



Evento: XXVI Jornada de Pesquisa

## O SUS E O ACESSO À SAÚDE PARA ESTRANGEIROS NAS FRONTEIRAS DO MERCOSUL<sup>1</sup>

### SUS AND ACCESS TO HEALTH FOR FOREIGNERS AT MERCOSUR BORDERS

Larissa Zanela Mendes<sup>2</sup>, Adriane Fátima De Boni<sup>3</sup>, Airton Adelar Mueller<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Artigo desenvolvido pelas doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional em conjunto com o orientador.

<sup>2</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNIJUI e bolsista PROSUC/CAPES. Mestra em Políticas Públicas e graduada em Ciências Sociais - Ciência Política pela Universidade Federal do Pampa. E-mail: larissa.mendes@sou.unijui.edu.br

<sup>3</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNIJUI. Mestra em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, pós-graduada em Gestão Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e graduada em Comunicação Social-habilitação Jornalismo pela UNIJUI. E-mail: adriane.boni@sou.unijui.edu.br

<sup>4</sup> Docente no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (Mestrado e Doutorado) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Contato: airton.mueller@unijui.edu.br

### RESUMO

O presente artigo busca compreender como ocorre o acesso aos serviços de saúde pelos estrangeiros nas fronteiras do Brasil. Para tanto, foram escolhidos os municípios da faixa de fronteira pertencentes ao Arco Sul do Mercosul. Pautado pela metodologia qualitativa, este trabalho baseou-se nos estudos de Agustini e Nogueira (2009; 2015) e Giovanella et al (2007), onde foram realizadas entrevistas com sessenta e nove Secretários Municipais de Saúde. Verifica-se que há uma procura crescente de estrangeiros por atendimentos variados nos municípios fronteiriços brasileiros e que não existe um aparato institucional e financeiro para a regulamentação de tais serviços, ficando a encargo dos poderes locais os custos e a decisão de como proceder com determinada situação.

**Palavras-chave:** Acesso à Saúde. Estrangeiros. Fronteiras. Saúde nas Fronteiras. SUS.

### ABSTRACT

This article seeks to understand how access to health services by foreigners occurs on the borders of Brazil. For this purpose, the municipalities in the border strip belonging to Arco Sul do Mercosul were chosen. Based on the qualitative methodology, this work was based on the studies of Agustini and Nogueira (2009; 2015) and Giovanella et al (2007), where interviews were carried out with sixty-nine Municipal Health Secretaries. It appears that there is a growing demand of foreigners for various services in the Brazilian border municipalities and that there is no institutional and financial apparatus for the regulation of such services, leaving the costs and the decision of how to proceed with a given situation to the local authorities.

**Keywords:** Access to Health. Foreigners. Borders. Health at Borders. SUS.



## INTRODUÇÃO

É possível conceituar política pública como sendo “um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade” (SARAVIA, 2006, p. 28). Também é “uma das resultantes da atividade política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos” (RUA, 2009, p. 19).

Através da promulgação da Constituição Federal de 1988, tornou-se uma obrigatoriedade do Estado prover a saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988). Com a Lei de nº 8.080/1990 ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como pilares a descentralização, integralidade, universalização, equidade e a participação da comunidade. Dessa forma, este artigo está dividido em três tópicos, bem como a conclusão, buscando realizar uma breve reflexão acerca da saúde, centralizando a análise no contexto fronteiriço e no acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde do SUS. Dito isso, verificou-se uma procura relativamente crescente por acesso aos serviços de saúde realizados pelo SUS por parte dos estrangeiros fronteiriços, enquanto que as decisões sobre os procedimentos cabíveis ficam sob responsabilidade dos poderes locais.

## A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O FEDERALISMO NO BRASIL

A Carta Magna de 1988 é considerada um marco no que se refere aos direitos fundamentais no Brasil. Os Arts. 5º e 6º consagram uma série desses direitos, que vão dos negativos ou individuais como o direito à liberdade, seguido pelos direitos positivos, como o direito à saúde, educação, etc. (CARVALHO, 2003). Mais adiante, nos Arts. 196 a 200, é possível encontrar na seção II a regulamentação das condições de saúde, bem como as diretrizes, formas de financiamento, fiscalização dos serviços e as competências do sistema único (BRASIL, 1980). O Brasil é um Estado Federal, e por consequência, também é descentralizado. Há a repartição de competências entre a União e os demais entes – estados, Distrito Federal e municípios – que são dotados de autonomia, mas seguem uma linha vertical e mantêm um vínculo de obediência com o que é estabelecido pelo Poder Central e também “a ampla autoridade para legislar sobre seus próprios impostos” (ARRTECHE, 2005, p. 77). Sendo assim, o Estado Federal “é formado por duas ordens jurídicas parciais, a da União e a dos



Estados-membros, que, articuladas e conjugadas, constituem a ordem jurídica total, ou seja, o próprio Estado Federal” (SARLET, 2017, p. 857).

