

Artículo de investigación

Os desafios das políticas públicas de saúde na Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru**The challenges of the health public policies in the Triple Border of Brasil, Colombia and Peru**

Recibido: 28 de agosto del 2019

Aceptado: 1 de octubre del 2019

Written by:

Antônio Jorge Ataíde de Souza²⁴²**Ligia T. Lopes Simonian²⁴³****Resumo**

O imaginário criado sobre a Amazônia reflete diretamente nas políticas públicas pensadas para Amazônia. Com o objetivo deste artigo, pretende-se propor uma discussão acerca dos desafios das políticas públicas de saúde na tríplice fronteira de Tabatinga, Benjamin Constant no Brasil; de Letícia na Colômbia, e da Islândia e Santa Rosa no Peru. E isso desde a ideia de espaço vazio e povos dispersos no vasto território Pan-Amazônico. Por meio da visão interdisciplinar, se comparou os indicadores demográficos e do sistema de saúde das cidades fronteiriças a partir do conceito de fronteira e das relações nas intersociais. Como resultado, têm-se políticas públicas de saúde pensadas para população daquela região, mas pouco consideram suas necessidades. Nas conclusões, se pontua que se ultrapasse esse paradigma, pois este é um ponto fundamental para se pensar políticas públicas nas fronteiras da Pan-Amazônica.

Palavras-chave: Política Pública. Saúde. Brasil. Colômbia. Peru.

Abstract

The created imagery on the Amazon reflects directly on the public policies designed for the Amazon. The purpose of this paper is to propose a discussion about the challenges of public health policies in the triple frontier of Tabatinga, Benjamin Constant in Brazil; of Leticia in Colombia; and of Iceland and Santa Rosa in Peru. It is considered the idea of empty space and dispersed peoples in the vast Pan-Amazonian territory. Through the interdisciplinary view, it is compared the demographic indicators and the health system of the border cities from the concept of border and relationship. The result shows that the public health policies designed for the population of that region mostly do not take into account their needs, rather consider the region as empty space and dispersed peoples. In the conclusions, one needs to overcome such a paradigm and point new public policies to the Pan-Amazonian borders.

Key-words: Public Policy. Health. Brazil. Colombia. Peru.

Introdução

A noção de espaço vazio sobre a Pan-Amazônia é produto do imaginário de quem não conhece sua realidade. A partir deste preconceito, se recorreu à base empírica para demonstrar que esta noção é equivocada, sobretudo quando se trata de fronteira onde a ideia é mais impactante.

Embora muito se tenha publicado sobre o tema, sempre versa sobre seus aspectos ambientais, recursos naturais e suas potencialidades econômicas.

²⁴² Doutor em Ciências do Desenvolvimento Socioambiental/Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável no Trópico Úmido (PPGDSTU)/Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA)/Universidade Federal do Pará (UFPA). Auditor da Secretaria Estadual de Saúde do Pará.

²⁴³ Antropóloga com Ph. D. e Pós-Doc. na Universidade da Cidade de Nova Iorque, EUA. Professora Titular da Universidade Federal do Pará (UFPA) e lotada no Núcleo de Estudos Amazônicos (NAEA), Belém, Brasil.

As publicações inclusive com investimento de empresas privadas, abordam desde mapeamento territorial à exploração dos recursos naturais. Em se tratando de suas populações, muitos estudos desvelam o impacto negativo dos grandes projetos sobre os amazônidas, cujo objetivo não é as pessoas do local. Porém, há um grupo de pesquisadores que pertencem a uma vanguarda de resistência aos propósitos capitalistas.

Por si só o estudo sobre a Pan-Amazônia é um desafio, quando se agrega a temática fronteira internacional, o desafio é maior dada a sua complexidade. O objetivo deste artigo é propor uma discussão acerca dos desafios das políticas públicas de saúde na trílice fronteira Tabatinga, Benjamin Constant no Brasil; Letícia na Colômbia; Islândia e Santa Rosa no Peru, onde se observou a existência de uma sociedade tão complexidade e distantes dos grandes centros de decisão política. Assim, devido à noção de espaço vazio acerca da Amazônia, as políticas públicas para a região não consideram as necessidades e dificuldades das populações.

Para alcançar o objetivo do trabalho se utilizou a metodologia interdisciplinar, onde se comparou a dimensão territorial, populacional e sistema de saúde das cidades fronteiriças. A análise dos dados e discussão teórica foi baseada nos conceitos de fronteira e nas inter-relações das sociedades, que mesmo sob a jurisdição do Estado criam uma ligação de dependência em vários aspectos inclusive no campo da saúde. Enfrentar os imaginários sobre a fronteira amazônica é a primeira tarefa para se pensar em Políticas Públicas na região.

Tríplice fronteira Pan-Amazônica Brasil, Colômbia e Peru

Com a complexidade da sociedade surgiram problemas coletivos emergentes, que da mesma forma, estimulou os governos a buscarem soluções complexas para dar conta da demanda social. Neste momento, a proposta de desenvolvimento capitalista já havia alicerçado suas bases ideológicas nos países industrializados e estes começam um franco processo de expansão epistemológica de suas ideias para os países em desenvolvimento. Para Huidobro (2003), Lira e Quiroga (2016) a proposta de implantação deste modelo de desenvolvimento com base no economicismo não foi bem-sucedida em países como os da América Latina por desconsiderar a dimensão cultural e social de seus povos.

