

Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: *scoping review*

The role of public health managers in a border region: a scoping review
Papel del gestor de salud pública en regiones de frontera: *scoping review*

Michele dos Santos Hortelan¹
Maria de Lourdes de Almeida¹
Laís Fumincelli²
Adriana Zilly¹
Oscar Kenji Nihei¹
Aida Maris Peres³
Reinaldo Antônio Sobrinho¹
Pedro Eduardo Pereira⁴

Descritores

Gestor de saúde; Saúde na fronteira; Áreas de fronteira; Saúde pública; Administração em saúde

Keywords

Health manager; Border health; Public health; Health administration

Descriptores

Gestor de salud; Salud fronteriza; Salud pública; Administración en salud

Submetido

27 de Setembro de 2018

Aceito

7 de Março de 2019

Resumo

Objetivo: Examinar e mapear as evidências científicas sobre o papel do gestor de saúde pública em região de fronteira.

Métodos: *Scoping Review*, baseado nos procedimentos recomendados pelo Instituto Joanna Briggs. Este método visa mapear os principais conceitos, clarificar e identificar lacunas do conhecimento, e obter a significância e a adequação da prática dos cuidados de saúde. Com base nestas perspectivas, estabeleceu-se a pergunta norteadora: "Quais são as evidências científicas sobre o papel do gestor na gestão em saúde pública nas regiões de fronteira?". Foram realizadas buscas em oito bases de dados nacionais e internacionais, sobre trabalhos publicados até agosto de 2017. Dos 188 estudos encontrados, 13 foram selecionados para leitura na íntegra, resultando em uma amostra final de sete estudos analisados.

Resultados: As sete publicações analisadas foram publicadas de 2005 a 2017. Os estudos selecionados sobre a temática são de âmbito nacional e internacional e de abordagens quantitativa, qualitativa ou quali-quantitativa. Os objetos dos estudos foram semelhantes, uma vez que a maioria retratava sobre o atendimento ao paciente transfronteiriço e o aumento dos gastos públicos em saúde nestas regiões.

Conclusão: Os resultados desta revisão mostraram uma escassez de estudos nacionais e internacionais sobre o papel do gestor em saúde na fronteira. A relevância do tema e sua complexidade evidenciam a necessidade de pesquisas sobre o gestor nestas regiões.

Abstract

Objective: To examine and map scientific evidence on the role of public health managers in a border region.

Methods: *Scoping Review*, based on the procedures recommended by the Joanna Briggs Institute. This method aims at mapping the main concepts, clarifying and identifying knowledge gaps, and achieving the significance and adequacy of the health care practice. Based on these perspectives, the guiding question was: "What is the scientific evidence on the role of managers towards the management of public health in border regions?". Eight national and international databases were searched for papers published by August 2017. Of the 188 studies found, 13 were selected for their full reading, resulting in a final sample of seven studies analyzed.

Results: The seven publications analyzed were published from 2005 to 2017. Selected studies on the subject are national and international and of quantitative, qualitative or quali-quantitative approaches. The subjects of the studies were similar, considering most of them covered cross-border patient care and increased public health expenditures in these regions.

Conclusion: The results of this review showed a shortage of national and international studies on the role of managers in health in border regions. The relevance of the theme and its complexity evidence the need for research on managers in these regions.

Resumen

Objetivo: Examinar y mapear las evidencias científicas sobre el papel del gestor de salud pública en regiones de frontera.

Métodos: *Scoping Review*, basado en los procedimientos recomendados por el Instituto Joanna Briggs. Este método tiene el fin de mapear los principales conceptos, clarificar e identificar vacíos de conocimiento y obtener la significación y adaptación de la práctica de los cuidados de la salud. Utilizando estas perspectivas como base, se estableció la pregunta orientadora: "¿cuáles son las evidencias científicas sobre el papel del gestor en la gestión de la salud pública en las regiones de frontera?". Se realizaron búsquedas en ocho bases de datos nacionales e internacionales sobre trabajos publicados hasta agosto de 2017. De los 188 estudios encontrados, se seleccionaron 13 para lectura completa, que dio como resultado una muestra final de siete estudios analizados.

Resultados: Las siete publicaciones analizadas fueron publicadas de 2005 a 2017. Los estudios seleccionados sobre la temática son de ámbito nacional e internacional y de enfoque cuantitativo, cualitativo o cuali-cuantitativo. Los objetos de los estudios fueron semejantes, dado que la mayoría describía la atención al paciente transfronterizo y el aumento de los gastos públicos de salud en estas regiones.

Conclusión: Los resultados de esta revisión demostraron una escasez de estudios nacionales e internacionales sobre el papel del gestor de salud en la frontera. La relevancia del tema y su complejidad ponen en evidencia la necesidad de investigación sobre los gestores en estas regiones.