No que diz respeito à saúde, no Art. 23, os incisos II, VIII e IX relacionam-se direta e indiretamente com tal direito fundamental. É de competência comum aos entes federados “cuidar da saúde e assistência pública”; “organizar o abastecimento alimentar”; e “a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico”. No Art. 24, inciso XII fica exposto que a União, os Estados e o Distrito Federal devem legislar concorrentemente sobre a “previdência social, proteção e defesa da saúde”. O Art. 30, inciso VII é taxativo sobre a competência municipal: “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988). Esses trechos retirados do Texto Constitucional não apenas expõem o caráter descentralizado do Estado Federal, como qualifica-o primordialmente como sendo o canal que viabiliza o acesso aos direitos conquistados pelos cidadãos, visto que a implementação dos mesmos se dá por meio de políticas públicas.

Nesse contexto, a Lei nº 8.080/1990 institucionalizou o Sistema Único de Saúde, que é o produto da união de diversos segmentos da sociedade, incluindo sindicatos, universidades, médicos e cidadãos na luta pela democratização da saúde e melhores condições de vida, conhecida como Movimento da Reforma Sanitária. No Art. 7º da Lei nº 8.080/1990, desenvolvida com base nas premissas estabelecidas pelo Art. 198 da CF/88, estão descritos os princípios e diretrizes do SUS da seguinte forma:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para



mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras [...] (BRASIL, Lei nº 8.080, 1990, Cap. II, Art. 7º).

Nesse caso, destaca-se aqui a importância da descentralização em virtude de que as atribuições dos serviços de saúde distribuídas entre União, estados e municípios partem da premissa de que os resultados positivos serão alcançados quando a tomada de decisões ocorre no âmbito mais próximo do público-alvo das políticas públicas. Assim, os programas e políticas formulados pela União são implementados pelos estados e municípios; logo, o município tem a responsabilidade de zelar pela saúde pública da população e o gestor municipal tem como preponderância gerenciar as iniciativas e atividades de saúde ofertadas em seu território (BRASIL, 2007). Por essa razão, complementa-se esse aspecto com uma argumentação a respeito do SUS:

Conquanto único, o SUS é constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada que, preservada a direção única em cada esfera de governo, atua segundo o princípio da descentralização. A atuação regionalizada permite a adaptação das ações e dos serviços de saúde ao perfil epidemiológico local, atendendo não apenas às diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), como às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária e conformando-se, em certa medida, à reconhecida tradição municipalista brasileira. Neste sentido, é possível verificar um evidente liame entre a estrutura constitucional do SUS e o princípio federativo, que no Brasil tem a peculiaridade de um terceiro nível de poder formado pelos Municípios. Por isso, a municipalização é a principal forma pela qual se densificam as diretrizes de descentralização e regionalização do SUS, não obstante aperfeiçoamentos e ajustes sejam sempre necessários, especialmente em função da garantia de equilíbrio na distribuição dos recursos de saúde, em que sobrelevam os princípios da subsidiariedade e da equidade no acesso à assistência assim prestada (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p. 12).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 reorganizou o sistema de saúde brasileiro estabelecendo diretrizes e estratégias por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENICUCCI, 2009). Por certo, a saúde ainda é foco de preocupação dos gestores públicos no que diz respeito à tentativa de combater as desigualdades sociais (DRACHLER *et al.*, 2003). Nessa direção, as políticas públicas de saúde são formuladas como meio de intervenção na realidade social da população para a melhoria nas condições de saúde. Agem conjuntamente com outras políticas públicas de âmbito social e fazem o ordenamento das funcionalidades governamentais na promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos e da comunidade (LUCHESE; AGUIAR, 2002). Assim pode-se afirmar que o arranjo federativo brasileiro influencia diretamente nos padrões institucionais que são propostos pelas políticas



públicas em todos os âmbitos, incluindo a saúde e por consequência, o SUS. De acordo com O'Donnell, as instituições podem ser classificadas como:

[...] padrões regularizados de interação que são conhecidos, praticados e aceitos regularmente [...] por agentes sociais dados e que, em virtude dessas características, esperam continuar interagindo sob regras e normas incorporadas (formal ou informalmente) nesses padrões. Como espaços de interações sociais, geram rotinas de comportamentos previsíveis, corporificando símbolos e papéis. Ao agregarem interesses, organizam as formas de representação, cuja legitimidade se dá na capacidade de garantirem acordos. Seu papel é fundamental na organização de uma agenda pública comum influenciando nos processos decisórios e sua efetividade (O'DONNELL, 1991, p. 32).

Saravia (2006) aponta que em todas as políticas públicas as instituições constituem papel essencial. É destas que advêm as principais decisões. A sua estrutura e cultura organizacional são aspectos que determinam a política e suas ações procedimentais também acabam por interferir nos processos econômicos. Portanto, para compreender como as políticas públicas são formuladas e implementadas deve-se entender como funcionam as instituições. Destarte, este artigo busca responder como se dá o acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde do SUS na faixa de fronteira do Brasil e em que medida os padrões institucionais do sistema único influenciam esse processo. Com base em estudos realizados por Giovanella *et al* (2007) e Agustini e Nogueira (2009; 2015) com sessenta e nove Secretários Municipais de Saúde (SMS) de municípios fronteiriços brasileiros localizados no Arco Sul<sup>1</sup> do país (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), que são lindeiros com três países atuantes no Mercosul, buscase fazer uma breve reflexão acerca da real situação do contexto da saúde no âmbito fronteiriço.

## **FRONTEIRAS E FAIXA DE FRONTEIRA NO BRASIL**

A gênese da palavra fronteira deriva do latim “front” e surgiu entre os séculos XIII e XV na Europa Medieval. A zona ou região de fronteira era considerada uma área que tinha por finalidade a demarcação e separação do território (STEIMAN; MACHADO, 2002). Para Foucher (1991 *apud* FERRARI, 2014, p. 3), fronteira, em francês, seria o adjetivo feminino de “front”, “frontière”. O termo era comumente utilizado pelos militares, que construía bases de comando para fazer a defesa do território real contra os invasores. Na atualidade, a fronteira

<sup>1</sup> De acordo com Giovanella *et al* (2007, p. 253), “o Arco Sul se caracteriza por espaço com influência socioeconômica e cultural europeia e é o mais intensamente afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente da integração econômica promovida pelo MERCOSUL”.



começou a ter uma relevância ainda maior. Heinsfeld elenca três conceitos, definindo os tipos de fronteira. São eles: (i) fronteira natural, caracterizada pela separação de dois espaços por questões geográficas, como montanhas, rios, lagos, etc.; (ii) fronteira faixa, caracterizada pela flexibilidade, ou seja, passível de mudanças, onde permeiam interesses variados; e (iii) fronteira linha, que tem a finalidade de demarcação de um local despovoado, por meio de linhas imaginárias para que seja mantido pelo Estado o seu direito sobre determinado território (HEINSFELD, 2003 *apud* COLVERO, 2015).

Bento (2015) traz uma nova concepção de fronteira, denominada fronteira-filtro. Esta tem por finalidade controlar a entrada e saída, tanto de pessoas, quanto de mercadorias. Na visão do autor, dismantelar os controles existentes na fronteira colabora para o enfraquecimento da segurança e da sociedade. Então ele propõe “um controle mais ágil e de gestão compartilhada da segurança em regiões de fronteira por Estados vizinhos” (BENTO, 2012, p. 18). Portanto:

Denota-se aí que a fronteira, como uma construção, é passível de transgressão, ou, em termo mais brando, de transposição, em virtude das trocas desenvolvidas pelas sociedades, ou seja, a real fronteira depende daquilo que se depreende das interações que nela acontecem, bem como dos meios pelos quais dela se utiliza o Estado (COLVERO, 2015, p. 44).

