC., & DE SOUZA, ACL. (2017). Perfil de internação de idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 15(1), 15-20.

WANDERLEY, KL. Atenção Hospitalar em Rede. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 1ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 268 p., il. – (Cadernos Humaniza SUS ; v. 3).

ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fluxo Transnacional de Pacientes e a Utilização de Serviços de Alta Complexidade: a realidade de um hospital de referência na maior fronteira internacional do Brasil

Pesquisador: FERNANDO KENJI NAMPO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17602919.1.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.473.692

Apresentação do Projeto:

Estudo será realizado de forma observacional com abordagem quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Desfecho Primário:

Utilização de serviços de alta complexidade em um hospital brasileiro de referência na maior fronteira internacional do país.

Desfecho Secundário:

Epidemiologia dos pacientes atendidos em serviço de alta complexidade em um hospital brasileiro de referência na maior fronteira internacional do país.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa com dados previamente coletados pelo serviço, o risco ao paciente refere-se a sua identificação indesejada. No sentido de minimizar este risco, os dados obtidos não conterão informações que tornem os participantes identificáveis, como por exemplo, endereço, número de documentos, número de telefone, nome ou filiação. Serão obtidos junto ao serviço

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR **Município:** CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ**



Continuação do Parecer: 3.473.692

somente os dados previstos para a realização da pesquisa.

Benefícios:

O conhecimento advindo desta pesquisa poderá, (i) subsidiar decisões relativas à gestão dos serviços no local de estudo, (ii) fundamentar discussões até então desprovidas de informações válidas com relação ao uso de serviços de alta complexidade por estrangeiros no Brasil e (iii)

incitar investigações adicionais acerca da atenção à saúde em região brasileira de fronteiras internacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta Relevância para a área da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado adequado do ponto de vista ético envolvendo seres humanos em conformidade com as exigências deste Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1326610.pdf	18/07/2019 16:36:18		Aceito
Outros	img003.pdf	17/07/2019 14:03:06	FERNANDA DA SILVA PUMI ALLIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso.pdf	26/06/2019 12:57:33	FERNANDA DA SILVA PUMI ALLIANA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/06/2019 11:50:35	FERNANDA DA SILVA PUMI ALLIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FLUXO_TRANSNACIONAL.docx	25/06/2019 11:49:08	FERNANDA DA SILVA PUMI ALLIANA	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	25/06/2019	FERNANDA DA	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2069

Bairro: UNIVERSITÁRIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 3.473.692

Outros	Autorizacao.pdf	11:47:44	SILVA PUMI ALLIANA	Aceito
--------	-----------------	----------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 29 de Julho de 2019

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



APÊNDICES

APÊNDICE A

NÃO-RESIDENTES SOBRECARRREGAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM REGIÃO BRASILEIRA DE FRONTEIRA?

DO NON-RESIDENTES OVERLOAD MEDIUM AND HIGH COMPLEXITY HEALTH SERVICES IN A BRAZILIAN BORDER REGION?

Não residentes sobrecarregam a saúde na Fronteira?

AUTORES

Fernanda da Silva Pumi Alliana

Mestranda em Saúde Pública em Região de Fronteiras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE

Docente no Centro de Ensino Superior de Foz do Iguaçu – CESUFOZ

Contato: fisiopumi@gmail.com / (45) 99823-1556

Fernando Kenji Nampo

Doutor Docente da Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA

Contato: fernando.nampo@unila.edu.br / (45) 99155-1707

RESUMO

Objetivos: Verificar se a utilização de serviços de saúde de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência em região de fronteira trinacional por não-residentes sobrecarrega o sistema. **Métodos:** Estudo seccional incluindo dados de dois hospitais de referência na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, localizada na Fronteira Trinacional Brasil-Paraguai-Argentina. Foram analisados os dados referentes aos serviços de média e alta complexidade prestados de 2015 até 2018. Compararam-se as frequências de procedimentos e de internações de três grupos de usuários: os provenientes da 9ª Regional de Saúde do Paraná (9NR), os provenientes de outras regionais de saúde brasileiras (BRA) e os residentes no exterior (brasileiros ou estrangeiros, EXT). Utilizou-se o teste de Fisher com algoritmo de Monte Carlo com 99% de confiança e 10.000 amostras. **Resultados:** No período estudado ocorreram 340.701 procedimentos, desses 74,5% corresponderam a atendimentos realizados no HMPGL e 25,5% a procedimentos realizados no HMCC. 9NR responderam por 330.444 (97,0%) procedimentos, enquanto BRA responderam por 9.641 (2,8%) procedimentos, e EXT responderam

