

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FRONTEIRAS E DIREITOS
HUMANOS**

TAMYRIS CRISTINY SOUZA ROCHA

**A SAÚDE E AS FRONTEIRAS NO ÂMBITO DA INTEGRAÇÃO
REGIONAL – UMA ANÁLISE DO SIS FRONTEIRAS NAS CIDADES
DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO**

DOURADOS - MS

2019

TAMYRIS CRISTINY SOUZA ROCHA

**A SAÚDE E AS FRONTEIRAS NO ÂMBITO DA INTEGRAÇÃO
REGIONAL – UMA ANÁLISE DO SIS FRONTEIRAS – NAS CIDADES
DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fronteiras e Direitos Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Fronteiras, Desenvolvimento e Integração Regional

Orientador: Prof. Dr. Tomaz Espósito Neto

**DOURADOS - MS
2019**

A presente dissertação não poderia chegar a um bom fim sem o precioso apoio de diversas pessoas especiais.

Em primeiro lugar, não poderia deixar de agradecer meu orientar Prof. Dr. Tomaz Espósito Neto pela confiança desde o ingresso no Mestrado, o incentivo e a paciência, bem como o grande aporte técnico que foi fundamental no desenvolvimento da pesquisa.

Desejo igualmente agradecer todos meus colegas do Mestrado com quem a convivência foi muito grata e especial ao meu crescimento como pessoa e pesquisadora.

Igualmente gostaria de agradecer imensamente minha família, especialmente, meus pais que mesmo sem entenderem a dificuldade dessa caminhada me apoiaram incondicionalmente.

Aos meus colegas de trabalho que sempre entenderam minha ausência e me deram suporte para que pudesse desenvolver com qualidade minha pesquisa, minha eterna gratidão.

Por fim, aos meus amigos que sempre me apoiaram e torceram pelo meu crescimento, meu muito obrigado.

RESUMO

A integração e o desenvolvimento regional das regiões de fronteira é um tema que tem se destacado ao longo dos últimos anos, especialmente no âmbito econômico, com a criação do Mercosul. Todavia, motivados pela inclusão das questões sociais na agenda do Mercosul, as fronteiras passaram a ter papel importante na observação sobre as demandas sociais e também para o estudo e formulação de políticas públicas que permitam a efetiva cooperação para o desenvolvimento social entre os países do bloco. Nesse sentido, o direito à saúde é um direito fundamental que consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos e também configura um mecanismo de integração regional de grande importância para desenvolvimento de áreas deprimidas economicamente, como as zonas de fronteira. Assim, tem o presente trabalho o objetivo de analisar como o acesso à saúde, representado pelos serviços públicos de saúde, são garantidos, compartilhados e financiados na zona de fronteira que abrange as cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, e analisar os efeitos da implantação do SIS Fronteiras no modo de compartilhamento, financiamento e disponibilização desses serviços a população fronteiriça. Para tanto, aborda as diferenças nas disposições legais e constitucionais do Brasil e do Paraguai quanto ao direito à saúde, como são formados os sistemas de saúde de ambos os países e ainda a realidade política atual e sua interferência direta na criação e desenvolvimento das políticas de cooperação em saúde entre os países estudados, bem como apresenta os resultados e impacto das medidas já implementadas, em especial do SIS Fronteiras nas cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. O estudo apresenta algumas assimetrias existentes no acesso ao direito à saúde que acabam por justificar a demanda de atendimento de paraguaios no sistema de saúde brasileiro e a dificuldade da implantação de políticas que contemplem garantam a efetiva harmonização do acesso à saúde nas zonas de fronteira.

Palavras-chave: Integração regional; Direito à saúde; SIS Fronteiras.

ABSTRACT

The integration and the development regional the regions of interest are the custom made the heavy year, in the economical, with a creation of Mercosul. However, motivated by the inclusion of social issues in the Mercosur agenda, as the borders have played an important role in the sessions on social requirements and also for the study and programming of candidates that allow an effort for social development between countries of the bloc. In this sense, the right to health is a fundamental right contained in the Universal Declaration of Human Rights and also constitutes a regional integration mechanism of great importance for the development of economically depressed areas, such as border areas. The objective of this study is to analyze how access to health, represented by public health services, is guaranteed, shared and financed in the border area that covers the cities of Ponta Porã and Pedro Juan Caballero, and to analyze the effects of implementation of SIS Fronteiras in the way of sharing, financing and making these services available to the border population. To do so, it addresses the differences in the legal and constitutional provisions of Brazil and Paraguay regarding the right to health, how the health systems of both countries are formed, and the current political reality and its direct interference in the creation and development of health policies. Health cooperation among the countries studied, as well as presents the results and impact of the measures already implemented, in particular the SIS Fronteiras in the twin cities of Ponta Porã and Pedro Juan Caballero. The study presents some existing asymmetries in the access to the right to health that end up justifying the demand for care of Paraguayans in the Brazilian health system and the difficulty of implementing policies that contemplate ensuring the effective harmonization of access to health in border areas.