Segundo Furtado (2013, p. 39), a faixa de fronteira é uma área demarcada pelo Estado para “direcionar um tratamento político diferenciado em relação ao restante do país”. Sendo assim, consta na Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira o seguinte:

[...] a Faixa de Fronteira interna do Brasil com os países vizinhos foi estabelecida em 150 km de largura (Lei 6.634, de 2/5/1979), paralela à linha divisória terrestre do território nacional. A largura da Faixa foi sendo modificada desde o Segundo Império (60 km) por sucessivas Constituições Federais (1934; 1937; 1946) até a atual, que ratificou sua largura em 150 km (BRASIL, 2005, p. 9).

Furtado (2013, p. 43) explica que as faixas de fronteira são abstratas e não pertinentes, em virtude da sua delimitação ter se dado através de um “agente estranho em meio ao local”, sendo este o Estado. A autora faz uma distinção entre *faixas de fronteira* e *zonas de fronteira*, onde a primeira traz consigo um tratamento diferenciado naquela região perante as demais existentes no país, servindo para ação de organismos governamentais, e a segunda seria um espaço constituído por redes de interação e fluxos transfronteiriços, que varia a partir do contato entre os países envolvidos. Sant’Anna (2013, p. 1216) conceitua zona de fronteira como sendo



“uma faixa territorial ao lado do limite que divide os Estados limítrofes e que esses podem ou não apresentar interações transfronteiriças”.

A partir disso, concluímos que “a zona de fronteira é o espaço geopolítico construído pelas interações locais e regionais [...] e a faixa de fronteira tem seu sentido a partir das interações nacionais” (FURTADO, 2013, p. 45). Por fim, a fronteira transcende os seus limites, se expande e adquire novo formato; e é nessa instância que a integração e o desenvolvimento surgem como motivação para a união e cooperação entre os entes subnacionais dos espaços fronteiriços. Outro conceito muito utilizado no estudo sobre as regiões fronteiriças é o de cidades-gêmeas, que são “adensamentos populacionais cortados pelo limite internacional, mas que conformam um aglomerado urbano. Em geral, nas cidades-gêmeas há grande interação transfronteiriça” (SANT’ANNA, 2013, p. 1216). Assim, são localidades que pertencem a uma rede regional, nacional e transnacional.

O fato é que a integração já ocorre nas localidades fronteiriças habitadas muito antes de os Estados efetivarem internacionalmente as suas relações com outros Estados. Para as populações das cidades de fronteira, a integração não se caracteriza como algo novo. O que se constitui como atual é a institucionalização da integração através do reconhecimento dos Estados de que as fronteiras são alguns dos principais canais integracionistas, pela proximidade geográfica com o país limítrofe, e pela viabilidade de expansão econômica conjunta (BENTO, 2015). Como consequência do processo de globalização, as fronteiras se perpetuam em constante expansão. O livre comércio surge como uma característica do mundo em transformação, como uma etapa para o crescimento econômico. Nesse sentido, “a abertura comercial é o elemento incentivador da economia mundial, permitindo globalizar o mundo, principalmente em suas relações comerciais” (PREUSS, 2014, p. 4). Deve-se também levar em conta que:

Os processos de integração descortinam a exigência de se repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos econômicos em espaços internacionais. Assim, o debate, hoje, sobre o tema dos direitos sociais e de saúde não se restringe aos limites dos Estados-nações, mas alarga-se para os blocos regionais, na esteira das exigências econômicas, conformando novos espaços de regulação (GIOVANELLA *et al.*, 2007, p. 252)

Compreende-se a integração regional como sendo um processo dinâmico, onde as relações são aprofundadas, intensificadas e mobiliza os atores para a criação de diferentes formas político-institucionais de governar em âmbito regional. Assim, esta é caracterizada pelo



abrandamento das fronteiras, com a finalidade de favorecer a ampliação do fluxo de pessoas e mercadorias entre os países integrados (SANT'ANNA, 2013). Nesse viés, a globalização busca envolver e incorporar aqueles que se encontram excluídos desse processo, atenuando assim as barreiras espaciais impostas pelos Estados, o que proporciona um maior acesso aos produtos e serviços dos países limítrofes e facilita a interação. É nesse contexto que inaugura o tópico seguinte, foco deste trabalho.