Como citar:

Hortelan MS, Almeida ML, Fumincelli L, Zilly A, Nihei OK, Peres AM, et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: *scoping review*. Acta Paul Enferm. 2019;32(2):229-36.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Paraná, PR, Brasil.

²Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

³Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

⁴Faculdade União das Américas, Foz do Iguaçu, Paraná, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Autor correspondente

Michele dos Santos Hortelan
<https://orcid.org/0000-0001-6509-1618>
E-mail: michele.hortelan2@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900031>



Introdução

Gestão é conhecida como o gerenciamento do conjunto de ações estratégicas nas instituições, de maneira holística, visando atingir os objetivos da instituição, sendo assim para ser gerente de um local há necessidade de aprendizagem contínua do profissional, social e cultural, deve-se manter sempre em estado de alerta, a fim de não permitir que as mudanças envolvam de forma negativa e sem aviso prévio.⁽¹⁾

Sendo assim, ocupar um cargo de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) requer manejo de conflitos e negociações constantes, visando sempre a qualidade e consolidação dos princípios do sistema:⁽²⁾ 1) Universalidade: garantir a saúde para todos, independentemente de cor, raça, gênero e religião; 2) Equidade: tratar desigualmente os desiguais, ou seja, aumentar os investimentos em saúde onde a carência é maior; 3) Integralidade: considerar os indivíduos como um todo; 4) Assegurar a prevenção, tratamento e reabilitação de saúde segundo um atendimento intersetorial.⁽¹⁾

Nesse contexto, gestão se dá como o gerenciamento do conjunto de ações estratégicas, de maneira integrada, buscando atingir os objetivos da instituição. Ser gerente exige contínua aprendizagem profissional, atentando-se com antecipação para as mudanças ocorridas no contexto social e cultural.⁽³⁾ Contudo para ser um gestor no SUS, são imprescindíveis saberes e práticas em saúde para assim cumprir suas funções e atribuições. É importante que apresente um conjunto de habilidades, conhecimentos e experiências na administração pública. Além disso, governança, planejamento e cuidados em saúde são indispensáveis para atender adequadamente as políticas de atenção à saúde pública.⁽⁴⁾

O Brasil é o único país da América do Sul que possui sistema público de saúde e faz fronteira internacional com nove países, sendo eles: Guiana Francesa, Suriname, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai.⁽⁵⁾ Nesse sentido, em 1991 foi criado o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), a partir do Tratado de Assunção, é constituído principalmente por acordos econômicos bilaterais entre os países Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.⁽⁶⁾

No Brasil, em particular, com relação à gestão em saúde das regiões de fronteira, os municípios que pertencem à linha de fronteira, apesar de serem locais diferenciados das demais regiões possuem características em comum, como o atendimento em grande escala a uma população flutuante de estrangeiros, déficits nas contas públicas relacionadas ao atendimento de pacientes fronteiriços, falta de profissionais para atendimento devido ao aumento da demanda, entre outros.^(7,8)

Apesar dos desafios, a composição de parte das equipes de gestão do SUS continua sendo um cargo político, sendo designados estes cargos a funcionários comissionados que, na sua maioria, não possuem conhecimento e habilidade para realizar tal função, podendo acarretar prejuízos na gestão da saúde.⁽²⁾ Sendo assim, percebe-se a necessidade de compreender em maior profundidade a magnitude deste tema em âmbito nacional e internacional, uma vez que envolve o papel gestor da saúde pública em região de fronteira.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo examinar e mapear as evidências científicas sobre o papel do gestor de saúde pública em região de fronteira.

Métodos

Trata-se de um estudo de *Scoping Review*, conforme o método de revisão proposto pelo Instituto Jonna Briggs (JBI). Este método permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento.⁽⁹⁾

Para construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia *Population, Concept e Context* (PCC) para uma *scoping review*.⁽⁹⁾ Foram definidos: P- gestores; C- gestão em saúde pública e C- em região de fronteira, desde que considere gestão em saúde pública em região de fronteira. Foram excluídos os estudos que abordassem apenas gestão em saúde pública ou gestor em saúde pública, sem abordar região de fronteira. Com base nessas definições foi estabelecida a pergunta norteadora: “Quais são as evidências científicas sobre o papel do gestor na gestão em saúde pública nas regiões de fronteira?”.

Neste sentido, o levantamento bibliográfico foi realizado no período de agosto a outubro de 2017, primeiramente, com as palavras-chaves *gestor de saúde e saúde na fronteira* nas bases de dados *Scientific Electronic Library* (SCIELO) e *National Library of Medicine* (PubMed). Inicialmente, foram analisadas as palavras contidas nos títulos, resumos e descritores. Os estudos selecionados que respondiam à questão norteadora desta revisão foram lidos na íntegra e suas referências foram analisadas em busca de estudos adicionais.