Keywords: Regional integration; Right to health; SIS Fronteiras.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Países do Mercosul: Gasto em saúde em relação ao PIB (2011).....	53
Figura 2 – Mapa da Adesão ao SIS Fronteiras.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios normativos dos sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai	49
Quadro 2 – Fases e período de implantação do SIS Fronteiras.....	67
Quadro 3 – Metas e incentivo do SIS Fronteiras – Fases II e III	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
Art	Artigo
Cartão SUS	Cartão Nacional de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho do Mercado Comum
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Mercosul	Mercado Comum dos Países do Sul
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MSPyBS	<i>Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social - Paraguay</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PDFF	Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PNDR	Política Nacional de Desenvolvimento Regional
Portaria GM/MS	Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
RMSM-BCh	Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile
SAMS	Sistema de Atenção Médica Supletiva
SGT	Subgrupo de Trabalho
SIS Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SIS-MERCOSUL	Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras do MERCOSUL
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 O DESENVOLVIMENTO SOCIAL E A FRONTEIRA COMO VETORES DA INTEGRAÇÃO REGIONAL.....	16
1.1 O desenvolvimento social na pauta da integração regional	16
1.2 A fronteira como vetor de integração regional.....	25
1.3 A zona de fronteira localizada nas cidades de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY) – as cidades gêmeas no processo integrativo	27
2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E MECANISMO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL.....	36
2.1 A relação entre a saúde e a fronteira na pauta da integração regional do Mercosul	36
2.2 O direito ao acesso à saúde no Brasil e no Paraguai.....	44
2.3 Aspectos legais e políticos dos Sistemas de Saúde do Brasil e do Paraguai	47
3 O SIS FRONTEIRAS – COMO MECANISMO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL	58
3.1 A formulação do SIS Fronteiras – de projeto de política para o Mercosul para política unilateral.....	58
3.2 A implantação do SIS Fronteiras na zona de fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.....	67
3.2.1 Análise da Fase I	68
3.2.2 Análise da fase II e III.....	74
3.3 Análise do Impacto do SIS Fronteiras na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero – Síntese das entrevistas realizadas.....	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A.....	99
APÊNDICE B.....	102

INTRODUÇÃO

A integração e o desenvolvimento regional das regiões de fronteira é um tema que tem se destacado ao longo dos últimos anos, especialmente no âmbito econômico, com a criação do Mercosul.

Todavia, motivados pela inclusão das questões sociais na agenda do Mercosul, as fronteiras passaram a ter papel importante na observação sobre as demandas sociais e também para o estudo e formulação de políticas públicas que permitam a efetiva cooperação para o desenvolvimento social entre os países do bloco.

Nesse ponto, a fronteira é um campo importante, pois, é onde as interações acontecem de maneira mais latente, em especial em regiões como a fronteira entre o Paraguai e o Brasil. Em localidades, como Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, onde a divisão do território se dá por apenas uma rua, e as cidades se formaram geminadas, as interações socioespaciais ocorrem de maneira extremamente recorrentes, e processos de competição e complementariedade são comuns e corriqueiros.

Destaca-se nesse ponto, que a busca pelos serviços públicos de saúde, por usuários não residentes no Brasil é fato que se mostra como uma face dessa dinâmica de interação. No Brasil, o acesso à saúde é direito básico garantido constitucionalmente a todos que sejam brasileiros ou estrangeiros residentes no país, possuindo ainda status de direitos humanos fundamentais, que deve ser garantido de maneira universal pelo Estado (SILVA, 2010).

Desse modo, a Constituição conferiu ao Estado responsabilidades como garantidor do direito à saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de efetivação da ordem constitucional (artigos 194, 196 e 198). Todavia, como o texto constitucional confere o direito ao acesso à saúde apenas aos residentes no país, quando da instituição da forma de divisão orçamentária para o custeio da saúde por meio do SUS não incluiu os usuários não residentes.

Segundo IBGE (2018) a faixa de Fronteira de 150 km, a partir da Linha de Fronteira a oeste, tem uma área de 1.415.611,464 km² e equivalia a 16,6% da área do Brasil em 2018, a grande zona fronteiriça permite a intensificação dos fluxos transnacionais. Assim, além da persistência de antigas questões relacionadas à faixa de fronteira, como a discrepância na proteção social entre os países, o

aumento nos fluxos transnacionais nos extensos limites internacionais do Brasil com os demais países da América do Sul, especialmente os integrantes do Mercosul, vêm sendo objeto de preocupações, pois apresentam reflexos diretos sobre o setor social de todo o país e, sobremaneira, das regiões fronteiriças.

Em especial, às ações de garantia ao acesso à saúde têm sido limitadas nestas áreas, em razão da inexistência de harmonização das legislações internacionais que garantam o acesso à saúde nos países vizinhos.

Os municípios de fronteira do Brasil têm enfrentado dificuldades para prover aos seus cidadãos a atenção integral à saúde preconizada pela Constituição Federal, pois faltam mecanismos legais e jurídicos que permitam a contabilização dos usuários estrangeiros ou brasileiros não residentes na demanda garantida pelo SUS (SWARTZ; FUGA, 2015).

Nas cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, esta realidade se mostra ainda mais complexa, pois há um desequilíbrio entre as ações de cooperação entre os países fronteiriços e a demanda por atendimento nos serviços públicos de saúde brasileiros. Nesta senda, o estudo aprofundado dos mecanismos reguladores dos sistemas de saúde, bem como das regiões fronteiriças é questão indispensável à efetivação da integração e homogeneização perpetradas pelo Mercosul e ainda à garantia do acesso à saúde de maneira integralizada e universal.