## A SAÚDE NAS FRONTEIRAS

O direito à saúde nos municípios fronteiriços é um tema que recentemente passou a ser debatido pelos teóricos e demais esferas governamentais no Brasil. Verifica-se a grande discussão sobre a necessidade de ampliação da garantia dos direitos fundamentais, tendo em vista um dos preceitos fundamentais das políticas públicas de cunho social: a universalidade no acesso aos serviços em variados níveis. Todavia, no que diz respeito ao SUS, existe um elemento influenciador nas diretrizes e bases do sistema, isto é, a sua implementação e execução é efetuada pelos gestores municipais e pode assegurar ou não o gozo do direito integral à saúde.

No contexto fronteiriço, identifica-se uma grande diversidade manifestada pelos governos locais em municípios fronteiriços, sendo possível perceber que as normativas legais e administrativas não são seguidas em sua totalidade pelos gestores de saúde. Essa diversidade tem influência não somente da cultura política regional e nacional, como também das estruturas políticas, institucionais e do desenvolvimento econômico, refletindo de imediato na visão acerca do direito à saúde e as ações relacionadas ao seu cumprimento. Nas fronteiras, tal diversidade repercute principalmente sobre os estrangeiros residentes e não residentes, fortalecendo ainda mais as desigualdades étnicas e econômicas (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2015). Giovanella *et al* (2007, p. 252) complementam da seguinte forma:

Outro aspecto crucial quando se debate a cidadania social e o direito à saúde é o critério de atribuição de nacionalidade. A cidadania, tradicionalmente é atributo dos nacionais de um país, consequência de laços consanguíneos entre os membros de uma mesma nação, sendo excluídos desta condição os estrangeiros e migrantes. A esta visão nacionalista de cidadania opõe-se a visão republicana, sendo a cidadania atribuída pela aceitação do contrato entre as partes, inaugurada pela revolução francesa. Transpondo a questão para o plano jurídico tem-se os critérios de *jus sanguinis* e de *jus soli*. No Brasil, juridicamente o estatuto de cidadania é atribuído a partir do *jus soli*, sendo considerados brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, ainda que de pais estrangeiros. No caso de *jus sanguinis*, a atribuição da cidadania decorre somente por laços consanguíneos, vinculada ao conceito de nação,



e, no caso de *jus soli*, vincula-se à ideia do território, favorecendo a inclusão de migrantes e estrangeiros residentes.

Dito isso, compreende-se que a institucionalização da concessão da titularidade de direitos aos estrangeiros não configura uma tarefa simples, dado que envolve uma série de questões burocráticas e acordos entre os países envolvidos até que se garanta a sua plena efetivação. Entretanto, os diversos processos de integração que ocorrem nas fronteiras fazem com que haja uma tendência de dissolução da cidadania nacional com a redução da relação entre cidadania e Estado-nação e inicie a construção de uma cidadania supranacional (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005).

Com base nos estudos de Agustini e Nogueira (2009; 2015), pode-se aferir que existem entendimentos diversos sobre o direito à saúde nas fronteiras, gerando tipos diversificados de atenção frente às demandas dos estrangeiros que habitam em dado espaço. Constatou-se que os pactos e acordos bilaterais realizados entre o governo brasileiro com os países da Argentina e do Uruguai – que garantem o direito à saúde – não estão tendo uma maior efetividade prática. Como não há um padrão de atendimento para casos como este, a decisão sobre os serviços de saúde prestados aos estrangeiros fica sob a égide dos gestores municipais e profissionais da saúde tendo em vista o princípio da descentralização político-administrativa, o que não otimiza o delineamento de ações conjuntas entre os sistemas de saúde dos municípios fronteiriços.

Como exposto anteriormente, o SUS é organizado também de forma hierarquizada e regionalizada no que se refere aos serviços de saúde. No decorrer do estudo de Agustini e Nogueira (2015), foi possível observar que com relação à hierarquização, determinadas normativas nacionais não são seguidas:

Os estados e municípios iniciaram o processo de reorganização do sistema de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, com a divisão em Microrregionais e Regionais de Saúde. A maioria dos municípios dos três estados informou dificuldades na articulação entre esses níveis de hierarquização, repercutindo negativamente no processo de regionalização, o que, no caso das microrregionais e regionais resultam no não atendimento das demandas oriundas dos municípios e na incapacidade de atender as especificidades para as quais foram criadas. Ou seja, há uma série de demandas não supridas em relação às necessidades dos municípios de fronteira devido a esse tipo de organização hierárquica, agravadas pela demanda de estrangeiros e reduzida cooperação entre os sistemas assistenciais de saúde do outro lado da fronteira (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2015, p. 7-8).