Posteriormente, foram realizadas também buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *The Cochrane Library*, *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) (via plataforma EBSCO), *Academic Search Premier* (via plataforma EBSCO), *Web of Science* e *Embase*. Para adequação às demais bases de dados e plataformas foram também utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) para as bases em português: *gestor de saúde e saúde na fronteira*; para LILACS, utilizou-se: *gestor de salud e salud fronteriza*; e para as bases de dados que utilizam o idioma inglês foram utilizados os descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH): *health manager e border health*.

Junto aos descritores foram empregados os termos booleanos: AND, OR e NOT⁽¹⁰⁻¹²⁾ para compor as chaves de busca a serem utilizadas para buscas nas bases de dados. Quanto a *Gray Literature*,⁽¹⁰⁾ foi pesquisada por meio de dissertações e teses nacionais pelo banco de teses da CAPES e Google Acadêmico. As referências listadas nos estudos encontrados também foram pesquisadas, visando identificar documentos adicionais para inserção potencial.^(9,11)

Dos estudos encontrados, foram incluídos estudos nos idiomas inglês, espanhol e português; com abordagem quantitativa, qualitativa e quantitativa; estudos primários; revisões sistemáticas, metanálises e/ou metasínteses; livros; e *guidelines*, publicados ou disponibilizados até outubro de 2017.

Ressalta-se que este estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Mapeamento de competências de gestores da atenção em saúde pública em municípios lindeiros”, do programa de Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Resultados

Dos 188 estudos encontrados, após leitura exaustiva dos títulos e resumos dos artigos, 13 foram selecionados por preencherem os critérios de inclusão estabelecidos. Entre os selecionados, três foram excluídos por estarem publicados em mais de uma base de dados e oito por não contemplarem em sua totalidade o tema, se referindo apenas à gestão em saúde pública ou somente sobre saúde na fronteira. Os dois estudos restantes foram analisados e incluídos na pesquisa. Após análise das referências, cinco estudos foram adicionados. Nesta revisão, a amostra final totalizou em sete estudos selecionados.

O processo de busca e seleção dos estudos desta revisão está apresentado no fluxograma (Figura 1), conforme recomendações do JBI, segundo *checklist* adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).⁽⁹⁾

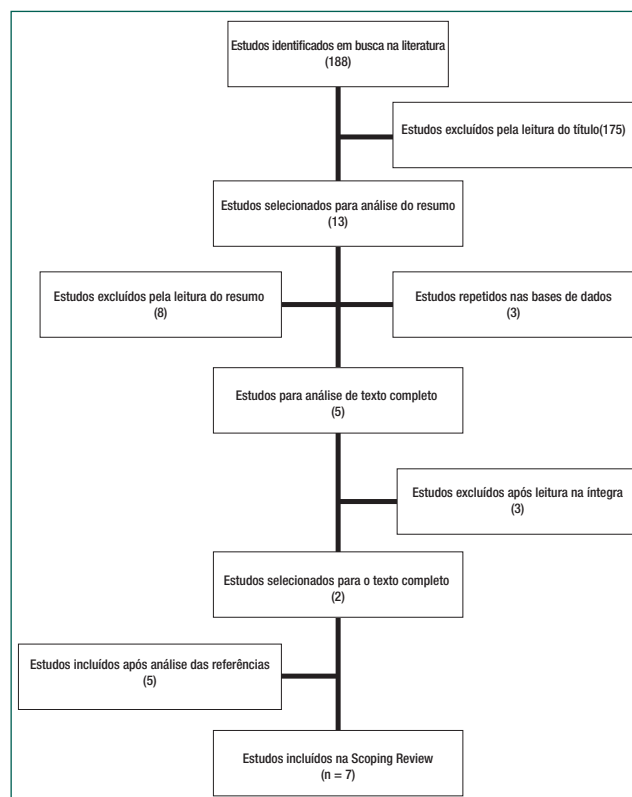


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos, adaptado do PRISMA

Os sete estudos incluídos nesta revisão foram publicados e/ou disponibilizados no período de 2005 a

2017. Dentre eles, três eram artigos científicos, dois manuais e duas dissertações de mestrado (Quadro 1).

Os estudos sobre a temática abrangeram estudos de abordagem quantitativa, qualitativa ou quali-quantitativos, e com objetos de estudo semelhantes sobre o atendimento ao paciente transfronteiriço e o aumento dos gastos públicos nestas regiões. Nesse sentido, o quadro 2 apresenta as dificuldades encontradas pelos gestores e as resoluções apresentadas pelos autores para melhorar a situação do papel do gestor de saúde pública em região de fronteira.