Criado pelo Governo Brasileiro, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras¹ é um projeto de responsabilidade da Secretária Executiva do Ministério da Saúde (MS) e foi instituído em 2005 por meio de três Portarias do Ministério da Saúde, datadas de 6 de julho de 2005. A Portaria GM/MS n. 1.120, responsável pela instituição do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, a GM/MS n. 1.121 que dispôs sobre o Comitê Permanente para Implementação e Acompanhamento das Ações para Integração do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e a GM/MS n. 1.122, responsável por estabelecer as etapas e os mecanismos e formas de repasse dos recursos financeiros, bem como por regulamentar a forma de adesão dos estados e dos municípios. O projeto foi resultado do amadurecimento de uma iniciativa do Brasil para a criação de um

¹ A nomenclatura do Projeto está grafada como SIS Fronteiras, nas Portarias que o criaram, todavia alguns documentos oficiais, apresentam grafias diversas, como SIS – Fronteira, SIS – Fronteiras, entre outras. Todavia, considerando que as Portarias que regulamentam trazem em sua maioria a grafia SIS Fronteiras, esta foi adotada no presente trabalho.

mecanismo que possibilitasse medidas que integrassem as políticas e ações de saúde nas fronteiras dos países membros do Mercosul e foi finalizado em 2014.

Assim, tem o presente trabalho o objetivo geral de analisar como o acesso à saúde, representado pelos serviços públicos de saúde, são garantidos, compartilhados e financiados na zona de fronteira que abrange as cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, e analisar os efeitos da implantação do SIS Fronteiras no modo de compartilhamento, financiamento e disponibilização desses serviços para a população fronteiriça.

Os objetivos específicos do trabalho são: a) comparar o ordenamento jurídico do Brasil e do Paraguai quanto à garantia e efetivação do direito ao acesso à saúde, em especial quanto à disponibilização e financiamento dos serviços públicos de saúde; b) identificar as assimetrias que impedem a efetiva harmonização do sistema de saúde de ambos países; c) avaliar os resultados e impacto das medidas já implementadas, em especial do SIS Fronteiras nas cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero;

Ainda que tais questões já tenham sido objeto de discussões no âmbito do Mercosul, sendo tratadas em dois fóruns específicos, Reunião de Ministros de saúde e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11), estarem na agenda de integração do Governo Brasileiro e haver algumas medidas paliativas realizadas em conjunto pelas autoridades locais, tais iniciativas não foram suficientes para garantir o acesso pleno, eficaz e igualitário à saúde nas zonas de fronteira.

Muitas dificuldades ainda são enfrentadas em função do déficit e falta de planejamento orçamentário, que não incluem a população fronteiriça flutuante, mas também pela falta de critérios e de estrutura para atendimento dos estrangeiros que buscam os serviços de saúde no Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

O presente trabalho tem como hipótese aferir se a diferença na cobertura de atendimento e financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e Paraguai, reforçam a assimetria na qualidade de atendimento entre os países e acaba por aumentar o fluxo de busca por atendimento no lado brasileiro das fronteiras.

O estudo da realidade das zonas de fronteiras e das cidades gêmeas, bem como o resultado das ações conjuntas e unilaterais já implementadas, justifica-se pela necessidade de o Governo Brasileiro conhecer a realidade e os desafios à criação de políticas de integração que garantam o acesso à saúde de maneira plena, eficaz e universal nessas localidades.

O Ministério da Integração Nacional (BRASIL, 2005) reconheceu que as fronteiras têm papel respeitável na dinâmica da integração regional, em especial as cidades gêmeas como Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, que são vistas como espécie de “laboratórios” em menor escala da integração internacional, visto que nestas cidades a integração é um fenômeno cotidiano que ocorre por meio dos fluxos de pessoas, serviços, mercadorias e etc.

Mesmo com a movimentação dos atores políticos quanto à necessidade de se discutir a realidade da fronteira, os estudos (DALPRÁ, 2006, PREUSS, 2007, GADELHA; COSTA, 2007) apontam que as questões levantadas ainda estão longe da realidade da fronteira, e estão paralisadas em questões legais que acabam por dificultar ou mesmo impossibilitar a cooperação entre os entes locais.

Assim, o estudo aprofundado dos mecanismos reguladores desses sistemas de saúde, bem como das regiões fronteiriças é questão indispensável à efetivação da integralização e homogeneização perpetradas pelo Mercosul e ainda à garantia do acesso à saúde de maneira integralizada e universal.

Segundo Gadelha e Costa (2007) o conhecimento das necessidades específicas e do resultado de ações conjuntas e unilaterais já realizadas é indispensável para identificar os empecilhos à criação de políticas de integração, permitindo que as ações dos entes de maior abrangência, como o Mercosul, garantam a harmonização da legislação de maneira a possibilitar a efetiva cooperação, culminando em políticas locais que garantam o acesso à saúde de maneira plena, eficaz e universal nessas localidades.

Nesse ponto, a análise do impacto da implantação do SIS Fronteiras na região de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero permite visualizar na prática as dificuldades enfrentadas pelos gestores para a garantia do acesso aos serviços públicos pelos moradores na região.

Ademais, para a análise, especialmente da validade do SIS Fronteiras como um mecanismo de integração regional, foram trazidos conceitos próprios das relações internacionais, que nos permitem identificar a saúde como um vetor de integração.

Nesse sentido, apoiamos a pesquisa no conceito de integração regional trazido por Ernest Hass (1970), especialmente, o conceito de *spillover*, que explica o de que ainda que motivados inicialmente por questões econômicas, ao aprimorar-se a integração regional causa o efeito de esparramar-se, trazendo a necessidade de

aprofundamento do processo em outros setores, como da saúde, educação, cultura, entre outros.