Entrando na análise dos dados realizada por Agustini e Nogueira (2009; 2015) e Giovanella *et al* (2007), ambos tratando da mesma temática, chega-se aos seguintes resultados.



Em entrevistas com os sessenta e nove secretários municipais de saúde, verifica-se que a busca de brasileiros residentes em cidades estrangeiras fronteiriças pelos atendimentos do SUS é consideravelmente elevada comparada a demanda de estrangeiros. Quanto ao direito dos estrangeiros aos serviços do SUS, 70% dos secretários confirmam que todos têm direito aos atendimentos. Todos os secretários explicam que realizam atendimentos aos estrangeiros que por ventura venham a buscar os serviços do SUS; mas em 28% dos municípios, estes recebem atendimento somente em situações de emergência, sendo recomendado o retorno ao país de origem (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Por outro lado, em alguns municípios (69%) é exigida a apresentação de documento de identidade, e em 49% dos municípios também é necessário um comprovante de residência, o que complica o acesso de estrangeiros e brasileiros que não residem no Brasil aos serviços. Isso faz com que estes recorram a métodos não convencionais para receber a atenção, como por exemplo, a apresentação de comprovante de residência de amigos e parentes brasileiros (GIOVANELLA *et al.*, 2007). Outro aspecto destacado nas pesquisas de Agustini e Nogueira (2009; 2015), é que os secretários de saúde afirmaram que não há instrumentos de registro dos atendimentos realizados em estrangeiros, obstaculizando a contabilização no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, visto que o formulário padrão não dispõe de um campo específico para a inserção desses atendimentos. Assim, os gestores agem da seguinte forma:

[...] observa-se a presença isolada de dispositivos curiosos, como a criação de um cartão municipal para organizar e identificar a demanda nos atendimentos. Ou, contrariamente, incluir todos os usuários como brasileiros no momento do atendimento, fornecendo o cartão SUS para os estrangeiros e desconsiderando a moradia como critério de acesso. No tocante às formas de registro e estimativa do número de atendimentos aos não nacionais em seus municípios, 60% dos SMS's disseram que, na maioria das vezes, os serviços de saúde do SUS ofertados aos estrangeiros são registrados como prestados a brasileiros. (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2015, p. 9).

Sobre a procura de estrangeiros residentes no Brasil, pode-se constatar que em mais da metade dos municípios (53%) é frequente. Também há uma demanda contínua por medicamentos, emergência, consultas médicas, imunizações e partos. No decorrer desta pesquisa, é possível observar que nas fronteiras existem diferentes demandas, onde os municípios que são lindeiros com o Paraguai é onde se verifica a maior procura por atendimentos. Na sequência, são os municípios que fazem divisa com o Uruguai; e por último os lindeiros com a Argentina (GIOVANELLA *et al.*, 2007).



A proximidade dos municípios fronteiriços beneficia a procura por serviços no Brasil por estrangeiros, tendo umas das causas a gratuidade e qualidade nos atendimentos. O fato é que, apesar do cunho universalista – fornecendo acesso aos serviços básicos de saúde sem discriminação e exclusão que o SUS apresenta –, quando se trata dos estrangeiros que se encontram na zona de fronteira com municípios brasileiros não há um repasse destinado a cobrir os atendimentos realizados aos mesmos. Essa questão agrava a situação financeira do sistema local de saúde, dado que é “o contingente populacional de cada município um dos critérios de repasse financeiro do SUS” (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2009, p. 69). Os estrangeiros, assim como os brasileiros não residentes no Brasil não entram na contabilização para a soma de repasses do Ministério da Saúde. Dessa forma, os municípios acabam responsabilizando-se totalmente com as despesas oriundas desses atendimentos.

Essa questão revela a insuficiência de mecanismos por parte do MS, como responsável pela articulação internacional, em criar dispositivos que facilitem o acesso a informações e o encaminhamento de pacientes entre os dois países. Tal fator tem se revelado um entrave aos municípios, uma vez que não existem, de forma sistemática, orientações e iniciativas coletivas, fazendo com que cada um desenvolva ações de maneira isolada e distinta para atender as novas exigências (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2009, p. 68).