Dentre os estudos selecionados, destacam-se também as políticas de saúde discutidas como direito universal a saúde, acessibilidade para o paciente fronteiriço e integralidade do acesso. Dos Manuais do Ministério da Saúde brasileiro encontrados, as diretrizes discutiam financiamento da saúde destes pacientes e os possíveis acordos bilaterais entre os países que fazem fronteira com o Brasil. O programa governamental relatado nos estudos foi o SIS-Fronteira, uma das soluções encontradas pelo Brasil para resolver o problema da população fronteiriça.

Quadro 1. Estudos encontrados conforme ano de publicação, autoria, periódico/instituição, título, país do estudo e tipo de publicação

Estudo	Ano	Autoria	Periódico/Instituição	Título	País do Estudo	Tipo de publicação
1	2005	Ministério da Integração Nacional	Diário Oficial da República Federativa do Brasil	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras- SIS Fronteiras	Brasil	Manual
2	2007	Giovanella L, et al	Caderno de Saúde Pública	Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteiras com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde	Brasil	Artigo
3	2013	Ugoski DR	Programa de Pós-Graduação em Política Social	Desafios e limites do "SUAS" em cidades gêmeas da fronteira do RS.	Brasil	Dissertação
4	2014	Saliba V, Muscat NA, Vella M, et al	Journal of health service research & policy	Clinicians, 'policy makers and patients' views of pediatric cross-border care between Malta and the UK	Inglaterra	Artigo
5	2014	Silva NR	Programa de Pós-Graduação em Política Social	Possibilidades e limites para o acesso aos direitos sociassistenciais por cidadãos por cidadãos transfronteiriços	Brasil	Dissertação
6	2016	Ministério de Justiça e Cidadania	Diário Oficial da República Federativa do Brasil	Mapeamento das políticas públicas federais na faixa de fronteira: Interfaces com o plano estratégico de fronteiras e a estratégia nacional de segurança pública nas fronteiras	Brasil	Manual
7	2017	Silva VR, Ugoski DR, Dravanz GM	Textos & Contextos	Negação dos direitos sociassistenciais para transfronteiriços indocumentados: desafios para as cidades gêmeas	Brasil	Artigo

Quadro 2. Descrição das dificuldades encontradas pelos gestores de saúde pública em região de fronteira

Estudo	Descrição da problemática	Sugestões apontadas pelos autores	Países fronteiriços
1	Na tríplex fronteira norte (Peru, Colômbia e Brasil) existe a procura de recursos pela população de ambos os países. A busca pelo acesso ao sistema de saúde brasileiro é elevada, uma vez que os países fronteiriços Peru e Colômbia, apresentam um sistema de saúde privado. A reclamação constante é a sobrecarga do sistema nestas regiões tanto por brasileiros quanto de estrangeiros. Outra situação relaciona-se ao acesso facilitado ao Brasil, pelas fronteiras secas ou acesso por pontes, que facilitam a vinda dos cidadãos de outros países em busca de atendimento pelo SUS. Contudo, ainda se têm observado cada vez mais estrangeiros tendo partos de seus filhos no lado brasileiro, para assim terem garantia de atendimento posterior, medida que os gestores municipais não apoiam.	Acordos bilaterais entre o Brasil e os países vizinhos têm se mostrado cada vez mais eficientes para resolver problemas das regiões de fronteira. Todavia, estes acordos são locais e não abrangem todas as fronteiras. Por exemplo, acordos realizados no Arco Sul composto pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.	Brasil, Peru e Colômbia.
2	Há o livre acesso de mercadorias e trabalho pelo MERCOSUL, todavia ocorre restrição de acesso aos serviços de saúde brasileira pelos estrangeiros. Questiona-se a cidadania do transfronteiriço, contudo ainda são realizados atendimentos de urgência e emergência para esta população, causando a sobrecarga do SUS referente à mão de obra e déficits financeiros nas contas públicas do Brasil.	Para diminuir a sobrecarga do sistema, a melhor solução seria a integração dos países, já que os municípios de fronteira são por vezes distantes dos grandes centros de saúde. É necessário o deslocamento dos próprios brasileiros para estes locais, no entanto os municípios estrangeiros na maioria das vezes possuem centros de especialidades e tem uma acessibilidade maior que nas capitais brasileiras.	Brasil, Uruguai, Argentina e Paraguai.
3	Não há barreiras físicas eficazes nestas fronteiras e quando somado à precariedade dos serviços sociais dos países que fazem fronteira com o Brasil, depara-se com a migração dessa população para o país, causando a sobrecarga dos programas sociais e na saúde no Brasil. Ressalta-se que estes pacientes se deparam com burocracias que muitas vezes os impedem de ter atendimento, todavia ocorre um aumento nos gastos do estado devido à população flutuante.	Necessário reconhecer os movimentos, ações, discussões, pactuações específicas deste território tanto no âmbito local, regional, quanto em nível do MERCOSUL.	Brasil e Uruguai.
4	A busca de atendimento especializado em outros países causa transtornos aos pacientes, devido à distância do deslocamento, agravamento do estado de saúde, tratamentos em locais desconhecidos, longe de familiares e amigos. Além disso, estes pacientes tendem a permanecer um longo período fora das suas casas e do seu país causando grandes déficits financeiros para estas famílias, por exemplo, pais podem perder a sua renda familiar por terem que acompanhar seus filhos em tratamentos longos como é o caso de pacientes oncológicos.	Na fronteira de Malta-Reino Unido, já existem acordos bilaterais formados desde a década de 90. O país atende até 180 pacientes malteses por ano de forma gratuita, quando este número é ultrapassado o tratamento passa a ser cobrado do país de Malta. Porém percebe-se que os malteses atravessam a fronteira apenas quando necessário, pois o que pode ser feito no próprio país, eles o fazem; tais como exames periódicos, e até atendimento nas clínicas especializadas, para que o atendimento no Reino Unido seja realizado apenas quando não houver alternativas.	Malta e Reino Unido.

