



## **O PARADOXO DA SAÚDE EM CIDADES-GÊMEAS NO SUL DO BRASIL E NO URUGUAI**

Rosane Cardoso Machado<sup>1</sup>  
Airtón Tetelbom Stein<sup>2</sup>  
Gisele Alcina Nader Bastos<sup>3</sup>

### *INTRODUÇÃO*

Nas duas últimas décadas, a intensificação do processo de globalização ampliou o debate em regiões de fronteira, antes centrado nas relações comerciais, para a abordagem de aspectos sociais (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006). A saúde é um dos temas que vem ocupando maior espaço na pauta de discussões.

A América Latina sinalizou com um processo de legalização das relações nessas regiões a partir da criação do Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (SIS-Mercosul), em 2005. Através da participação dos Ministérios de Saúde dos Estados-membros do Mercosul, o SIS-Mercosul foi formado visando promover maior agilidade nos processos de saúde nas áreas fronteiriças do Brasil com países da América do Sul (GALLO; COSTA, 2004, p. 45).

O Ministério de Integração Regional do Brasil identifica as simetrias e assimetrias próprias destes espaços territoriais, tendo-as como um dos alicerces de integração com os outros países latino-americanos (BRASIL, 2005). O fluxo constante das pessoas exige que o planejamento da gestão em saúde leve em conta as peculiaridades dessas localidades.

Popularmente conhecida como “fronteira da paz”, as cidades de Sant’Ana do Livramento (RS-Brasil) e Rivera (República Oriental do Uruguai) não possuem acidente geográfico separando-as entre si. O comércio é a principal atividade econômica dos municípios. O fluxo formal e informal de mercadorias, além de atividades afins ao setor primário (MISOCZKY, 2007, p. 41), impulsiona a economia destas cidades-gêmeas, que se move atrelada à variação do câmbio. O incremento na rede hoteleira e de serviços, em conseqüência do turismo próprio da região, acarreta um aumento de demanda em todos os serviços, em especial na saúde.

A pesquisa pretende identificar e comparar os indicadores de saúde relacionados à natalidade e morbimortalidade de cada município, recursos financeiros alocados para o atendimento

---

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva na Ulbra-Canoas/RS

<sup>2</sup> Professor de Saúde Coletiva da Ulbra e UFCSPA

<sup>3</sup> Professora da UFCSPA



em atenção primária à saúde e investimento *per capita* das comunidades santanense e riverense, no período de 2005 a 2006.

### *MÉTODO*

Estudo ecológico abrangendo os municípios de Livramento e Rivera, situados respectivamente no sudoeste do Estado do Rio Grande do Sul (Brasil) e no norte da República Oriental do Uruguai.

Foram coletados indicadores demográficos, sócio-econômicos, de saúde e financeiros de cada município, no período de 2005 a 2006. Algumas variáveis não dispunham do dado para o período inicialmente previsto no projeto; dessa forma, a coleta da informação foi feita a partir do último dado disponível ou do mais atualizado.

A coleta dos dados secundários foi realizada em sites oficiais do Brasil [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Datasus] e do Uruguai [*Instituto Nacional de Estadística* (INE)] e nas Secretarias de Saúde de cada município.

Com a finalidade de situar as populações em estudo, foram estabelecidos três grupos de variáveis independentes: demográficas, sócio-econômicas e relacionadas aos serviços de saúde. Em relação à formação educacional e para fins de comparabilidade, foi considerado para as populações o ensino de caráter obrigatório; para o Brasil, matrículas no ensino fundamental e médio e, para o Uruguai, níveis primário e secundário (equivalente ao ensino brasileiro e com duração de nove anos). O termo *Policlinica* é utilizado no Uruguai de forma similar à Unidade Básica de Saúde (UBS) do Brasil, através do serviço público em atenção primária e da atuação de uma equipe multiprofissional.

Os índices taxa de crescimento anual estimada, proporção de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e população feminina em idade fértil estão relacionados ao crescimento vegetativo da população.

A análise foi realizada a partir de estatística descritiva, sendo que as variáveis categóricas foram apresentadas com o percentual e as contínuas através da média e mediana. Foi utilizado o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas. Os dados foram analisados no programa EPI INFO versão 6.0 e o valor de  $p \leq 0,05$  considerado estatisticamente significativo.