A ideia capitalista é a base das propostas dos países desenvolvidos para os não desenvolvidos. Portanto, seus interesses perpassam entre outros, por investimentos financeiros em prol do desenvolvimento regional para melhoria da qualidade de vida destes povos. No entanto e nos termos de Rabello (2013), Rizzotto e Campos (2016), a história mostra que este discurso escamoteia um processo de exploração econômica dos recursos naturais da região, que gera como consequência degradação ambiental e marginalização dos povos naturais

O termo imaginário social é o resultado de entendimento de mundo de uma coletividade construída ao longo do tempo, no qual é considerado sua realidade social e conhecimento sobre está através da ciência ou do senso comum (SPINK, 1993). O imaginário de espaço vazio sobre a Amazônia deve-se ao desconhecimento sobre o território amazônico, suas populações e modo de vida, suas culturas. Ao adentrar na observação empírica sobre a região e seus povos constata-se uma complexidade de várias Amazônias dentro de uma Amazônia.

A Pan-Amazônia há tempos estimula os imaginários de pesquisadores e gestores, desde terras vazias e desculpadas às terras de grandes frentes de trabalho que propiciará oportunidades e fortunas (Nahum, 2014; Puyana, 2010). Estes imaginários têm sido responsáveis pela elaboração de conceitos e preconceitos sobre a Pan-Amazônia e seus povos, que embora sejam considerados por muitos autores como ultrapassados, mas que informações empíricas apontam para o contrário. A noção de espaço vazio se revela nos dias atuais por meio do investimento do ente público nas políticas públicas regionais, que conforme Maia et al. (2018), chama-se de vazios de poder.

Como se depreende de Silva (2008), Simonian (2007) e Simonian e Saraiva (2010), o interesse do capital interno e externo não considera as necessidades dos povos amazônidas. Em verdade, os interesses do capital são pelas potencialidades econômicas advindas dos recursos naturais e hídricas existentes na região. Esta conclusão tem base na observação do fracasso das aplicações das políticas públicas, que tem aumentado os conflitos agrários e devastação do território amazônico.

Em se tratando de região de fronteira, há um complicador devido à área se encontrar sob controle de Estados-nações diferentes. Isto quer dizer que os problemas surgidos esbarram em óbices singulares para resolução de problemas,

devido ao trato jurídico que os Estados exercem sobre seus territórios e populações. Assim sendo e segundo Rabello (2013), as regras aplicadas por meio das políticas públicas consideram seus históricos de formação do Estado, bem como a cultura de seus povos.

A fronteira é um espaço geográfico diferenciado e importante que assume significados semânticos diversos. Nos termos de Souza (2018, p. 278), a fronteira é:

O local onde as pessoas vivem seus cotidianos com acesso a bens e serviços que os tornam interdependentes. Esta interdependência fortalece as relações sociais que tornam os povos únicos e unidos por sentimentos de irmandade, embora há questões negativas advindas do tráfico de drogas que impactam sobre a segurança e não devem ser subestimadas. Isto oferece um significado semântico de fronteira por limite contínuo, onde todos têm o direito de ser felizes e o Estado através de seu governo, embora mantenha sua soberania, deve aliar a conjuntura social e garantir um estado permanente de saúde, educação, segurança dos povos da fronteira.

Ou seja, trata-se de é um espaço vivo de convivência inter e intra-relacionais econômicas, culturais, sociais, segurança, saúde entre as pessoas, que por estas relações, se tornam dependentes.

A lógica de Puyana (2010) remete a observar por meio da história que a fronteira foi e sempre será um local de disputa. Ao se considerar a fronteira Pan-Amazônicas e seus recursos naturais, esses conflitos possuem duas vertentes importantes, sendo a primeira pela disputa de terras entre os Estados vizinhos que sob discurso de suas soberanias fixam postos militares para salvaguarda do território (Pasquis et al., 2005). Conforme Benatti (2007), o segundo discurso dá-se pela visão do explorador que pretere as Leis nacionais em prol da exploração sem limites dos recursos naturais amazônicos sob o contexto da internacionalização da região para preservar.

Desafios de várias dimensões são postos para a gestão na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Por possuir estrutura político-administrativa diferente, os Estados criam barreiras políticas que sempre seguem um raciocínio a partir do nível central, onde as potencialidades econômicas internas se localizam, tendo como consequência o

desconhecimento das necessidades das populações fronteiriças nas pautas dos governos, conforme Gadelha e Costa (2007 p. S218):

[...] o desconhecimento do que é a Faixa de Fronteira, sua dinâmica, potencialidades e diversidade, dificulta a atuação dos governos estaduais e federal. Quanto aos governos municipais, estes normalmente são mal-aparelhados e apresentam volume de arrecadação que não permite a promoção de relevantes mudanças no cenário local.

Para Aragón (2013), o desconhecimento das necessidades das populações na tríplice fronteira leva a inanição do governo central o que gera na população um sentimento de abandono.