Não só, toda a perspectiva da integração e seus efeitos, bem como suas motivações foram analisadas sob o enfoque da teoria neofuncionalista, que tem como um dos seus principais expoentes Ernest Hass.

Como alguns, conceitos trazidos pela teoria neofuncionalista não são suficientes para explicar a integração regional do Mercosul, e conseqüentemente da região estudada, outra teoria foi utilizada para balizar a pesquisa, especialmente para explicar a influência dos mecanismos de negociação da agenda da integração da zona de fronteira.

Para tanto, utilizou-se a teoria intergovernamental de Andrew Moravcsik (1993), que inspirou a criação do Mercosul, e até hoje baseia as formas de relação entre os membros do bloco, além de justificar a existência de uma agenda de integração baseada na negociação dos interesses dos países membros, e não na identificação de uma estrutura supranacional² detentora do poder decisório e dos rumos das ações de integração.

O trabalho foi desenvolvido na faixa de fronteira do estado do Mato Grosso do Sul com o Paraguai, mais especificamente nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.

Quanto à metodologia o trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, pautada em análise bibliográfica e documental, a partir de análise de leis, normas, tratados, ordenamentos e demais legislações, com análise comparada dos ordenamentos jurídicos, brasileiro e paraguaio quanto à garantia do acesso à saúde, especialmente quantos aos serviços públicos de saúde.

E ainda a análise qualitativa de dados oficiais do Governo Brasileiro e paraguaio produzidos por órgãos atuantes no gerenciamento da saúde e da integração regional, como Ministério da Saúde e Ministério da Integração Nacional, e ainda produzidos pelos órgãos locais, como secretaria municipal de saúde, Conselho Municipal de Saúde no período de 2005 a 2015.

² Entidades supranacionais representam parte do Estado, pois os estes conveniaram a formação de uma ordem supranacional com instituições autônomas postas a serviço dos objetivos comuns, tendo, dessa forma, uma hierarquia superior aos poderes domésticos em razão da existência de valores ou interesses comuns (FARIA, 2004).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, embasada em análise de livros, artigos científicos e demais materiais produzidos também pelos governos dos países envolvidos, e pelo próprio Mercosul.

Para estratégia de investigação foi adotado o estudo de caso sobre a implantação do SIS Fronteiras, pois conforme Yin (2005, p. 33) o estudo de caso “compreende um método que abrange tudo – tratando-se de lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas de análises dos mesmos” e assim pode ser visto como mais adequado para a investigação do fenômeno dentro de seu contexto social, onde não haja a fácil percepção do limiar entre o fenômeno e o contexto.

Para esclarecer fatores que atuaram na implantação do SIS Fronteiras na cidade de Ponta Porã, verificar as práticas de cooperação adotadas na região e ainda o perfil do usuários dos sistemas de saúde pública foram utilizados vários instrumentos de pesquisa, tal como entrevistas semiestruturadas, observação, especialmente com gestores locais.

Ouvir as demandas das regiões de fronteira é extremamente necessário para a efetivação do desenvolvimento buscado pela criação de um mercado comum, e ainda para a criação de políticas mais efetivas, a garantia da cidadania, assim asseverou Scherma:

Deste modo, além das iniciativas nacionais, também as entidades subnacionais fronteiriças procuram criar e implementar sua própria agenda de relacionamento, articulação política e integração. Através dessas ações, esses atores vêm assumindo a responsabilidade de promover o desenvolvimento (envolvendo o mercado, o interesse estatal e a sociedade civil), amenizar as assimetrias de infraestrutura e promover o combate à pobreza, sem mencionar o efetivo poder de articulação definindo sua agenda de política pública local, essencial para qualquer proposta de integração regional, como o Mercosul (2016, p. 4).

Igualmente, tal conhecimento permite buscar demonstrar de maneira mais prática e efetiva a necessidade de aumentar a participação do Mercosul, com a criação e execução de ações de grande porte, capazes de garantir o acesso à saúde com a participação igualitária dos países envolvidos.

Ademais, tais ações servirão ainda para garantir a harmonização da legislação, possibilitando a retirada dos empecilhos legais e estruturais que impedem e dificultam a criação de redes descentralizadas que prestam a garantir

efetiva cooperação e integração transfronteiriças, aproveitando o potencial de complementariedade já existente.

O presente trabalho está dividido em três capítulos, além da introdução e considerações finais. No Primeiro Capítulo, será apresentada uma discussão sobre aspectos da integração regional e o desenvolvimento social, com a justificativa da inclusão do desenvolvimento social na agenda da integração regional, nesse ponto será abordada a inclusão do direito à saúde na pauta da integração do Mercosul, do qual os países estudados fazem parte, e ainda como as características de físicas, culturais e sociais da fronteira Ponta Porã e Pedro Juan Caballero permitem a abertura para a integração regional.

O Segundo Capítulo trará uma análise comparada da legislação que regulamenta o direito ao acesso à saúde no Brasil e no Paraguai, com ênfase na normatização dos sistemas públicos de saúde de ambos países. A pesquisa traz ainda números acerca da cobertura e financiamento dos sistemas de saúde no período de 2000 a 2015, que correspondem ao período anterior e contemporâneo a implantação do SIS Fronteiras, de maneira a demonstrar as diferenças substanciais dos países quando da criação e implantação do Projeto.