Identifica-se também a grande dificuldade no controle e vigilância epidemiológicos, visto que há situações de puérperas estrangeiras que usufruíram de parto hospitalar no lado brasileiro e regressaram ao país de origem antes de seguir a carteira de vacinação do município (GIOVANELLA *et al.*, 2007). Por este motivo, busca-se cada vez mais as iniciativas de cooperação em saúde entre os gestores fronteiriços. As formas de cooperação mais habituais encontradas pelos estudos são os fóruns sobre saúde na fronteira, as ações integradas de vigilância ambiental e a troca de informações epidemiológicas. Outro exemplo é o Comitê de Saúde formado pelos municípios de Santana do Livramento (Rio Grande do Sul) e Rivera (Uruguai). O comitê trata de temas como a atenção à saúde, controle social e incentivo a atividades conjuntas em políticas públicas que beneficiem as duas localidades (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005).

Quanto às ações de cooperação técnica entre os países, são mencionadas reduzidas iniciativas. Um Secretário de uma cidade gêmea do Paraná citou, entre as mais importantes: a educação permanente e a realização de congressos de saúde. Em Santa Catarina, um SMS informou sobre a implantação do Laboratório de Fronteira, que atenderá o município e a cidade estrangeira vizinha. Diante da inexistência de acordos ligados à área da saúde, alguns SMS's enfatizaram a necessidade de firmar acordos



mais efetivos entre as localidades de fronteira para tratar de forma conjunta de iniciativas de ações sanitárias (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2015, p. 10-11).

Ademais, as outras formas de contato entre os gestores ocorrem de maneira informal. Os secretários municipais de saúde percebem a necessidade da formalização de acordos entre os países também para que se regularize a situação do ressarcimento e incentivos orçamentários em virtude da crescente demanda de atendimentos aos não nacionais pelo SUS (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2015). Frente às adversidades, vê-se cada vez mais a necessidade de incentivos à cooperação, sendo essencial para que ambos os países, e principalmente os cidadãos fronteiriços sejam beneficiados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste artigo foi discutido a importante conquista do direito à saúde assegurado pelo Estado na Constituição Federal de 1988, bem como sobre o arranjo federativo brasileiro. Consequentemente, este último exerce grande influência no funcionamento das políticas públicas e na forma como isso se materializa na gestão das diferentes esferas governamentais. Como visto, o Sistema Único de Saúde (SUS) se institucionalizou com os preceitos da universalização, integralidade, descentralização, equidade e participação da comunidade. Optou-se por dar maior ênfase na descentralização e a universalidade em virtude do recorte escolhido para a pesquisa, que são os municípios da faixa de fronteira do Arco Sul do Mercosul e que são lindeiros com a Argentina, Uruguai e Paraguai.

De acordo com os padrões institucionais do SUS, o direito à saúde é garantido a todos e se estende por todo o território nacional. Buscou-se, através dos estudos de Agustini e Nogueira (2009; 2015) e Giovanella *et al* (2007), compreender como se dá o acesso aos serviços de saúde dos estrangeiros residentes em municípios fronteiriços brasileiros. Pode-se constatar que há uma demanda crescente de atendimentos realizados pelo SUS aos não nacionais. Entretanto, apesar de ser uma realidade, existem muitas barreiras que restringem o acesso a esse direito, ficando a encargo do poder local de cada município a decisão sobre como proceder frente a essa situação. Vale lembrar que não há um aparato institucional e financeiro para abranger os estrangeiros no sistema de cadastros do SUS, fazendo com que estes recorram a subterfúgios para receber atendimentos, cabendo aos municípios arcar com os gastos em saúde.



A proximidade dos municípios da zona de fronteira faz com que cada vez mais surjam iniciativas de ações integradas para resolver os problemas comuns e alcançar um maior controle de doenças e agravos, como também a garantia de acesso à saúde, visto que os diferentes sistemas de políticas de saúde dos Estados-membros do Mercosul aumentam as dificuldades existentes nesses espaços principalmente no que se refere ao acesso aos serviços e ao controle epidemiológico, o que reflete primordialmente no processo de integração regional da saúde. Por fim, reconhece-se a importância de uma legislação direcionada a esses casos em especial, como a necessidade de uma reorganização do sistema de saúde brasileiro para a inclusão dos estrangeiros e a garantia dos seus direitos enquanto fronteiriços, tendo em vista que as fronteiras se diluem e cada vez mais se tornam um espaço único de convivência.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUSTINI, Josiane; NOGUEIRA, Vera Maria R. A descentralização da Política Nacional de Saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira do Mercosul. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, v. 2, n. 1, p. 54-76, jan/jun, 2009.