Algumas características são comuns entre as cidades de fronteira, principalmente quando se trata de fronteiras secas ou cidades gêmeas, como é o caso Tabatinga e Letícia. Estas características têm relação como o fator migratório das populações, que se traduz na formação de populações flutuantes, interação comercial, mescla cultural e social, que impactam positivamente e negativamente nas ações do governo em vários setores da gestão como na economia, assistência social, saúde, segurança etc. (Arantes, et al., 2016; Lira, Quiroga, 2016; Rodrigues, Vasconcelos, Regina, 2008). Inclui-se, nesta dinâmica, as cidades de Benjamin Constant (Brasil) Santa Rosa e Islândia no Peru.

Entre os aspectos positivos estão as relações comerciais, mescla social e cultural. As relações comerciais são importantes porque devido ao fato das cidades em estudo se encontrarem distante dos centros produtores de alimentos dos respectivos países, por exemplo, o intercâmbio comercial favorece o acesso aos gêneros alimentícios. Ao se considerar os aspectos econômicos observa-se um viés considerável relatado por Souza (2014), que trata do comércio na cidade de Benjamin Constant e aponta os impactos negativos do comércio irregular de produtos industrializados em geral que não arrecada impostos para a gestão da cidade.

Na questão específica da tríplice fronteira, seus povos que hoje habitam a região são originários de populações ameríndias originárias, que com passar do tempo, sua cultura e vida social foi aos poucos mesclada com outras populações não indígenas oriundas de outras partes dos países que compõe a fronteira e mesmo mais recentemente do altiplano indígena. O fato é que as populações derivadas desta mescla cultural,

sob coerção inicial do Estado colonial, absorveram um sentimento nacionalista e se dividiram entre brasileiros, colombianos e peruanos.

Nesta fronteira são percebidas a presença do Estado através das instituições e sua prestação de serviços para a população adstrita. Percebe-se, também, que estes serviços não suprem as necessidades das mesmas, mas que sempre são estimuladas a cultivar o sentimento patriótico. Não obstante, o estabelecimento de uma relação frágil entre o Estado e a população, não se exaure devido o respeito mútuo aos direitos jurídico de domínio sobre o território pelas outras nações.

Políticas públicas de saúde na tríplice fronteira

O conceito de políticas públicas assume vertentes variadas de acordo com o olhar do observador. Para os governantes, a política pública é uma ferramenta de execução planejada de suas ações em busca de um benefício coletivo que visa a eficiência do processo e eficácia no alcance do objetivo. Segundo Souza (2006), a política pública é um observatório das ações do governo. Assim sendo o conceito de políticas públicas a partir da visão acadêmica surge nos Estados Unidos da América no pós-guerra. A resseção econômica deste período forçou os decisores a controlar o orçamento público para evitar os gastos desnecessários do governo. Ainda conforme Souza (2006), este fato levou os estudiosos no assunto a desenvolverem indicadores para mensurar o grau de acertos e erros na tomada de decisão.

A política pública passa a ser estudada interdisciplinarmente pela conversão de diversas disciplinas como as ciências políticas, econômicas, sociais, saúde. A consolidação do Estado democrático de direito, corrente socialista, incluiu na elaboração das políticas públicas a participação da população como um direito legal. Porém, as observações de campo mostraram que nos países da América Latina, sobretudo, na fronteira Brasil, Colômbia e Peru, essa participação se concentra nos grandes centros populacionais com melhor desempenho econômico, que pensa e direciona as políticas para o restante do país.

Atualmente o desenvolvimento econômico de um país tem uma relação direta com o estado de saúde de sua população. Pensar positivamente na díade desenvolvimento/saúde implica quanto melhor o perfil de desenvolvimento econômico de um país, maior a inclusão social de populações

pobres e vulneráveis. Contudo, para PLAS (2017), esta inclusão não se refere somente na participação da sociedade na elaboração das políticas públicas, mas no acesso aos bens e serviços oferecidos pelo governo.

O desenvolvimento sustentável é uma relação entre Estado, gestão e expectativa de vida da população, que se traduz entre outras coisas, em emprego, melhor distribuição de renda, por conseguinte diminuição da pobreza (Buss, 2000). No campo da saúde o aparecimento de doenças, coeficiente de mortalidade e a condição de vida das pessoas também estão vinculados com saneamento básico, nutrição, água potável, lazer, moradia. Logo, um conceito mais abrangente de saúde conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Nos termos de Rodrigues, Vasconcelos e Regina (2008) o fluxo migratório inter-regional e fronteiriço têm superado outros destinos. Como já falado anteriormente estes imigrantes buscam melhores condições de vida em outros locais diferentes de sua terra natal, sendo responsáveis por impactos substanciais nas regiões onde se instalam. Esta premissa foi observada no campo da saúde conforme Levino e Carvalho (2011).

Infere-se de Arantes et al. (2016) que no Estado de direito democrático, o surgimento das políticas públicas de saúde, assim como as demais, permitem a participação as sociedade. Para Levino e Carvalho (2011) o campo da saúde na fronteira, há influência dos interesses econômicos internos e externos que versam sobre as políticas públicas neste setor. Consequentemente e de acordo com Benatti (2007), Castro (2012) e Huidobro (2003), o sistema de saúde neste espaço é reflexo da coalizão formada por diversos interesses inclusive os econômicos.