Já o Terceiro Capítulo, tratará especificamente sobre o SIS Fronteiras, desde sua concepção como política de integração regional para o Mercosul, sua implantação e transformação em política nacional para mapeamento, financiamento e desenvolvimento da saúde na zona de fronteira, com a inclusão dos usuários estrangeiros.

1 O DESENVOLVIMENTO SOCIAL E A FRONTEIRA COMO VETORES DA INTEGRAÇÃO REGIONAL

O Capítulo se dedica a discutir sobre a inclusão do desenvolvimento social na pauta da integração regional, bem como sobre a importância da fronteira como centro do processo integrativo.

A primeira parte traz discussões acerca do contexto político e temporal, especialmente do Mercosul, e as motivações da agenda do processo de integração do bloco que acabaram por agregar as questões sociais. Ao direcionar a análise para o papel dos atores nacionais, subnacionais, e supranacionais no processo, aponta para a condição do Brasil de liderança e condução dentro do Mercosul, que nas discussões apresentadas nos capítulos seguintes, vai culminar com a criação de políticas de cooperação e integração.

Já o segundo item traz uma análise acerca do papel da fronteira na integração regional, com a apresentação do contexto local da região estudada, ou seja, da zona de fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.

1.1 O desenvolvimento social na pauta da integração regional

Segundo Prado (2013), o processo de globalização e a nova realidade desenhada por volta do século XX, em especial, o fim da Guerra Fria, criou um novo impulso ao processo integracionista, pois ao romper o equilíbrio do sistema bipolar, aumentou as articulações entre os Estados, dividindo e redefinindo o poder, o que trouxe uma conseqüente evolução da cooperação entre os Estados para um processo de integração regional.

A mudança causou insegurança e representou claramente a alteração das regras que regulam as relações entre os Estados, implicando no aumento da importância e da necessidade de cooperação entre os Estados, com grande destaque para as organizações internacionais nos processos de integração regional, pois estas acabariam por possibilitar e promover a necessária cooperação.

A globalização resultou no aumento dos fluxos de comércio, de capital e de pessoas, que foram amplamente facilitados pelo avanço e a facilidade na comunicação eletrônica, responsável por suprimir as dificuldades e limitações de tempo e de distância na organização social, por fim representou uma “[...] mudança

ou transformação na escala da organização social que liga comunidades distantes e amplia o alcance das relações de poder nas grandes regiões e continentes do mundo” (HELD; MCGREW, 2001, p. 13).

No mundo globalizado, o Estado-nação passou a ter novas formas de organização, principalmente quanto aos conceitos de soberania e legitimidade, já que passou a ter dificuldades em responder sozinho os desafios do novo sistema internacional, e ainda perdeu definitivamente a capacidade de prover bens e serviços à sua população sem a ajuda da cooperação internacional (KRASNER, 2000; SASSEN, 2001).

Os Estados passaram a adotar uma nova lógica de existência e operação, onde a expansão das forças transnacionais impõem limites ao poder estatal e reduz a capacidade de controle das relações entre as sociedades, o que conseqüentemente impulsionam as relações transfronteiriças. Nessa nova lógica, os Estados nem sempre conseguem, resolver seus problemas, sem a cooperação com outros Estados e/ou agentes não-estatais (KEOHANE; NYE, 1989).

Nesse sentido, os processos de integração regional passaram a ter importância elevada nos desenhos políticos dos Estados e nasceram substancialmente da necessidade destes em se colocar nos mercados, e ainda solucionar conflitos existentes em razão das relações com os demais Estados nacionais.

Assim a integração regional pode ser definida como um “processo dinâmico de intensificação em profundidade e abrangência das relações entre atores levando à criação de novas formas de governança político-institucionais de escopo regional” (HERZ; HOFFMANN, 2004). Nesse contexto, a teoria neofuncionalista pode ser utilizada para explicar processos de integração, especialmente àqueles observados a partir da década de 1950.

Segundo a teoria neofuncionalista, que tem por seu principal autor Ernest Hass, a integração regional pode ser entendida como um processo em que há transferência das expectativas excludentes de benefícios do Estado-nação para entidade de interesse maior. Trata-se de um processo esporádico e eminentemente marcado por conflitos, contudo se lastreado por governos em condições de representação democrática e pluralista, pode ser capaz de envolver os governos nacionais em pressões regionais, servindo assim para resolver conflitos. Uma vez

que permite a esses governos, por meio das organizações regionais por eles criadas, maior autoridade e alcance decisório (MARIANO; MARIANO, 2002).

Haas (1956), por sua vez, identifica os elementos que em regra motivam os Estados à integração regional, quais sejam, o desejo de garantir a segurança em uma região, por meio de defesa de alguma ameaça comum, de promover a cooperação para o desenvolvimento econômico e bem-estar da sociedade, o interesse de Estados maiores em garantir o controle das políticas de Estados menores e ainda o desejo de unificação, com a criação de uma entidade mais ampla.

O referido autor reconhece que nem todas as alianças regionais, necessariamente, convertem-se em integração de mercado, podendo representar uma força armada unificada mais ampla, capaz de, por exemplo, deter um inimigo em comum, o que isoladamente não seria possível.

No mundo atual e globalizado, onde as ameaças bélicas já não se mostram como a maior preocupação, a competição econômica passou a figurar como a grande ameaça que motiva a integração.

Conforme a teoria neofuncionalista, o processo de integração tem como motor impulsionador os governos e as burocracias responsáveis pela formulação das estratégias políticas, concentrando assim, a capacidade de decisão nesses atores.