Continua...

Continuação.

Estudo	Descrição da problemática	Sugestões apontadas pelos autores	Países fronteiriços
5	Existe uma busca de atendimento transfronteiriço aos beneficiários que o Brasil disponibiliza para os seus cidadãos. O governo federal realiza o repasse financeiro apenas para a população dos municípios, o que gera grandes problemas nas contas públicas das cidades gêmeas brasileiras Artigas (Uruguai) e Quaraí (Brasil); Rivera (Uruguai) e Santana do Livramento (Brasil); Aceguá (Uruguai) e Aceguá (Brasil); Rio Branco (Uruguai) e Jaguarão (Brasil); Chuy (Uruguai) e Chuí (Brasil) e Bella Unión (Uruguai) e Barra do Quaraí (Brasil).	Houve tentativas de estabelecimento de cooperação social com a fronteira uruguaia, todavia, o Uruguai possui uma política pública centralizada apenas no governo federal, conseqüentemente os gestores municipais não possuem autonomia para tomadas de decisões, dificultando as relações transfronteiriças.	Brasil e Uruguai.
6	Atualmente não existe um programa de saúde brasileiro para atender a população que reside na área de fronteira. Em 2005, foi criado o Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (SIS-Fronteira) que tinha como objetivo verificar a demanda na região, melhorar o serviço de atenção à saúde nestas localidades. Para as cidades gêmeas, o principal benefício deste programa era enviar verbas adicionais para esta região, a fim de suprir os gastos com os pacientes estrangeiros.	SIS-Fronteira, um programa do Ministério da Saúde, teve como objetivo melhorar o atendimento em regiões de fronteira, todavia foi instinto em 2014. Foi considerada a melhor maneira de melhorar o atendimento em região de fronteira, sem o programa não há nenhuma ação do Ministério de Saúde para estas localidades.	Brasil.
7	Destaca a migração dos cidadãos transfronteiriços até as cidades gêmeas brasileiras em busca de atendimento e usufruto das ações disponíveis das políticas sociais brasileiras. Novamente discute-se o papel do MERCOSUL como apenas de interesse financeiro, pois quando um cidadão de outra nacionalidade possui um problema de saúde no Brasil o primeiro atendimento é realizado aqui e, posteriormente encaminhado ao seu país de origem que não possui um sistema de saúde público.	Ressalta-se a necessidade de acordos binacionais para estender os direitos brasileiros aos pacientes transfronteiriços que não possuem documentação, o que impossibilita o atendimento adequado.	Brasil, Uruguai e Argentina.

Discussão

No Brasil, a região de fronteira possui peculiaridades quando comparada as demais regiões em relação à assistência de saúde, uma vez que os moradores de outros países consideram a assistência de saúde brasileira com maior qualidade do que os demais países fronteiriços. Este movimento provoca a vinda de estrangeiros para as regiões de fronteira no Brasil, o que acarreta uma sobrecarga nos estabelecimentos de saúde brasileiros, pois além de estrangeiros, há os próprios cidadãos brasileiros que residem em outros países que vêm receber atendimento de saúde no território brasileiro.⁽¹³⁾