O sistema de saúde dos países da América Latina apresenta um quadro de iniquidade de acesso. Embora os marcos regulatórios incluam as camadas mais pobres da população, a questão do acesso aos serviços de média e alta complexidade é o grande entrave do processo saúde/doença. Assim sendo, para Fleury (1995) o desenvolvimento econômico nem sempre significa desenvolvimento social, tão pouco mitigação da pobreza e iniquidade.

Na fronteira Brasil, Colômbia Peru o embora se esteja tratando de Estados nacionais diferentes o modelo de financiamento de saúde são similares. Em suma os governos garantem assistência integral sem custo para pessoas inseridas na linha

de pobreza ou vulneráveis, com uma diferença no Brasil, de que não há diferença do nível social do cidadão (Brasil, 1990; Colômbia, 2007; Peru, 2011). Logo, faz parte do financiamento da saúde nos três países cidadão e Estado.

Indicadores apontam para diminuição dos investimentos de custeio dos serviços públicos e indisponibilidade de aparatos para a população como os principais problemas da saúde pública (Fleury, 1995). Na faixa de fronteira, há um agravante da migração inter-regional que não permite projetar precisamente o custo dos serviços oferecidos, haja vista, o repasse financeiro dos respectivos Ministérios da Saúde considerar os atendimentos registrados e realizados pelos estabelecimentos de saúde. Assim, como nem todos têm acesso, cria-se uma demanda reprimida crescente de forma a perceber que o modelo de financiamento é equivocado, tendo como consequência a exacerbação das desigualdades.

A lógica do capital ao se inserir na gestão pública tende a centralizar tecnologia e recursos humanos para atender seus interesses. Porém cabe ao Estado cumprir com seu papel na garantia mínima das condições de vida dos povos, não se atendo apenas na economia, sob pena de criar uma perspectiva deficiente de desenvolvimento. Para alguns autores a exemplo de Fleury (1995), o avanço tecnológico e regulação da saúde pelo Estado seriam possíveis diminuir as iniquidades na sociedade, particularmente no campo da saúde.

Embora se reconheça a melhoria na qualidade de vida da população como consequência das tecnologias, na fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru esta perspectiva está muito longe do ideal (Rocha, 2005; Souza, Simonian, 2015). Observa-se através dos indicadores de saúde que na tríplice fronteira a melhoria da saúde da população se deve aos resultados de políticas públicas que privilegiaram a atenção primária, além da melhora das infraestruturas das cidades. Como se depreende de Santos e Victoria (2004),

não obstante a qualidade da informação produzida nos serviços de saúde tem sido a chave do sucesso por propiciar análises e intervenções corretivas nos planejamentos de saúde.

Ao observar a evolução de doenças endêmicas no campo da saúde, o fator migratório impacta no perfil epidemiológico do local. Embora as doenças endêmicas ainda sejam uma preocupação das autoridades na linha de fronteira, as doenças ditas da sociedade contemporânea, como as cardiovasculares e o câncer, assumem o protagonismo entre as principais causas de mortalidade. No mesmo sentido e a partir de Oliveira (2008), as doenças emergem na sociedade e as tecnologias de promoção à saúde para combatê-las surgem como solução, porém de custo elevado, nem sempre são disponibilizadas aos segmentos mais pobres da população.

A literatura consultada sobre o processo de saúde – isto inclui a tríplice fronteira – aponta que mesmo nas construções democráticas de assistência universal de saúde, as ideologias capitalistas fazem parte da estrutura desse processo. Neste sentido, o Estado aparece ora como regulador dos serviços de saúde, quando o prestador é privado e ora como prestador direto de assistência, quando o prestador é público. Contudo, segundo (Buss, 2000) o acesso integral só será possível quando a iniquidade for superada, isto inclui melhor estrutura e disponibilidade de serviços em todos os níveis de atenção à saúde.

Resultados e discussões

Os resultados comparativos mostram que em termos territoriais a cidade de Benjamin Constant é maior, seguida por Tabatinga, Letícia, Islândia e Santa Rosa. Porém, em termos populacionais a cidade de Tabatinga é a maior seguida por Letícia, Benjamin Constant, Islândia e Santa Rosa. Neste ponto, é de ressaltar-se que o comparativo entre as cidades considerando tamanho territorial e populacional, as cidades peruanas são sempre menores (Quadro 1).

Quadro 1: Análise comparativa dos dados relacionados a infraestruturas das cidades na tríplice fronteira relativo ao ano de 2015

PARÂMETROS INFRAESTRURA DAS CIDADES	Cidades da Tríplice Fronteira				
	Tabatinga	Benjamin Constant	Letícia	Islândia	Santa Rosa
Área Territorial	3.224,9 km ²	8.793,4 km ²	3.200 km ²	578,98 km ²	272,98 km ²
População (2018)	64.488	42.020	42.280	348.000	1.532

Água potável	99	SI	65	0	0
Sistema de Esgoto (%)	50	30	45	20	0
Coleta de lixo	99	60	90	100	0

Fonte: A. J. A. Souza, 2018.