### *RESULTADOS*



De acordo com dados do IBGE para 2007, Sant'Ana do Livramento tinha uma população de 99.864 habitantes e Rivera, município uruguaio limítrofe, possuía 104.921 habitantes, conforme INE, para 2004.

Livramento apresentou maior população feminina, quando comparada a Rivera; enquanto o município brasileiro tinha uma proporção de mulheres de 51,6%, o uruguaio possuía 50,9%, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Os dados sócio-demográficos dos municípios estão apresentados na Tabela 1. A população de Sant'Ana do Livramento apresentou-se mais jovem, quando comparada com a de Rivera. Quanto ao saneamento básico, em 2000, 89,7% dos habitantes de Sant'Ana do Livramento possuíam acesso à rede de água e 34,8% utilizavam a rede geral de esgoto em seus domicílios; em Rivera, 99% da população apresentavam acesso à rede de água e 35,8% possuíam rede geral de esgoto em suas residências. A acessibilidade ao sistema de água e esgoto apresentou melhor desempenho em Rivera do que em Livramento ( $p < 0,001$ ).

Em relação à estrutura de atenção primária à saúde para o primeiro semestre de 2009, o município santanense possuía dez Unidades Básicas de Saúde, tendo uma de atenção psicossocial, enquanto Rivera apresentou treze *políclínicas*, sendo que não havia, dentre estas, unidade de atenção em saúde mental. O quadro funcional dos profissionais de nível superior de atenção primária do município santanense consistia de trinta e oito médicos, treze enfermeiros, dez odontólogos e dois assistentes sociais. Por outro lado, Rivera possuía, na atenção primária, quarenta e cinco médicos, nove enfermeiros, oito odontólogos e um assistente social. Cada município possuía um total de sessenta e três profissionais nas categorias relacionadas.

Os indicadores de saúde dos municípios estão demonstrados na Tabela 2.

Livramento apresentou maior tendência ao incremento populacional do que Rivera, considerando os índices relacionados ao crescimento vegetativo da população (taxa de crescimento anual estimada e proporção de mulheres em idade fértil de 10-49 anos). Observou-se que houve maior participação do percentual de mães adolescentes (10-19 anos) nas informações sobre nascimentos e índice de mortalidade infantil superior na cidade brasileira, em relação à uruguaia ( $p < 0,001$ ). Sant'Ana do Livramento apresentou quase o dobro de cesáreas e de crianças com baixo peso ao nascer, em comparação com Rivera.

Quanto aos recursos financeiros considerados como despesa total em saúde, o município santanense utilizou, em 2006, R\$ 10.274.821,35 e Rivera, R\$ 3.863.800,40, em 2008. O município brasileiro utilizou 2,66 vezes mais recursos em saúde, quando comparado ao uruguaio, ou seja,



enquanto o primeiro aplicou R\$ 102,89 por habitante, o segundo utilizou R\$ 36,83. Em Sant'Ana do Livramento, 44% dos recursos investidos em saúde foram gastos com pessoal da área da saúde (R\$ 4.564.079,40), enquanto que Rivera utilizou 70,4% (R\$ 2.723.485,70) do montante dos recursos para essa finalidade. Percentualmente, o valor dos recursos destinados aos profissionais foi menor em Sant'Ana do Livramento, ainda que o valor absoluto tenha sido maior, comparado com o de Rivera.

## *DISCUSSÃO*

Nos últimos anos, a pesquisa em torno da vulnerabilidade das populações de áreas de fronteira do Brasil com países da América Latina tem sido alvo de maior investigação (MISOCZKY, 2007; OPAS, 2004; PEITER, 2007). Esta pesquisa demonstrou que, apesar da proximidade entre si, uma cidade brasileira e outra uruguaia apresentaram resultados paradoxais em seus indicadores de saúde, decorrentes da aplicabilidade de políticas de gestão, de determinantes socioculturais, de fatores econômicos, dentre outros. Apesar da magnitude do sistema de saúde brasileiro, SUS, identificou-se melhor efetividade na área de saúde materno-infantil em Rivera, tendo em vista o resultado dos seus indicadores de saúde, ainda que com menor disponibilidade de recursos financeiros. É possível que o melhor desempenho do município uruguaio esteja relacionado ao maior investimento em saneamento básico, educação e estrutura de saúde. Ainda que não tenham sido abordados outros indicadores de saúde, o resultado provavelmente reflete o desempenho do sistema de saúde (OPAS, 2004). Os municípios de Sant'Ana do Livramento e Rivera possuíam, em 2004, um total de 200.069 habitantes. Devido a fatores sócio-econômicos, dentre os quais a redução da oferta de empregos, a população do município brasileiro está diminuindo nos últimos anos, em decorrência da emigração. A dinâmica populacional também é fortemente influenciada pela presença de 30 assentamentos rurais em Livramento (INCRA/RS, 2009). A economia do município se ressentiu da redução na arrecadação tributária, com reflexos desfavoráveis no contexto social, situação agravada pela presença de uruguaio, oriundos de Rivera e arredores, que concorrem pelos postos de trabalho no município santanense.