Entre os estudos selecionados nesta revisão, foi possível verificar que a maioria (2,3,5 e 7) tratava sobre as regiões de fronteira entre Brasil e países vizinhos, como também um estudo abordou esta situação no continente europeu (4), o restante (1 e 6) são manuais referentes a temática (Quadro 1). Em relação a pergunta de revisão, salienta-se que não foi observado nos estudos o papel do gestor de saúde pública na região de fronteira, apenas do gestor municipal. Nesse sentido, pode-se definir o papel do gestor municipal como o agente de ações nos serviços públicos de saúde, o qual participa do planejamento e organização das redes regionalizadas e hierarquizadas segundo os princípios e diretrizes do SUS juntamente com o estado. Além disso, participa, controla, executa e avalia os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e dietética, saneamento básico e saúde do trabalhador sob a responsabilidade no âmbito mu-

nicipal. Destaca-se também que colabora com o governo federal e estadual na fiscalização da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.⁽¹⁾

Nesse contexto, os problemas dos gestores municipais de saúde pública em região de fronteira e as dificuldades encontradas foram aspectos semelhantes levantados por todos os estudos desta revisão (Quadro 2). O fluxo facilitado nas fronteiras terrestres, por exemplo, provoca a sobrecarga do sistema de saúde pública brasileiro, além de altos déficits nas contas públicas dos municípios da linha de fronteira que são os mais prejudicados por esta prática. Conforme os Estudos 2 e 5,^(7,8) mostram que a população transfronteiriça busca no Brasil atendimento no SUS, uma vez que nos países vizinhos o atendimento em saúde é predominantemente privado ou falta acesso para a maioria desta população.

Devido à logística e à qualidade do atendimento em saúde no território brasileiro, os estrangeiros buscam o primeiro atendimento em território brasileiro, o que onera o serviço de saúde de diversas formas: sobrecarga no atendimento, serviço de mão de obra prestada se torna defasado para ambas as populações, ausência de programas de saúde nas áreas de fronteira, precariedade social de países vizinhos, entre outros. Este grande contingente não é contabilizado pelo governo federal, dessa forma, um gestor de saúde pública não consegue justificar provimento de mais verba e mais funcionários para estas localidades. Por outro lado, dentro os estudos selecionados, um refere-se à realidade europeia de um acordo bilateral de saúde entre Malta e Reino

Unido, firmado em 1975 atualizado em 1989 e recentemente em 2006. Baseia-se em uma cota de pacientes malteses que vão até o Reino Unido para tratar doenças raras e especialidades, em troca os moradores britânicos que estão temporariamente em Malta recebem cuidados de saúde gratuitos.⁽¹⁴⁾

Os gestores que atuam na região de fronteira atendem pacientes estrangeiros que buscam os serviços de urgência e emergência no Brasil, os mesmos ainda buscam atendimento em unidades básicas de saúde e especializada. No Estudo 2 desta revisão, os secretários de saúde relatam que a cooperação bilateral entre os países poderia garantir uma saúde integral para brasileiros e estrangeiros, visto que estas regiões são distantes das grandes cidades onde se localizam os centros de saúde e muitas vezes os serviços mais próximos para os brasileiros fica no país vizinho e vice-versa.⁽⁷⁾ Estudo recente de revisão que aborda a integração de saúde entre fronteiras internacionais, conclui que os acordos binacionais entre países vizinhos vêm minimizando as disparidades existentes entre os grandes centros urbanos e estas regiões.⁽¹⁵⁾

Nesse contexto, conforme o quadro 2, as soluções apontadas pelos autores, em geral, são acordos binacionais entre os países, o que melhoraria a acessibilidade a este cidadão ao SUS, por exemplo. Assim como, discutem também a cidadania transfronteiriça para fornecer condições de atender legalmente os mesmos, tendo em vista que os atendimentos ocorrem rotineiramente. Todavia, ressalta-se que o repasse financeiro é um dos grandes problemas de acordos bilaterais, além de que tanto o governo brasileiro quanto os países fronteiriços não possuem nenhum programa de saúde pública que atendam exclusivamente as demandas destas regiões.

Contudo, estudo realizado em região de fronteira com mães que residem fora do Brasil mostrou que de 2006 a 2012 dos 34.456 nascidos no Brasil, 95,7% das gestantes afirmaram residir no país e 4,3% no Paraguai.⁽¹⁶⁾ Tais dados corroboram para os resultados encontrados nesta scoping review, uma vez que os pacientes em região de fronteira migram para outro país a fim de buscar atendimento programado e principalmente em casos de urgência e emergência. Outra pesquisa em município fronteiriço verifica que existem déficits de funcionários, de

centros para atendimento especializado, e meios de locomoção para ambulatório, mas não relacionam a problemática com o atendimento a transfronteiriço e sim a falta de organização da gestão local.⁽¹⁷⁾ Sendo assim, não se pode apenas atribuir os déficits nas contas públicas destes municípios apenas aos pacientes estrangeiros, porque se percebe que há também problemas de gestão municipal.