Os dados mais preocupantes foram observados no território peruano, que sintetiza as ideias propostas. Islândia e Santa Rosa apresentam os piores indicadores relacionados à infraestrutura, ou seja, sem acesso a água potável, a coleta e tratamento de esgoto e lixo. A água potável não é oferecida à população, que quando muito, recebe apenas clorada, no caso da população de Islândia, cuja prefeitura capta água do rio Javari e adiciona cloro, mesmo assim não chega a 100% das famílias.

A ilha de Santa Rosa possui uma extensão territorial entorno de 270 km² e uma população de 1.532 hab. segundo a gestão municipal (Quadro 1). O povoado não tem coleta de lixo, não possui rede de coleta de esgoto, se quer tem água clorada, possuindo dois meios para acesso à água para consumo, por compra ou coletada da chuva. Para os moradores, na impossibilidade da compra da água em tempos de verão amazônico (chuva escassa) a solução é coletar direto do rio Solimões.

Ainda com relação ao despejo de dejetos, são jogados diretamente no rio sem nenhum tratamento conforme ilustrado na foto 1. O fluxo do rio Solimões segue no sentido Letícia - Santa Rosa e Tabatinga, portanto, os dejetos despejados prejudicam primeiramente Santa Rosa, que junta os seus, seguindo em direção a Tabatinga. Observe-se que as fontes de captação de água dessas últimas cidades é o rio Solimões, então está instalado um problema ambiental de foro internacional.

O mesmo problema se observa entre as cidades de Benjamin Constant e Islândia, onde o fluxo do rio Javari segue o sentido Islândia - Benjamin Constant. O secretário de saúde desta cidade refere que:

Se você for reparar o fluxo de água do Javari segue de lá para cá e vai encontrar lá em cima com Solimões. Então tudo que os peruanos jogam no rio vem bater aqui no trapiche. Vem de tudo, e nós já conversamos com as autoridades de Islândia para conscientizar a população a dar tratamento adequado aos lixos e não

jogar no rio, porque está havendo um grande problema ambiental em Benjamin Constant (Francisco Farias Campos Júnior – Secretário Municipal de Saúde de Benjamin Constant).

Portanto, se criou um impasse que extrapola a questão ambiental e se torna um problema de saúde pública.

Dada a complexidade das cidades em estudo duas observações relacionadas ao tamanho do território e da populacional são importantes. Primeiro relacionada ao tamanho territorial, quantitativo e distribuição da população no espaço amazônico, onde num total, o número de indivíduos chega próximo do 147.000 hab. distribuídos num espaço geográfico total de mais de 15. 000 km², ou seja, pequenas populações distribuídas em várias partes do imenso território que compõe a região em estudo. Segundo, o distanciamento da região de outras partes dos países, como fator complicador na necessidade de transferência de pacientes graves para outros centros mais resolutivos.

O mecanismo de financiamento da saúde nas cinco cidades da fronteira é semelhante. Em suas regras constam que o financiamento da saúde será pelos três entes do governo: Governo Federal (Brasil, Colômbia e Peru); pelos Estados no Brasil, Departamento na Colômbia e Peru e Município no Brasil e Colômbia. Por serem consideradas povoados, Islândia e Santa Rosa não participam do rateio nacional, sendo as ações de saúde custeadas pelo governo central e Departamento de Loreto.

A questão da quantidade populacional é um parâmetro que prejudica a região devido a lógica de financiamento nos moldes do capitalismo. Ressalte-se que nos três países, a legislação que regulamento o sistema de saúde, considera que o recurso será repassado do nível central de acordo com a produção realizada pelas instituições de saúde, dentro de um teto financeiro do local, calculado com base no quantitativo populacional da região, em detrimento dos reais problemas de saúde. Ressalte-se que embora o financiamento considere o perfil epidemiológico das populações, o quantitativo populacional será a

medida paramétrica mais relevante de transferência de recursos financeiros.

O livre trânsito das pessoas na fronteira é uma variável que influencia no financiamento dos serviços de saúde. A formação de populações flutuantes é resultante o livre trânsito das pessoas na fronteira, estimuladas pela presença de parentes, trabalho, comércio, nas outras cidades são óbices na dinâmica de financiamento. Estas populações muitas vezes são atendidas em territórios estrangeiros, mas não constam na base de dados dos Órgão Estatísticos que serve de parâmetro na contagem populacional.

Estes pacientes ao usarem os serviços de saúde são contabilizados como pertencentes ao município de atendimento, porém por não constarem na base de dados dos mesmos o Ministério da Saúde não considera como produção dos serviços de saúde, logo não repassa recurso financeiro para cobrir os gastos com este usuário. Isto torna um problema para gestão, que quase sempre reclama de poucos recursos federais para promover assistência adequada aos seus habitantes. Estes problemas são mais graves nas cidades brasileiras devido o modelo de assistência.

Acredita-se que a forma de visualização da Pan-Amazônia, de espaço vazio, contingente populacional pequeno e espalhado no imenso território, resulta em desconhecimento da realidade local pelos decisores políticos localizados nas regiões centrais. O modelo de financiamento da saúde reflete uma visão distorcida dos problemas de saúde da fronteira Pan-Amazônica, que tem como consequência a desestruturação das cidades, considerando sua infraestrutura como desabastecimento de água potável, irregularidade da coleta e tratamento de lixo, bem como de esgoto. Ademais a desestruturação das cidades transmite uma ideia de abandono da população pelos governos centrais, mas que sempre cultivam o sentimento nacionalista, para salvaguarda do território e seus recursos naturais.