\_\_\_\_\_. **Políticas Nacionales de salud – retos de la descentralización**. 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/267994698\\_POLITICAS\\_NACIONALES\\_DE\\_SALUD\\_-\\_RETOS\\_DE\\_LA\\_DESCENTRALIZACION](https://www.researchgate.net/publication/267994698_POLITICAS_NACIONALES_DE_SALUD_-_RETOS_DE_LA_DESCENTRALIZACION). Acesso em: 28 jun. 2020.

ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, 24, p. 69-85, jun. 2005.

BENTO, Fábio R. Fronteiras, significado e valor – A partir do estudo da experiência das cidades-gêmeas de Rivera e Santana do Livramento. In: **Fronteiras em movimento**. BENTO, Fábio R. (org.). Jundiaí: Paco Editorial, 2012.

\_\_\_\_\_, Fábio R. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional sul-americana. Porto Alegre: **Revista Conjuntura Austral**, v. 6, n. 27-28, dez. 2014/mar. 2015.

BRASIL, Presidência da República, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em: 29 jun. 2020.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em 06 jul. 2020.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 29 jun. 2020.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. **Revista Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31>. Acesso em: 28 jun. 2020.

CEOLIN; COLVERO; SANTOS. Processos de Integração na Fronteira: Mecanismos Adotados por São Borja (Brasil) e Santo Tomé (Argentina). **Revista Intellecto – CENEGRI**, ano XII, v. XIII, n. 25, jul/dez, 2016.

COLVERO, Ronaldo B. A organização Luso-Espanhola na região do Rio da Prata. In: **Bajo su real protección: as relações internacionais e a geopolítica portuguesa na região do Rio da Prata (1808-1812)**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2015.

DRACHLER, Maria de Lourdes, *et al.* Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2): 461-470, 2003.

FERRARI, Maristela. As noções de fronteira em Geografia. Cascavel-PR: **Revista Perspectiva Geográfica da UNIOESTE**, v.9, n.10, 2014.

FURTADO, Renata. **Descobrimo a faixa de fronteira: a trajetória das elites organizacionais do Executivo Federal, as estratégias, as negociações e o embate na Constituinte**. Curitiba: Editora CRV, 2013.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L. **Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Relatório Final, v. 1, 2005.



\_\_\_\_\_, L. *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup, 2: 251 – 266, 2007.

LUCHESE, Patrícia T.R.; AGUIAR, Dayse S. de. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MENICUCCI, Telma Maria G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública**, 25(7): 1620-1625, jul. 2009.

O'DONNELL, G. Democracia Delegativa? **Revista Novos Estudos**, São Paulo, CEBRAP, n. 31, p. 25-40, 1991. Disponível em: <http://uenf.br/cch/lesce/files/2013/08/Texto-2.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

PREUSS, Lislei T. Territórios fronteiriços e os processos de integração regional no Mercosul. **VII Seminário Estadual de Estudos Territoriais**, II Jornada de Pesquisadores sobre a questão agrária no Paraná, 2014. Disponível em: <http://www3.uepg.br/seet/wp-content/uploads/sites/5/2014/08/TERRIT%C3%93RIOS-FRONTIERI%C3%87OS-E-OS-PROCESSOS-DE-INTEGRA%C3%87%C3%83O-REGIONAL-NO-MERCOSUL.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2020.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SANT'ANNA, Fernanda Mello. O papel da integração fronteiriça para a integração regional na América Latina. Manaus/AM: **Revista Geonorte**, 3 ed, v.7, n.1, p.1214-1230, 2013.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, v. 1, p. 21-42, 2006.

SARLET, Ingo W.; FIGUEIREDO, Mariana E. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, n. 67, 2008, p. 125-172.



\_\_\_\_\_, Ingo W. Teoria geral dos direitos fundamentais. In: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 301-324.

STEIMAN, Rebeca; MACHADO, Lia O. **Limites e fronteiras internacionais**: uma discussão histórico-geográfica. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.