Ressalta-se que a chamada “população flutuante” trata-se de um problema de todos os municípios da faixa de fronteira. Pesquisa realizada no município brasileiro de Foz do Iguaçu-Paraná aponta que além de possuir um grande número de turistas que veem até a cidade, o município também tem de lidar, sobretudo com paraguaios e em menor quantidade com argentinos que cruzam as fronteiras para usufruir do sistema de saúde brasileiro. O autor afirma que o repasse financeiro é realizado a partir do número de habitantes de cada município, sem contar o número de visitantes na cidade.⁽¹⁸⁾

Nesse contexto, uma das soluções para os gastos com a saúde dos turistas desta região foi o programa conhecido como Saúde do Viajante no estado do Paraná que tem como principal objetivo realizar a promoção, prevenção e reabilitação da saúde do estrangeiro que vem visitar as cidades turísticas.⁽¹⁹⁾ Contudo este programa visa apenas o reembolso de gastos em saúde com turistas e não a população transfronteiriça, que continua sendo um problema constante dos secretários de saúde destes municípios, pois não há políticas públicas específicas para estas regiões de fronteira, reafirmando os dados encontrados na presente revisão.

Sobre as políticas públicas do governo federal brasileiro para melhorar a situação de saúde destas localidades, em 2005 o governo implantou um projeto conhecido como Sistema de Informação de Saúde da Fronteira (SIS-Fronteira) que esteve vigente até 2014.⁽²⁰⁾ O objetivo deste projeto era ampliar a capacidade de atendimento de 121 municípios localizados em até 10 quilômetros da linha de fronteira, através de um sistema de compensação financeira, uma vez que a população itinerante não era contabilizada para fins de repasse financeiro do governo federal. O projeto contava com três fases de implantação: 1) Realização de um diagnóstico

situacional de saúde, infraestrutura, caracterização dos usuários e apresentação de uma estratégia operacional local, em parceria com a Universidade Federal do próprio estado; 2) Qualificação da gestão, serviços, ações e implementações de redes de serviços de saúde nos municípios fronteiriços; 3) Implementação e consolidação das ações nos municípios fronteiriços.^(21,22)

Contudo gestores de quinze municípios que fazem fronteira com o Paraguai no oeste do Paraná, em 2017 realizaram uma reunião para enviar uma proposta ao governo federal, a fim de reativar ou organizar um projeto fronteiriço que seja semelhante ao SIS-Fronteira, argumentando que não há como manter está situação nestas regiões. Informaram ainda que existem milhares de cartões SUS cadastrados no nome de usuários estrangeiros em residências fantasmas nos municípios desta localidade, causando assim a sobrecarga do sistema de saúde pública na região.⁽²³⁾

Com relação às soluções para esta problemática, na tríplice fronteira Brasil-Paraguai-Argentina na cidade de Foz do Iguaçu, a equipe da Itaipu Binacional, organizou um grupo de trabalho denominado Grupo de Trabalho-Saúde (GT-Saúde) que tem como objetivo melhorar a qualidade das ações de saúde na fronteira, favorecendo assim uma articulação dos gestores destes locais.⁽²⁴⁾ Os acordos binacionais foram uma das soluções encontradas nesta revisão, e pode-se observar ainda que um dos estudos selecionados demonstraram como funciona de forma efetiva o acordo binacional de saúde especializada entre Malta e Reino Unido na União Européia.⁽¹⁴⁾ No contexto brasileiro, o programa governamental relatado nos estudos foi o SIS-Fronteira, uma das soluções encontradas pelo Brasil para resolver o problema da população fronteiriça. Trata-se de um programa exclusivamente nacional sem ajuda dos países vizinhos e delimitação do papel do gestor em saúde. Portanto, acordos binacionais, cidadania de estrangeiros e programas/políticas dirigentes sobre atendimento aos transfronteiriços são maneiras de melhorar a efetividade dos serviços de saúde, construir e direcionar o papel do gestor de saúde pública na região de saúde pública.