Um olhar mais cuidadoso sobre o local de estudo, vai perceber o desleixo do governo central pelo espaço amazônico e fronteiriço. A visão embaçada dos decisores, são muitas vezes criadas por ideias de teóricos desconhecedores da realidade Pan-Amazônica, que estigmatizam os povos amazônicos de população de tamanho insignificante, sem necessidade de maiores investimentos em infraestrutura complexa para saúde. A evidência desta constatação está nas estruturas prediais sucateadas e recursos

humanos alocados na região como se os problemas de saúde não fossem complexos, limitando-se somente às doenças endêmicas (que por si é complexa e de difícil combate).

Apesar de se destacarem pela melhor estrutura de saúde, as cidades de Tabatinga e Letícia, apresentam diferenças importantes de base legal. A legislação brasileira garante o acesso aos serviços públicos de saúde de forma universal e equânime, portanto, todo o cidadão tem direito à saúde. A legislação colombiana garante acesso aos serviços de saúde de forma universal e gratuita, porém o usuário deve estar enquadrado como pobres ou vulneráveis socialmente, o restante tem que custear seu acesso nos moldes dos processos capitalistas.

A estrutura das cidades brasileira e colombiana é atrativa para populações desassistidas por seus países natal em buscar soluções para seus problemas. Abstraído das falas dos gestores, essa premissa provoca nos estabelecimentos de assistência à saúde problemas financeiros conforme já relatado, devido ao fato dos mesmos não terem como comprovar a produção, portanto, há o gasto, mas não há custeio financeiro.

Pela discussão do conceito de cidades medianas e segundo Costa (2002), as cidades de Tabatinga e Letícia se enquadram em parte neste conceito. Mesmo assim procedimentos importantes, equipamentos e profissionais qualificados não são remanejados para estas cidades, sob a justificativa do tamanho populacional não justificar tal investimento. Este fato é evidente nas cidades peruanas que por terem a menor infraestrutura, é considerada posto de saúde, porém tem de dar conta de problemas que não estão no seu perfil conforme relata a gerente e o médico do posto de Santa Rosa em entrevista:

A população procura tratamento de saúde no Brasil e na Colômbia, porque aqui nosso Centro de Saúde é do tipo III e então é um centro de prevenção, não fazemos procedimento mais complexo. [...]. Do ponto de vista da gestão nosso maior problema é a questão financeira para custear nossa estrutura, hoje nós recebemos entorno de 4.000 soles que equivale aproximadamente 5000 reais, para pagar energia, água, limpeza é muito pouco precisaríamos pelo menos 6000 soles. Para combater algumas doenças não temos nenhuma ação em conjunto seja com Brasil e Colômbia, portanto, não temos ações conjuntas (Ana Natali

Vasquez Molano – Gerente do Posto de Saúde de Santa Rosa).

Há um acordo com a Colômbia, muito embora aqui seja uma tríplice fronteira, o Brasil nunca participa. O Brasil pode argumentar como posso participar de uma reunião bilateral se só quem recebe estes pacientes somos nós, o que o Peru recebe de brasileiros? Tem razão porque aqui não temos capacidade de resolução. A solução seria elevar este posto para que receba equipamentos para resolver os problemas e tenhamos que não está referenciando pacientes. Todos os anos há reunião para se trabalhar integrado de forma educativa, mas só fica no papel. Digo isto porque tive de referenciar um paciente para Iquitos, inclusive para este caso solicitei ao governo de Letícia ao prefeito de Tabatinga a doação de um balão de oxigênio de 8 m³ porque este balão é caro, custa 1.800 soles isto em Lima, porque em Iquitos é muito mais caro. Não consegui o

único que tenho é este doado pelo distrito de Javari porque o Ministério da Saúde diz que sou pequeno e não preciso disto. Então tenho que pedir, mas eles (Brasil e Colômbia) em que controlar e justificar a saída (Carlos Mediana – Médico do posto de saúde de Santa Rosa, Peru)

Observa-se que o primeiro desafio para se pensar políticas públicas para a região é a quebra do paradigma no trato sem qualidade nem continuidade das populações amazônicas e a noção de espaço vazio.

Não obstante o foco das cidades fronteiriças em questão, estimuladas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é a Atenção Primária. Embora este direcionamento seja perseguido pelas autoridades sanitárias, segundo os profissionais de saúde e população, a deficiência da estrutura por falta de insumos e equipamento piora a assistência (Quadro 2). Ademais, a insuficiência de profissionais de saúde, agrava a situação, principalmente nas cidades de Islândia e Santa Rosa.

Quadro 2: Análise comparativa dos dados relacionados ao caráter de atenção e infraestrutura de saúde das cidades na tríplice fronteira relativo ao ano de 2015

Parâmetros de Infraestrutura de saúde das cidades	Cidades da Tríplice Fronteira				
	Tabatinga	Benjamin Constant	Letícia	Islândia	Santa Rosa
Atenção à saúde	Básica/Média/Alta	Básica/Média	Básica/Média/Alta	Básica	Básica
Acesso	Universal	Universal	Não Universal	Universal	Universal
Percentual da população na margem de pobreza				100	100
Quantitativo de EAS público e privado	24	11	15	4	1
Profissionais de saúde	Todos	Todos	Todos	Médico/Enfermeiro	Médico/Enfermeiro

Fonte: A.J.A. Souza, 2016.