Entretanto, ao passo que a integração se aprofundaria o processo causaria um efeito de esparramar-se, derramar-se pela sociedade, gerando um ciclo de respostas, reações e demandas além das inicialmente observadas pelos atores. Esse efeito foi nomeado pela teoria neofuncionalista como *spillover*, sendo que Haas (1961) o acrescentou aos estudos regionais indicando que este seria responsável por prover estímulos à integração, com inclusão de novos atores e setores, o que representaria a participação da sociedade no processo, no qual esta não serviria apenas para aceitar os tratados e os acordos vinculados pelos atores principais, mas também serviria a intervir, negociar e participar ativamente das negociações, tornando o processo de integração menos dependente da vontade política e mais sensível às necessidades da sociedade e dos atores envolvidos.

O *spillover* justificaria a inclusão de setores além da economia na agenda da integração regional, como por exemplo, setores como saúde, educação e cultura, bem como a participação e inclusão de outros atores, como os governos locais, na

estruturação das políticas criadas para o desenvolvimento desta agenda integracionista.

Dessa maneira, a teoria neofuncionalista proporciona uma melhor compreensão de como a cooperação se dá em nível regional, observando novos fatores até então não considerados como fundamentais para a análise da integração regional, como a participação e valorização dos governos nacionais, partidos políticos, elites, associações, grupos de interesses e etc.

A teoria trouxe a necessidade de se considerar o processo de regionalização e a importância da ideia de região, do senso de comunidade e das proximidades geográficas para o estudo dos efeitos da integração (BRESLIN; HIGGOT, 2000). Assim, Ernest Haas (1970) foi além do entendimento da teoria funcionalista que reconhecia a incapacidade do Estado, de isoladamente atender as necessidades e resolver os problemas sociais e econômicos de seus entes internos, e reconheceu também a necessidade de uma cooperação política capaz de agregar interesses e assim resolver os problemas juntamente com os demais Estados. Segundo Prado (2013), a integração deveria resultar da união dos Estados por suas semelhanças, por aquilo que lhes aproximam:

Estados deveriam se unir pelo que os aproxima e não pelo que os distancia. Assim, observamos que os movimentos de integração surgem para que os Estados possam ser auxiliados por instituições comuns que os liguem e que, ao mesmo tempo, possam servir para que busquem o atendimento de suas funções, criando, desse modo, novas formas de governança político-institucional de caráter regional (PRADO, 2013, p. 18).

Sob a perspectiva neoliberal funcionalista, essa união deve permitir a existência de reconhecimento de interesses comuns e próprios de cada região, de maneira a garantir a integração por meio de pacotes que envolvam tais interesses a ponto de solucionar os problemas de ambos por meio de ampla cooperação (MARIANO, 1995). Assim, integração seria vista como uma forma de os Estados gerenciarem a interdependência.

Desse modo, a integração regional que remotamente surgiu da necessidade de se resolver problemas bélicos, passou a servir para a colocação dos Estados no mercado econômico, e mais recentemente passou a servir de mecanismo de desenvolvimento social e político.

A interação entre os Estados, como forma de fomentar uma aproximação e a construção de afinidade políticas e econômicas sempre foi objeto de atenção nas relações internacionais (PRADO, 2013). Isso porque, os processos de integração regional são parte da lógica estratégica dos Estados e são por eles impulsionados, contudo, ao passo que vão se desenvolvendo e evoluindo, acabam gerando resultados que vão muito além dos governos nacionais. Tais impactos se desdobram em questões que influenciam toda a sociedade, em especial os governos subnacionais, como estados e municípios.

Nesse contexto, os governos subnacionais passam a ter papel ainda mais relevante no contexto internacional, pois se inserem como atores nos diversos processos de integração regional que se desenvolvem tanto nas áreas econômicas como político-social. Mariano e Mariano (2002, p. 2) definem estado subnacional como um

[...] estado subnacional como uma organização formal com limites territoriais, população e funções definidas. Portanto, como um conjunto de elementos interdependentes, que integram e fazem a alocação de valores em uma dada sociedade. Em princípio, a esfera subnacional é o meio para que o sistema como um todo alcance suas finalidades e as defina, agora também no plano internacional. Seu objetivo é prestar serviços à população a que ele se refere, mas também incorpora tarefas que beneficiam o sistema federal e geram produtos políticos.

Ainda que tradicionalmente sejam os Estados nacionais reconhecidos como os principais atores e maiores promotores da integração, outros atores também passaram a ter papel importante no processo de integração regional, inclusive atores não governamentais (HERZ; HOFFMANN, 2004).

Nesse ponto, a integração regional serve à construção de novas formas de governança³, e não só, conduz a institucionalização do processo, com a criação de entidades específicas para esse fim.

³ Para Rosenau, “governança é um fenômeno mais amplo que governo; abrange as instituições governamentais, mas implica também mecanismos informais, de caráter não-governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações dentro da sua área de atuação tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas” (2000, p. 15-16). Assim, segundo Pierik, em razão da globalização e a conseqüente diminuição dos poderes soberanos nacionais, a partir da emergência de organizações supranacionais, e com a presença crescente das ONGIs (Organizações Não-Governamentais Internacionais) e empresas multinacionais, o balanço do poder e o conceito de poder político alterou-se de forma significativa. Assim, estaríamos assistindo à mudança do governo para a governança global. “Estes processos limitaram a competência, mandato e autoridade dos Estados nacionais – o declínio do governo – enquanto outras instituições, como organizações internacionais e supranacionais, ONGIs e empresas multinacionais preencheram este vácuo de poder – a emergência da governança global” (2003, p. 458).