por 616 (0,2%) procedimentos. **Discussão:** usuários não residentes utilizam uma fração pequena dos serviços de saúde de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência em região de fronteira, sendo aparentemente inapropriado alegar que os não-residentes sobrecarregam os serviços hospitalares de média e alta complexidade nessas regiões.

Palavras-chave: Acesso a Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui princípios regidos por leis e artigos que garantem um atendimento universal, integral e com equidade a todos os cidadãos, não cabendo a limitação no atendimento a nenhum indivíduo que esteja em território brasileiro¹.

Uma das polêmicas relacionadas ao acesso à saúde pública no Brasil é a sua utilização por cidadãos estrangeiros. A tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina é a fronteira brasileira mais populosa e abrange um contingente de aproximadamente 900.000 habitantes, dos quais 264.044 residem no município de Foz do Iguaçu-PR². Nesta tríplice fronteira o fluxo transnacional de pessoas em busca de serviços de saúde ocorre majoritariamente em direção ao Brasil³, supostamente sobrecarregando os serviços de saúde locais. Isto se torna particularmente relevante ao se considerar que Foz do Iguaçu é referência para atendimento à gestante de alto risco, cardiologia, nefrologia, oncologia e traumatologia para os outros oito municípios que compõem a nona regional de saúde do Paraná (Santa Terezinha de Itaipu, Ramilândia, Itaipulândia, Serranópolis do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Missal e Medianeira).

O Gestor municipal pode, a seu critério, definir outras exigências para realização do cadastramento, estratégias para emissão e entrega do cartão, ou qualquer outra solicitação que ele julgar necessário.⁴ Em Foz do Iguaçu, o usuário estrangeiro, assim como os não-estrangeiros, deve possuir o Cartão SUS, que é uma condição para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, de acordo com Instrução Normativa da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu⁵. Mesmo sendo necessário o cadastro do Cartão SUS, de preferência na Atenção Primária, nenhuma condição impede o direito de qualquer pessoa possuir o seu cadastro

SUS, inclusive aqueles ditos como em condições especiais, sendo o caso de estrangeiros e população de fronteira. Ademais, a inexistência ou ausência do mesmo não deve ser motivo para o atendimento solicitado em instituição de saúde⁶.

Para uma melhor gestão dos serviços de saúde, é importante que os gestores conheçam a realidade local acerca do uso desses serviços levando em conta a população a ser atendida, a demanda reprimida, os mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência e a capacidade técnica e operacional dos serviços a serem implantados¹.

Apesar de sua relevância tanto do ponto de vista da capacidade de atendimento nos serviços de saúde, quanto do ponto de vista econômico, não encontramos na literatura científica pesquisas que quantifiquem a utilização de serviços de média e alta complexidade em cidade brasileira de fronteira internacional. Assim, este estudo tem por objetivo caracterizar a utilização de serviços médicos de média e alta complexidade por pacientes não-residentes em hospitais brasileiros de referência na maior fronteira internacional do país, possivelmente contribuindo para um melhor planejamento da gestão em saúde em regiões brasileiras de fronteira internacional assemelhadas à região estudada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional realizado na cidade de Foz do Iguaçu, a qual se localiza no sul do Brasil e tem uma população estimada de 264.044 habitantes. Foz do Iguaçu está situada na maior fronteira internacional do Brasil em termos populacionais e é considerada uma localidade sanitariamente vulnerável por fazer parte da tríplice fronteira junto a Porto Iguaçu (Argentina) e Cidade de Leste (Paraguai), em uma grande conurbação internacional com elevado fluxo transnacional de pessoas e mercadorias⁷.