As análises das informações são mais dramáticas quando se analisa os dados da alta complexidade das cidades em questão. Somente as cidades de

Tabatinga e Letícia possuem acesso a este nível de complexidade, porém mesmo assim é limitado. A alta complexidade pode ser

representada por leitos hospitalares de unidade de cuidados intermediários no Hospital de Guarnição de Tabatinga e Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital San Rafael.

A observação mais geral da tríplice fronteira se nota que os governos devem produzir políticas públicas mais inclusivas para alcançar um patamar de qualidade de vida das pessoas. Mas especificamente nas cidades peruanas cujo problema estrutural é mais grave, no sentido de desestruturação dos serviços públicos principalmente na área da saúde conforme relata o médico do posto de saúde da cidade de Santa Rosa:

Com relação à saúde aqui vivemos em uma área de fronteira. Na parte de cá é muito precário a parte da saúde. [...] Então, temos três níveis hierárquicos que de uma ordem crescente temos: no nível I temos Posto de Saúde nível I, que é o caso de Santa Rosa [...] os níveis são determinados pelo Ministério da Saúde de acordo com sua população, nós atendemos todos são de atenção básica, o que diferencia é a infraestrutura. [...] Aqui em Santa Rosa nosso maior problema são falta de equipamentos. Nós temos uma característica oficial tipo 1 ou 2, mas temos estrutura de Centro de Saúde 4. [...] Isto é uma estrutura de um hospital, ou seja, temos uma estrutura grande demais [...] Outro problema é quando ao sistema de referência porque é um fracasso total. Neste sistema temos que mandar o paciente grave para Caballococha, que são três horas de viagem, quando não resolve tem que esperar o avião para ir à Iquitos é claro que este sistema não funciona [...] Porque digo isto, acho que Brasil tem razão porque seus postos de saúde estão cheios de peruanos. Um quarto da população de Tabatinga é composto por peruanos e forma ilegal. Isto porque não temos resolutivo, não temos RX; ultrassonografia, etc. então ela vai procurar atendimento lá e às vezes se torna um problema porque as vezes estas pessoas não têm documentos e seu problema é grave [...] (Carlos Medina – Médico do posto de Santa Rosa).

A fala do médico expõe o problema da saúde no território peruano, pois assim como no Brasil e Colômbia o investimento financeiro do nível central é de acordo com quantitativo populacional, o que sugere um mecanismo equivocado de financiamento.

Conclusão

A fronteira Pan-Amazônica representada por Tabatinga, Benjamin Constant, Letícia, Islândia e Santa Rosa recebe por parte do governo o mesmo tratamento das outras cidades do território brasileiro, colombiano e peruanos. Porém, a dinâmica cotidiana das populações as integra e mescla em seu caráter social, cultural, econômico, ambiental, tornam as diferentes, das outras partes do país, o que requer um tratamento diferenciado através das políticas públicas. Neste caso, especificamente nas políticas públicas de saúde.

Apesar dos imaginários e conceitos firmados, ainda no início da década 70, sobre o território amazônico e seus povos, permanecem até os dias atuais. A ideia de espaço vazio e a pequena população distribuída no vasto território estimulam o mecanismo de tomada da Pan-Amazônia pelos governos para o desenvolvimento do país. As políticas públicas pensadas para a região privilegiam o capital nacional e internacional e esquecem-se dos povos que ali habitam.

Nesta perspectiva, o principal desafio a ser vencido são os imaginários e conceitos distorcidos que sempre ladearam a Pan-Amazônia e seus povos. Esta ideia é o princípio que norteia e norteará o pensamento dos decisores que estão distantes da região, levando-os ao completo desconhecimento dos problemas regionais. Neste sentido, a fronteira se torna um problema maior ainda pelas suas peculiaridades. Suas características são marcadas pelas relações entre os povos que ignoram as regras estabelecidas pelos Estados-nações. Observe-se que o mecanismo de financiamento dos serviços e saúde são os mesmos em qualquer parte dos países estudados, ou seja, o financiamento da saúde tem como base a produção de serviços mediante um teto financeiro estipulado pelo quantitativo populacional, medido ou projetados pelos Órgãos estatísticos do governo. Isto implica em vários erros mesmo que o perfil epidemiológico seja considerado.

Algumas questões devem ser observadas pelas gestões na elaboração das Políticas Públicas em considerar o livre trânsito na fronteira. O vai e vem das pessoas têm origem em causas como parentes nas cidades vizinhas e relações de ordem econômica, social, cultural, ambiental, tendo como consequência a formação constante de populações flutuantes. Então não pode pensar na fronteira como um campo isolado entre si,

estabelecidos pelos dispositivos jurídicos de cada Estados-nações.