Neste sentido, gestão de saúde pública carece de profissionais capacitados para racionalizar ações de saúde, avaliar relações de gastos e reduzir os danos causados pelos investimentos.⁽²⁵⁾ O enfermeiro gerencia com criatividade e inovação, exigem-se desses profissionais competências assistenciais, administrativas e políticas todas para melhorar o aperfeiçoamento deles no processo de gestão em saúde.⁽²⁵⁾ Este profissional possui uma preparação na graduação para ocuparem cargos gerenciais, contudo devem ser realizados cursos de aperfeiçoamento, educação permanente de forma periódica para que sejam sempre atualizados no contexto de gerenciamento.⁽²⁶⁾

Conclusão

Ser gestor em região de fronteira se torna uma tarefa complexa, frente às dificuldades encontradas por se tratar de países que não possuem acordos de saúde ou programas específicos para a população desta região. Os resultados desta *Scoping Review* demonstram que uma solução viável para gestores destas localidades seriam acordos bilaterais de integração à saúde. Tais estratégias referem-se às políticas governamentais e aos programas como também o envolvimento de atores de saúde, especialmente o gestor de saúde pública na região de fronteira. Percebe-se que o campo de estudo é pouco explorado pela literatura nacional e internacional, refletindo uma grande lacuna para ser preenchida com pesquisas futuras.

Referências

1. Martins MI, Carneiro CC. Política da gestão do trabalho e a atenção em saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da atenção básica do município do Rio de Janeiro. ENSP Fiocruz. 2014. p. 101-11.
2. Gil CR, Luiz IC, Gil MC. Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS. São Luís: EDUFMA; 2016.
3. Brasil. Leis e Decretos. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): Presidência da República; 1990.
4. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSEMS). Manual do (a) gestor (a) municipal do SUS: Diálogos no cotidiano. Rio de Janeiro: CONSEMS; 2016.

5. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretária Nacional de Segurança Pública. Mapeamento das políticas públicas federais na faixa de fronteira: Interfaces com o plano estratégico de fronteiras e a estratégia nacional de segurança pública nas fronteiras. Brasília (DF): Ministério de Justiça e Cidadania. Secretária Nacional de Segurança Pública; 2016.
6. MERCOSUL. Reunião de Saúde 2016. [Internet]. [citado 2019 Mar 3]. Disponível em: <http://www.mercosul.gov.br/>.
7. Silva VR, Ugoski DR, Dravanz GMG. Negação dos direitos sócio assistenciais para transfronteiriços indocumentados: desafios para as cidades gêmeas. *Texto Contexto (Porto Alegre)*. 2017;16(1):231-43.
8. Giovannella L, Guimarães L, Nogueira VM, Lobato LV, Damascena GM. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteiras com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (Supl 2):S251-S266.
9. Joanna Briggs Institute (JBI). Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015. [Internet]. Australia: JBI; c2015. [cited 2015 Jul 10]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
10. Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Reviewers' Manual: 2014 edition 2014a. Australia: JBI; 2014. [cited 2014 Jan 24]. Available from: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincot Williams & Wilkins. 2011. p.3-24.
12. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11.
13. Zaslavsky R, Goulart BN. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(12):3981-6.
14. Saliba V, Muscat NA, Vella M, Montalto SA, Fenech C, McKee M, et al. Clinicians, 'policy makers and patients' views of pediatric cross-border care between Malta and the UK. *J Health Serv Res Policy*. 2014;9(3):153-60.
15. Santos-Melo GZ, Andrade SR, Ruoff AB. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31(1):102-7.
16. Melo F, Victoria CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(7):2135-45.
17. Silva-Sobrinho RA, Zilly A, Monroe AA, Pinto ES, Silva R, Villa TC. Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde. *Rev Rene*. 2014;15(4):605-12.
18. Albuquerque GL. Limites e paradoxo na cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). *Geopolíticas (s)*. 2012; 3 (2): 185-205.
19. Paraná (Estado) Secretária de Saúde. Programa saúde do viajante (PESV). SESA. Paraná: Secretaria de Saúde; 2015.
20. Ferreira CM, Mariani MA, Oliveira Neto AF. O projeto sistema integrado de saúde das fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. *Rev. GeoPantanal*. 2015; (8):78-92.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.120, de 6 de julho de 2005. Elaboração do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2005 jul. 7; Seção 1.p 48-49.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014: Elaboração dos Prazos para conclusão das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteira) e sobre o repasse e incentivo financeiro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2014 mai. 24; Seção 1. p 27.
23. Eberhart JV. Lindeiros reivindicam sistema diferenciado para saúde na fronteira [Internet]. Noticiar Comunicação. 12 de junho de 2016. [citado 2019 Mar 2019]. Disponível em: <http://www.uniaoagora.com.br/2017/06/lindeiros-reivindicam-sistema-diferenciado-para-saude-na-fronteira.html>
24. Bontempo CG. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. *Cad Iber Amer Direito. Sanit*. 2013;2(2):908-19.
25. Ribeiro RBA, Reis RP, Bezerra DG. Gestão em saúde pública: Um enfoque no papel do enfermeiro. *Rev Bras Ciên Saúde*. 2015;19(3):247-52.
26. Soares MI, Camelo SH, Resck ZM, Terra FS. Saberes gerenciais do enfermeiro em ambiente hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2016 69(4):676-83.