Para esta pesquisa, estudamos dois hospitais de referência. O Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) é um hospital de grande porte com ampla prestação de serviços de média e alta complexidade e é referência em atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) para Oncologia, Nefrologia, Cardiologia, alta complexidade neonatal e Obstetrícia, e além dos atendimentos públicos, também presta atendimentos particulares e à saúde suplementar (convênios)⁸. O Hospital

Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) é a maior instituição de saúde do extremo oeste do Paraná e oferece atendimento exclusivo pelo sistema público do SUS e é referência em emergência e trauma⁹.

Foram coletados dados referentes a todos os procedimentos de média e alta complexidade realizados de 2015 até 2018 foram obtidos a partir do banco de dados do HMCC e do HMPGL. Em ambos os hospitais o banco de dados é composto por registros de informações dos pacientes, bem como dos procedimentos realizados, os quais são continuamente coletados através das informações provenientes dos prontuários dos pacientes e armazenados em sistema computacional próprio de acesso restrito. Os dados necessários para a pesquisa foram disponibilizados pelos hospitais em forma de planilha eletrônica omitindo-se informações que permitissem a identificação dos pacientes (p.ex. número de prontuário, nome, filiação, número de documentos ou endereço), de modo a preservar suas identidades.

As variáveis coletadas e analisadas foram: idade, sexo, procedência (local de residência), a porta de entrada para o acesso ao serviço, convenio utilizado, se houve utilização de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, qual UTI foi utilizada (neonatal, pediátrica e adulto), se foi realizado cirurgias, e por fim se foi realizado procedimento de parto.

Uma vez obtido os dados em forma de planilha eletrônica, foi realizado a limpeza do banco de dados e a identificação de cada procedimento em três grupos: aqueles prestados para residentes na 9ª Regional de Saúde do Paraná (9NR), aqueles prestados a residentes no Brasil, mas não residentes na 9ª Regional de Saúde do Paraná (BRA) e, finalmente, aqueles prestados para residentes no exterior (EXT). Posteriormente foi realizada a codificação dos dados para posterior análise no programa SPSS Statistic.

Utilizou-se o teste de Fisher com algoritmo de Monte Carlo com 99% de confiança e 10.000 amostras para comparar as frequências de procedimentos e de internações de dos grupos de usuários (9NR, BRA e EXT). Estabeleceu-se o V de Cramér para representar a força da associação observada.

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Parecer Consubstanciado nº 3.473.692.

RESULTADOS

No período estudado ocorreram 340.701 procedimentos de média ou alta complexidade. Destes, 74,5% corresponderam a atendimentos realizados no HMPGL e 25,5% a procedimentos realizados no HMCC. 9NR responderam por 330.444 (97,0%) procedimentos, enquanto BRA responderam por 9.641 (2,8%) procedimentos, e EXT responderam por 616 (0,2%) procedimentos. No entanto, observou-se maior proporção de procedimentos realizados no HMCC no grupo BRA (73,8%).

No que refere à idade dos usuários, observou-se usuários com idade entre 0 e 107,5 anos (média = 42,9 anos e desvio-padrão (DP) = 22,9). Observou-se associação entre a localidade de residência e a faixa etária do paciente ($\chi^2_{(8)} = 3508,90$; $p < 0,001$), destacando-se que no grupo BRA 51% dos usuários eram idosos, enquanto a frequência esperada era de 27,3%. (Tabela 1).

Em relação ao sexo dos pacientes, 52,2% eram do sexo feminino e 47,8% masculino, observou-se associação entre a localidade de residência e o sexo do paciente ($\chi^2_{(2)} = 196,33$; $p < 0,001$), pois tanto para o grupo BRA quanto para o grupo EXT observou-se maior proporção do sexo masculino do que o esperado (54,7% e 52,8% vs 47,8%, respectivamente) (Tabela 1).