A institucionalização é pressuposto fundamental da integração e assim acaba por favorecer o desenvolvimento de organizações internacionais como o Mercosul, que atuam na condução do processo de integração, possuindo a responsabilidade e o domínio sobre criação da agenda de medidas e políticas a serem implantadas nos países membros (PRADO, 2013).

Para a teoria neofuncionalista, a integração se pauta em atores racionais que possuem interesses próprios, que nem sempre são interesses meramente nacionais. Isto explica o surgimento e o papel das instituições supranacionais que atuam em uma lógica de agente principal e imprimem o rumo da integração, se ocupando de questões que vão além das fronteiras nacionais, e dos interesses exclusivos dos atores nacionais (TORRES; MAIOR, 2013).

E assim surgiu no Mercosul a necessidade de buscar a integração também em outros setores, como políticos e sociais, a uma porque o processo de integração acabou por espalhar-se além da perspectiva econômica e também em razão do interesse das entidades supranacionais, na inclusão de novas questões na agenda da integração do bloco.

Desde seu nascimento, ainda que em proporções menores, o Mercosul, com forte influência da CEPAL⁴, pautou-se no entendimento de que, conforme documento Transformação Produtiva com Equidade de 1998, a integração é uma forma de se colocar no mundo globalizado, buscando o desenvolvimento econômico com justiça social, e ainda se fortalecendo perante aos demais países (MERCOSUL, 2009).

A criação do bloco seguiu a nova ordem mundial de integração e formação de blocos regionais, sob a influência do regionalismo aberto que prevalecia na década de 1990.

⁴ Comissão Econômica para a América Latina e Caribe foi criada em 1948 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas para coordenar e acompanhar as políticas direcionadas à promoção do desenvolvimento econômico da região e reforçar as relações econômicas dos países latino-americanos entre si e com as demais nações do mundo. A partir de 1996, os governos-membros definiram que a CEPAL deveria se tornar centro de excelência, encarregado de colaborar com seus Estados membros na análise integral dos processos de desenvolvimento, o que incluía a tarefa de formulação, seguimento e avaliação de políticas públicas e a prestação de serviços operativos nos campos da informação especializada, assessoramento, capacitação e apoio à cooperação e coordenação regional e internacional. Atualmente presta serviços a 33 governos da América Latina e Caribe, incluindo nações da América do Norte e Europa, com as quais mantém laços históricos, econômicos e culturais. Esta agência é formada por oficinas e sedes sub-regionais que trabalham integradas com a sede localizada em Santiago do Chile (CEPAL, 2006, p. 1 *apud* RIZZOTTO, 2008, p. 2).

Briceño Ruiz (2007) afirma que o regionalismo aberto foi apoiado pela democratização, que permitiu a superação dos discursos de segurança nacional e soberania da ditadura militar e o apoio que os grupos sociais deram aos projetos integracionistas, especialmente o empresariado. A partir de então se criou um consenso de que seria preciso operar medidas que promovessem a abertura dos mercados.

Do mesmo modo, o referido autor afirma que as questões exógenas também apoiaram o regionalismo aberto, sendo especialmente as transformações na economia mundial e o sentimento de marginalização da América do Sul nos assuntos internacionais que acabaram por colocar o fenômeno do regionalismo como estratégia de inserção global.

Assim, a criação do bloco tinha como intenção conciliar a crescente interdependência regional que resultava de acordos preferenciais existentes entre os Estados para a promoção do livre comércio e como todo processo de integração regional deveria servir como uma etapa dentro do processo gradual de abertura econômica, ao mesmo tempo em que, deveriam ampliar o poder de barganha da região em relação a outras, visto que o progresso da integração econômica representa a diminuição das barreiras comerciais mantidas entre os mercados participantes (BALASSA, 1964).

A interdependência econômica, característica principal da integração regional, potencializa a busca de compromissos e cooperação entre países, em cenários onde os movimentos externos causam efeitos em políticas domésticas (COUTINHO, 2002). Ainda que cada país esteja vivendo processos internos de reformas, estes se orientam, em geral, para a ordem político-econômica internacional (STUART, 2002). O que pode ser percebido claramente na disposição do artigo 1º do capítulo I do Tratado de Assunção, que regulamenta a criação do Mercosul em 26 de março de 1991, e dispõe sobre os Propósitos, Princípios e Instrumentos do bloco:

A livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países, através, entre outros, da eliminação dos direitos alfandegários e restrições não tarifárias à circulação de mercadorias e de qualquer outra medida de efeito equivalente; o estabelecimento de uma tarifa externa comum e a adoção de uma política comercial comum em relação a terceiros Estados ou agrupamentos de Estados e a coordenação de posições em foros econômico-comerciais regionais e internacionais; a coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais entre os Estados Partes de comércio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetária, cambial e de capitais, de outras que se acordem -, a fim de assegurar condições adequadas de

concorrência entre os Estados Partes, e o compromisso dos Estados Partes de harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração. (BRASIL, 1991, p. 1).

A partir dos anos 2000, com a ascensão de governos de esquerda, na esteira das crises brasileira e argentina, de 1998 e 2001, respectivamente, foram extintas a maioria das iniciativas de integração regional baseadas no regionalismo aberto, em razão do não consenso quanto à validade da integração baseada nos mecanismo de mercado.