O fluxo migratório em áreas de fronteira desencadeia um ônus adicional para os gestores, devido ao constante ir e vir de pessoas. Estudos considerando esse movimento, gerados pela necessidade de buscar o atendimento em saúde do outro lado da fronteira, perspectivas de acessibilidade ao sistema e possibilidades de resolução para o agravo, incrementam a sobrecarga do gestor (BOTTEN, GREPPERUD e NERLAND, 2004; GROENE, O. et al., 2009).



Em diagnóstico realizado no município santanense, Misoczky (2007) identifica a elevação da média de permanência hospitalar e da taxa de mortalidade hospitalar, resultados relacionados à inadequação do funcionamento da atenção básica no município e à falta de legitimação do SUS pela cultura local. Este estudo, ao analisar indicadores de saúde, evidenciou a consistência das características apontadas pelo relatório na atenção primária do município santanense.

Pesquisa realizada por Peiter (2007) identifica a situação dos municípios localizados na fronteira da Região Sul, assinalando melhores condições de saúde quando comparada às demais fronteiras do Brasil.

Em relação ao investimento financeiro, esta fronteira apresentou um comportamento paradoxal: enquanto o município brasileiro gasta com saúde, em valor absoluto, 2,5 vezes mais do que a vizinha cidade uruguaia, o desempenho dos indicadores de saúde na área materno-infantil não teve resultado proporcionalmente similar.

Do total de onze indicadores de saúde comparados entre os municípios, quatro estavam relacionados ao crescimento vegetativo positivo da população [taxa de crescimento anual estimada, mulheres em idade fértil (10-49 anos) e taxa bruta de natalidade], assegurando o incremento populacional do município santanense. A maior proporção de mulheres em idade fértil em Sant'Ana do Livramento, na comparação com Rivera, representa um desafio para o gestor, requerendo programas de planejamento familiar, direcionados a essa população.

O percentual de prematuridade apresentou desempenho equivalente em ambos os municípios; quatro indicadores relacionados à atenção materno-infantil [cesáreas, mães de 10-19 anos, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil] apresentaram resultados superiores em Sant'Ana do Livramento quando comparados a Rivera. Os indicadores de mães de 10-14 anos e óbitos por 1000 habitantes apresentaram desempenho inferior no município santanense na comparação com Rivera.

Assim, enquanto o município brasileiro utilizou mais recursos financeiros e similaridade de recursos humanos e estruturais na atenção primária, apresentou um desempenho desfavorável, quando seus indicadores de saúde foram comparados com Rivera, em especial os do ciclo materno-infantil.

Em relação aos nascimentos, o dobro do percentual de cesáreas em Livramento e o elevado índice de crianças com baixo peso ao nascer reforçam a necessidade de melhora na cobertura dos programas de atenção materna. Em 2005, a realização dos partos de mulheres santanenses em Rivera, como decorrência da paralisação de um grupo de obstetras brasileiros, demonstrou que, do



total de vinte e cinco mulheres assistidas, 8% foram cesáreas, contrapondo o elevado percentual deste índice na assistência materna no Brasil e, em particular, no município santanense. Em 2006, a média nacional de cesáreas foi de 45,94% e no Rio Grande do Sul, 48,21% (SINASC, Ministério da Saúde), resultado superior ao do município uruguaio.

A presença de saneamento básico e o nível educacional materno têm um grande efeito positivo na saúde do filho, através da redução de danos e melhora do seu estado nutricional (KASSOUF, 1995).

O índice de mortalidade infantil santanense apresentou taxa superior ao do município riverense, apesar da redução de 20,4 em 2005 para 12,9 em 2007 (Secretaria Estadual de Saúde,RS).