Tabela 1: Informações sobre a faixa etária e sexo. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	Faixa etária					Total	Sexo		Total
	Criança	Jovem	Adulto-jovem	Adulto	Idoso		Masculino	Feminino	
9NR	41308 (12,5)	19892 (6,0)	62125 (18,8)	118983 (36,0)	88079 (26,7)	330387 (100)	157165 (47,6)	173216 (52,4)	3303 81 (100)
BRA	178 (1,8)	159 (1,6)	1094 (11,3)	3297 (34,6)	4912 (51,0)*	9640 (100)	5272 (54,7)*	9641 (45,3)	9640 (100)
EXT	109 (17,7)	47 (7,6)	95 (15,4)	198 (32,1)	167 (27,1)	61 (100)	325 (52,8)	291 (47,2)	616 (100)
Total	41595 (12,2)	20098 (5,9)	63314 (18,6)	122478 (36,0)	93158 (27,3)	34064 (100)	162762 (47,8)	340701 (52,2)	3406 37 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à porta de entrada dos usuários, observou-se associação entre a localidade de residência e a porta de entrada do paciente ($\chi^2_{(12)} = 7016,21$; $p < 0,001$), destacando-se que BRA apresentou uma frequência maior que a esperada para domicílio (40,8% vs 14,6%) e UPA (5,5% vs 2,7%) (Tabela 2).

Tabela 2: Porta de Entrada. Foz do Iguaçu-PR, 2021

	Porta de entrada							Total
	<i>Domicílio</i>	<i>Consultório Médico</i>	<i>Hospitais</i>	<i>Paraguai</i>	<i>UPA</i>	<i>SIATE</i>	<i>Outros</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
9NR	45744 (13,8)	209011 (63,3)	11812 (3,6)	79 (0,0)	8630 (2,6)	46922 (14,2)	8245 (2,5)	330443 (100)
BRA	3934 (40,8)	3780 (39,2)	73 (0,8)	4 (0,0)	529 (5,5)	685 (7,1)	636 (6,6)	9641 (100)
EXT	92 (14,9)	419 (68,0)	6 (1,0)	1 (0,2)	17 (2,8)	50 (8,1)	31 (5,0)	616 (100)
Total	49770 (14,6)	213210 (62,6)	11891 (3,5)	84 (0,0)	9176 (2,7)	47657 (14,0)	8912 (2,6)	340700 (2,6)

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se associação entre a localidade de residência e o convênio utilizado pelo paciente ($\chi^2_{(4)} = 1242,24$; $p < 0,001$). O atendimento pelo sistema público foi o mais prevalente em todos os grupos. A proporção dos atendimentos pelo sistema público foi a esperada para cada grupo; no entanto, a proporção de atendimentos particulares foi maior do que o esperado tanto no grupo BRA, quanto no grupo EXT (4,7 e 9,1% vs 1,4%, respectivamente), e a proporção de atendimentos pela saúde suplementar foi maior do que o esperado tanto no grupo BRA, quanto no grupo EXT (12,1% e 13,5% vs 8,3%, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3: Convênio Utilizado. Foz do Iguaçu-PR, 2021

	Convênio Utilizado			Total
	<i>Atendimento Público</i>	<i>Particular</i>	<i>Saúde suplementar</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
9NR	299046 (90,5)	4408 (1,3)	26990 (8,2)	330444 (100)
BRA	8022 (83,2)	452 (4,7)	1167 (12,1)*	9641 (100)

EXT	477 (77,4)	56 (9,1)*	83 (13,5)*	616 (100)
Total	307545 (90,3)	4916 (1,4)	28240 (8,3)*	340701 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Cerca de 8.391 (3,1%) dos procedimentos realizados estiveram vinculados a uma internação que incluiu o uso de UTI. Observou-se associação entre a localidade de residência e a utilização de UTI ($\chi^2_{(2)} = 8.033,26$; $p < 0,001$), bem como localidade de residência e a UTI utilizada pelo paciente ($\chi^2_{(4)} = 344,81$; $p < 0,001$). O grupo BRA se destacou pela maior proporção de utilização de UTI (19,5% vs 3,4%) e baixa proporção de utilização de UTI neonatal (0,8% vs 12,8%) (Tabela 4).

Tabela 4: Utilização de UTI. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	Utilização de UTI		Total	UTI Utilizada			Total
	Não	Sim		Neonatal	Pediátrica	Adulto	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
9NR	320932 (97,1)	9512 (2,9)	330444 (100)	1440 (15,1)	233 (2,4)	7839 (82,4)	9512 (100)
BRA	7757 (80,5)	1884 (19,5)	9641 (100)	16 (0,8)	2 (0,1)	1866 (99,0)	1884 (100)
EXT	598 (97,1)	18 (2,9)	616 (0,2)	3 (16,7)	0 (0,0)	15 (83,3)	18 (100)
Total	329287 (96,6)	11414 (3,4)	340701 (100)	1459 (12,8)	235 (2,1)	9720 (85,2)	11414 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Um total de 38.289 (13,5%) procedimentos estiveram relacionados a internações em que se realizaram cirurgias ($\chi^2_{(2)} = 5.089,88$; $p < 0,001$). Enquanto a frequência esperada de procedimentos relacionados a internação cirúrgica foi de 14,1%, 39,1% dos procedimentos realizados no grupo BRA e 13,8% no grupo EXT foram relativos a internação cirúrgica (Tabela 5).