O estudo comprovou que embora o território geográfico seja juridicamente dividido entre Brasil, Colômbia e Peru, os povos partilham os serviços públicos para resolver os seus problemas. O caso da saúde é um exemplo desta partilha, porém causa um transtorno à gestão local, uma vez que independente de ser brasileiro, colombiano ou peruano, os serviços são utilizados pelas pessoas independente do território nacional. Conclui-se que pensar em políticas públicas para fronteira Pan-Amazônica é preciso compreender a sua dinâmica e ultrapassar, de fato, o conceito de espaço vazio, para que incluam seus povos.

Referências

- Aragón-Vaca, E. L. (2013). Amazônia: conceito polissêmico? In: Aragón-Vaca, E. L. (Org.). *Amazônia: conhecer para desenvolver e conservar - cinco temas para um debate*. São Paulo: HUCITEC Editora. p. 27-53.
- Arantes, A.; Bampi, A. C.; Scroczyński, C. I.; Lacerda, N. P. (2016). Políticas públicas para a amazônia legal e dinâmica territorial: transformações na região centro norte SINOP. *Papers do NAEA*, n. 360, p. 5-30, out..
- Brasil, C. C. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:LEI+Nº+8.080,+DE+19+DE+SETEMBRO+DE+1990#1>>
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida Health promotion and quality of life. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 51, p. 163-177.
- El Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. El Abedul, *Diario Oficial*, n. 9, p. 1-18, Enero.
- Fleury, S. (1995). Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 3, p. 243-250.
- Gadelha, C. A. G.; Costa, L. (2007). Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 214-226.
- Levino, A.; Carvalho, E. F. de. (2011). Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262277>>
- Lira, J. de O.; Quiroga, D. E. (2016). Migração internacional na Amazônia brasileira no Censo Demográfico de 2010 International migration on the Brazilian Amazon in the Demographic Census 2010. *Novos Cadernos NAEA*, v. 19, n. 2, p. 139-158.
- Maia, L. et al. (2018). Reflexões sobre a proteção pan-amazônica multinível pós Tratado de Cooperação Amazônica. V CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO AMBIENTAL E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: PAN-AMAZÔNIA - INTEGRAR E PROTEGER e do I CONGRESSO DA REDE PAN-AMAZÔNIA. *Anais...* Belo Horizonte.
- Ministerio de Salud del Peru. (2011). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento - N° 29344. *Diario Oficial El Peruano*, n. 8.
- Nahum, J. S. (2014). Região e representação: a Amazônia nos Planos de Desenvolvimento. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, v. XVII, n. 985, p. 1-15.
- Pasquis, R. et al. (2005). Reforma agrária na Amazônia: após quase 40 anos de colonização oficial. *Cadernos de Ciência & Tecnologia*, v. 22, n. 1, p. 83-96.
- Plas, P. V. da S. P. (2017). Saúde, ação pública e território: análise comparativa França e Brasil. *Novos Cadernos NAEA*, v. 20, p. 43-66.
- Puyana, A. M. (2010). *El desarrollo amazónico: un campo discursivo en disputa*. in: *Amazonia: imaginário y realidad*. Lima: [s.n.].
- Rabello, A. C. (2013). Amazônia: uma fronteira volátil. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 213-235.
- Rizzotto, M. L. F.; Campos, G. W. de S. (2016). O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 263-276.
- Rodrigues, S.; Vasconcelos, S.; Regina, C. (2008). Cruzando fronteiras. Famílias migrantes na tríplice fronteira Brasil – Venezuela – Guiana. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, v. 16, n. 31, p. 247-256.
- Silva, F. C. T. (2008). A Amazônia e as novas ameaças mundiais. In: NASCIMENTO, D. M. (Org.). *Relações internacionais e defesa na Amazônia*. Belém: NAEA; UFPA. p. 47-63.
- Simonian, L. T. L. (2007). Tendências recentes quanto à sustentabilidade no uso dos recursos naturais pelas populações tradicionais amazônicas. In: ARAGÓN VACA, L. E. (Org.). *Populações e meio ambiente na Pan-Amazônia*. Belém: NAEA; UNESCO. p. 25-44.
- Simonian, L. T. L.; Saraiva, M. P. (2010). Fronteiras em construção: índios, mocambeiros e disputas colonialistas no rio Araguari, estado do Amapá. In: SIMONIAN, L. T. L. (Org.). *Políticas públicas, desenvolvimento, unidades de conservação e outras questões socioambientais no Amapá*. Belém: NAEA; MPEAP. p. 51-90.

SOUZA, A. J. A. de. (2018). *O sistema oficial de saúde na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru*. Belém. 292 f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos.

Souza, A. J. A.; Simonian, L. T. L. (2015). A presença do Estado na Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru: avaliação de indicadores de saúde como parâmetros de eficiência das políticas públicas. SEMINÁRIO INTERNACIONAL AMÉRICA LATINA POLÍTICA E CONFLITOS CONTEMPORÂNEOS. *Anais...* Belém.

Disponível em: <<http://sialat2017.com/wp-content/uploads/2018/02/SEMINARIO-SIALAT.pdf>>

Souza, A. S. N. (2014). *A cidade na fronteira: expansão do comércio peruano em Benjamin Constant no Amazonas - Brasil*. [s.l. : s.n.].

Spink, M. J. P. (1993). O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Públ.*, v. 9, n. 3, p. 300-308.