O menor índice de óbitos em Sant'Ana do Livramento, comparada com Rivera, pode ter associação positiva com menor número de pessoas acima de 50 anos. Estudo da Organização Pan-Americana da Saúde, abrangendo as fronteiras de Argentina, Brasil e Paraguai mostraram resultados semelhantes para o Brasil, em relação à taxa bruta de mortalidade (OPAS, 2004).

A experiência do continente europeu, descrita em estudos que abordam as relações migratórias e sua dinâmica sócio-evolutiva auxiliam na compreensão do processo, consolidando a organização de um fluxo formal e legalmente respaldado em regiões limítrofes (BERTINATO, L. et al., 2005; BOTTEN, GREPPERUD, NERLAND, 2004). Guimarães e Giovanella (2006) descrevem a experiência européia e referenciam-na como subsídio para a organização dos fluxos entre as fronteiras na América Latina.

É fundamental que o município brasileiro viabilize a instalação do programa Estratégia Saúde da Família na busca de melhores resultados em atenção primária, promovendo o acesso de comunidades menos assistidas e tendo a intersetorialidade como alicerce dos processos de gestão.

Gallo (2004) ressalta que em áreas de fronteira há um conjunto de ações e práticas informais em curso, o que pode desencadear baixa resolutividade do sistema e inadequado atendimento das necessidades de atenção das comunidades.

Este trabalho demonstra que não há apenas escassez de recursos financeiros. Os processos de gestão, cujas etapas incluem planejamento, sistematização de métodos de gerenciamento e monitoramento de resultados, devem ser observados e acompanhados com acurácia.

A linha divisória não representa, em absoluto, o limite de restrição e controle da atuação do gestor (PEITER, 2007). O acesso a uma base de dados compartilhada é uma estratégia que facilita o processo de integração nas ações de saúde em área de fronteira e irá assegurar, de alguma maneira, a reciprocidade no atendimento às demandas de saúde <sup>8</sup>. Na prática, percebe-se que não há a



necessária integração. É relevante existir uma base de dados compartilhada, comparando a estrutura destas cidades-gêmeas, fornecendo subsídio aos gestores locais para a realização de um planejamento conjunto e integrado ao atendimento das demandas. Os sistemas de atenção em saúde apresentam-se fragmentados, desencadeando importantes perdas para gestores, comunidades e recursos públicos.

O melhor desempenho dos resultados de Rivera pode ser utilizado, a partir da experiência bem sucedida, pelo município brasileiro; a incorporação de novas práticas desencadeará ações de saúde que viabilizem qualidade de vida para a comunidade fronteiriça e redução da emigração local.

Outros estudos investigativos podem confirmar se o sistema de saúde uruguaio responde melhor às necessidades da população, apesar da menor disponibilidade de recursos financeiros.

### *REFERÊNCIAS*

- 3 BERTINATO, L. et al. Policy Brief Cross-Border Health Care in Europe. **World Health Organization**. 2005.
- 4 BOTTEN, G.; GREPPERUD, S.; NERLAND, S.M. Trading patients Lessons from Scandinavia. **Health Policy**. v. 69, p. 317-27. 2004.
- 6 Brasil. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Bases de uma Política Integrada de Desenvolvimento Regional para a Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005. 418 p.
- 8 GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad Saúde Pública**. v. 23, p. S214-26. 2007.
- 9 GALLO, E.; COSTA, L. (Org.). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL. SIS-MERCOSUL: Uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: DF. 2004. ISBN 85-87943-35-9.
- 11 GROENE, O. et al. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. **Qual Saf Health Care**.v. 18, p. i15–i21. 2009
- 12 GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 22, n. 9, p. 1795-1807. set. 2006.
- 14 GUSHULAK, B. Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect”. **CMAJ**. v. 176, n. 10, p. 1439-40. may. 2007.
- 17 KASSOUF, A. L. Saneamento e educação: bens substitutos ou complementares? **Pesq Plan Econ**. v. 25, n. 2, p. 359-72. ago. 1995.



- 21 Misoczky M. C. A. (Coordenação). **Diagnóstico Local de Saúde Sant'Ana do Livramento. Escola de Administração.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2007.
- 22 **Organização Pan-Americana da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai.** Ministérios da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai. Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina – Brasil – Paraguai 2001-2002. Brasília: OPAS, 2004. 100 p.
- 23 PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cad Saúde Pública.** v. 23, n. 2, p. S237-50. Rio de Janeiro: 2007.