O total de partos realizados foi de 30.302 (10,7%), onde a proporção de realização de partos foi maior em usuários do grupo 9NR. Observou-se associação entre a localidade de residência e a realização de parto pelo paciente ($\chi^2_{(2)} = 432,34$; $p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5: Realização de Cirurgia e Parto. Foz do Iguaçu-PR, 2021.

	Cirurgia			Parto		
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Total</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
9NR	286186 (86,6)	44258 (13,4)	330444 (100)	311748 (94,3)	18696 (5,7)	330444 (100)
BRA	5875 (60,9)	3766 (39,1)	9641 (100)	9568 (99,2)	73 (0,8)	9641 (100)
EXT	531 (86,2)	85 (13,8)	616 (100)	587 (95,3)	29 (4,7)	616 (100)
Total	292592 (85,9)	48109 (14,1)	340701 (100)	321903 (94,5)	18798 (5,5)	340701 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Ao que nos consta, esta foi a primeira pesquisa a investigar a utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade por usuários não residentes do Brasil na fronteira internacional mais populosa do país.

Foram analisados todos os atendimentos/procedimentos ocorridos de 2015 e 2018 nos dois principais hospitais locais e, como principal achado, destaca-se a utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade por uma parcela ínfima de usuários identificados como não residentes no Brasil, aproximadamente 1 a cada 500 procedimentos realizados, apesar da dinâmica transfronteiriça ativa e constante.

Tais números corroboram a dificuldade da distinção entre as nacionalidades devido aos laços familiares com os países circunvizinhos, revelando famílias com pessoas de diversas nacionalidades e ainda brasileiros residentes em terras paraguaias que procuram os serviços de saúde no Brasil nos municípios com maior proximidade à fronteira^{10,11}. O atendimento a essa população encontra alguns entraves para sua realização, como a exigência do Cartão do SUS para atendimentos nas Unidades básicas de Saúde⁴, uma vez que a Constituição Federal em seu artigo 196 afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doença e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário as ações e

serviços para a sua promoção, proteção e recuperação¹²” a pessoa não pode ter o acesso a saúde negado por não possuir o Cartão Nacional de Saúde.

Um fenômeno que ocorre nesta região é o fato de muitos brasileiros se deslocarem até a cidade de Foz do Iguaçu em busca das atrações turísticas da localidade, e ainda, desde o início dos anos 2000 observa-se que muitos brasileiros, passam a residir na cidade de Foz do Iguaçu com o intuito de cursar o curso de Medicina no país vizinho, o Paraguai. Com isso, é observado que muitas pessoas moram por alguns anos na cidade de Foz do Iguaçu e, após concluir o curso de Medicina ou conseguirem transferência para uma instituição de Ensino Superior no Brasil, retornam para sua cidade de origem ou dirigem-se para outra localidade brasileira. Isso acarreta a vinda de famílias inteiras para a cidade, também em busca de serviços de saúde, os quais são considerados de qualidade e fácil acesso nesta região do país⁹.

Ao analisar a faixa etária dos usuários, observou-se que a proporção de procedimentos realizados em idosos residentes no grupo BRA foi maior do que o esperado. Isso ressalta o perfil do país com um ritmo de envelhecimento proeminente e preponderância de doenças crônicas, aumentando a busca regular pelos atendimentos de saúde e reabilitação. O atendimento se difere dos jovens em toda sua dinâmica desde a entrada no serviço, necessidade de especialistas e diagnósticos, por vezes passando pelas diversas complexidades ofertadas pelos serviços de saúde¹³. Isso fica nítido ao observar que tal população (grupo BRA) também apresentou como principal porta de entrada aos serviços de saúde as Unidades de Pronto Atendimento, além de apresentarem a maior proporção que utilizou a UTI, bem como que realizaram cirurgia.

Em outros estudos, observou-se que a utilização da UTI está relacionada com a quantidade de leitos disponibilizados nos hospitais da região e ainda pela complexidade dos casos que necessitam de tal serviço, e reflete também a maior utilização por moradores da região, tratando-se de um perfil de internação mais prolongando revelando a preferência para utilização de serviços mais próximos das suas residências¹². Isso demonstra que os serviços oferecidos na região, a torna “atrativa” às pessoas que necessitam de atendimentos especializados.

Outra característica importante encontrada na população estudada é a observação do continente de nascimento, destaca-se uma proporção maior de

asiáticos no grupo 9NR, o que é justificado por Foz do Iguaçu-PR ser a maior colônia Árabe do Brasil, além de abrigar muitos japoneses e chineses, tal fato ocorre pelo forte comércio na fronteira, o qual pessoas oriundas de outros países/continentes fixam suas residências na cidade devido à facilidade em se deslocar até o Paraguai, que é considerado a terceira maior zona franca do mundo, onde comandam seus negócios.

Além disso, observou-se maior proporção de europeus residentes no grupo BRA, demonstrando os traços da população que colonizou a região sul do Brasil, que por sua vez, procuram Foz do Iguaçu-PR para turismo e como uma oportunidade de compras no Paraguai.

O convênio de maior utilização por parte de usuários não residentes é a Rede Pública, por se tratar de um serviço gratuito e de qualidade, referência na região⁹. Neste estudo observou-se que o convênio para acesso aos serviços de saúde a maior utilização tanto para usuários do grupo BRA e EXT foi a saúde suplementar e não a rede pública, como era esperado. Essa população utilizou convênios ou pagou de modo particular pelos serviços.

Uma limitação observada neste estudo foi por tratar-se de dados secundários. No entanto, para amenizar essa situação, foi realizado todo o trabalho de limpeza e organização dos dados antes que eles fossem analisados.

Com relação aos atendimentos obstétricos, o HMCC é o único hospital na 9ª Regional de saúde referência em atendimento a gestantes de alto risco. Sem exceção, toda gestante dessa regional de saúde que apresenta gestação de alto risco é encaminhada para o atendimento no HMCC. Observou-se maior proporção de atendimento de parte em usuários do grupo 9NR.

Assim, conclui-se que **usuários não residentes (EXT) utilizam uma fração pequeniníssima dos serviços de saúde** de média e alta complexidade em hospitais brasileiros de referência em região de fronteira, sendo aparentemente inapropriado alegar que eles ocupam muito leitos dos serviços hospitalares de média e alta complexidade nesta região.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde**: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

2. IPARDES. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Municípios do Paraná**. 2020. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Municipios-do-Parana>>. Acesso em: 22 out. 2020.

3. LIMA, R. The right to the health and access to sus: restrictions imposed on the foreign population of the triple borderland. **Direito sem fronteiras**, v. 1563, n. 3, p. 61–77, 2017.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartão Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/perguntas-frequentes>. Acesso em: 22/08/2021.

5. STRADA, CFO. Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina): uma análise política. 2018. 116p. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila), Foz fo Iguaçu, 2018.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS. **Cartão Nacional de Saúde : normas e procedimentos de uso / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Informática do SUS**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il.

7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Foz do Iguaçu, 2010.

8. HMCC. Hospital Ministro Costa Cavalcanti. **Serviços Especializados**. 2019. Disponível em: <http://www.hmcc.com.br/>. Acesso em: 09/02/2019.

9. HMPLG. Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Disponível em: <http://www.hmpgl.com.br/>. Acesso em 09/02/2019.

10. PREUSS, L. T. O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. **DIPROSUL**, n. 55, p. 1–22, 2011.

11. 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 Health on the borders : access to and demands on the Brazilian. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 251–266, 2007.

12. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. p. 496, 2016.

13. TEIXEIRA, JJM., BASTOS, GCFC., SOUZA, ACL. Perfil de internação de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, 2017, 15(1), 15-20.

AGÊNCIA FINANCIADORA

Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA

Editais nº 137/2018 PRPPG - UNILA