Com ascensão dos novos governos houve uma nova ressignificação da integração regional, que passou a ser entendida como um meio de o Estado garantir o desenvolvimento pautado também nas dimensões sociais:

Emerge así una agenda que da más peso a las dimensiones sociales, políticas y de seguridad, y a políticas comunes en campos como la energía o la infraestructura, frente al énfasis en la liberalización comercial del regionalismo abierto (SANAHUJA, 2010, p. 88).

A questão social não contou com qualquer institucionalidade própria na primeira etapa de constituição do Mercosul, mas com a criação do subgrupo de Relações Laborais, Emprego e Previdência Social, referido como Subcomissão 11, o bloco começou a caminhar na direção da institucionalização das questões sociais (DRAIBE, 2007).

Essa nova inserção, acabou por culminar após 1995, na transformação do subgrupo de Relações Laborais, Emprego e Previdência Social, no Subgrupo 10 – Relações Laborais, Emprego e Seguridade Social, que conseqüentemente abriu espaço para a criação, em 1996, do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11).

Nesse sentido, Oliveira (2017, p. 169) destaca:

Houve a criação de grupos específicos no bloco, tais como o SGT-10, para assuntos trabalhistas, de emprego e seguridade social, e o SGT-11, para saúde. Há também a proposição para elaboração da agenda social da integração. Contudo, como também ocorre em outros temas do bloco (direito de concorrência e propriedade intelectual), existem dificuldades para a implementação efetiva das diretrizes em razão da necessidade de essas normativas serem transpostas para a legislação nacional de cada país. O Plano Estratégico de Ação Social (Peas) do Mercosul parece ser um grande avanço na agenda social do bloco. Ele articula nove eixos fundamentais e vinte e seis diretrizes estratégicas para a região, que se desenvolverão a partir de 2012 sob o formato de projetos sociais regionais. Eles contemplam especificamente as regiões de fronteira entre os países-membros em alguns dos eixos temáticos. Há um destaque para a saúde (eixo III – universalizar a saúde pública), que tem como diretriz assegurar o acesso a serviços

públicos de saúde integrais, de qualidade e humanizados, como um direito básico, e cujo objetivo prioritário é articular as políticas e promover acordos regionais que garantam acesso à saúde pública na faixa de fronteira. No campo da pesquisa científica nesse eixo temático, a diretriz é ampliar a capacidade nacional e regional em matéria de pesquisa e desenvolvimento no campo da saúde.

Posteriormente, foi criado o Instituto Social do Mercosul (ISM)⁵, um órgão técnico político, em janeiro de 2007 pelo Conselho do Mercado Comum (Decisão CMC 03/07). O órgão tem como objetivo definir, em coordenação com a direção executiva, as linhas estratégicas e programáticas, o orçamento e os projetos a serem executados de modo a contribuir com a consolidação da dimensão social como um eixo central no processo de integração do Mercosul, e é composto por um representante de cada Estado-parte.

Todas essas medidas mostram um avanço na diversificação de objetivos e funções da nova institucionalidade em que se apoia hoje a dimensão social do Mercosul, contudo, segundo Di Pietro (*apud* DRAIBE, 2007) é importante lembrar que tal progresso e amadurecimento institucional foram gerados basicamente pela ampliação da participação social no espaço do mercado comum, viabilizados por meio da mobilização e inclusão de organizações da sociedade civil nos seus foros privilegiados.

As questões sociais se mostram como questões de extrema importância para a garantia da integração regional, em especial porque têm influência direta no cotidiano dos cidadãos dos Estados envolvidos. No Mercosul, elas tem se mostrado questões pendentes tendo em vista que o bloco caminha a passos lentos e com alguma dificuldade para a institucionalização de medidas e políticas capazes de envolver os interesses de todos Estados membros, e garantir o efetivo desenvolvimento social.

⁵ O Instituto Social do MERCOSUL (ISM) é um órgão técnico político estabelecido em 18 de janeiro de 2007 (CMC/DEC Nº 03/07), resultado da iniciativa da Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social do MERCOSUL (RMDAS). É uma instância técnica de pesquisa no campo das políticas sociais e implementação de linhas estratégicas com o objetivo de contribuir à consolidação da dimensão social como um eixo central no processo de integração do MERCOSUL. Neste sentido, o ISM se soma aos esforços de consolidação do processo de integração, por meio de iniciativas que contribuam à redução das assimetrias sociais entre os Estados Partes e promoção do desenvolvimento humano integral. O ISM tem como sede a cidade de Assunção, capital da República do Paraguai, e foi inaugurado durante a Presidência Pro Tempore do Paraguai, em julho de 2009. Atualmente, o diretor-executivo é José Eduardo Martins Felício, de nacionalidade brasileira.

1.2 A fronteira como vetor de integração regional

As fronteiras são regiões geográficas onde interações, como fluxos de mercadorias, pessoas, recursos financeiros, culturais, etc., fazem parte da realidade cotidiana. Essas interações representam grande parte das relações desses locais e podem interferir diretamente no desenvolvimento dos países envolvidos. A interferência pode ser negativa ou positiva, a depender do investimento e da atuação dos Estados envolvidos, sendo assim, podem as fronteiras representarem uma área de reafirmação da soberania nacional, ou, de regiões vulneráveis (SCHERMA, 2016).

Ainda que por vezes o termo fronteira seja confundido com a ideia de limites, estes não representam a mesma coisa, tratando-se de conceitos diversos. Segundo Hissa (2002) o limite é o sinal de contato entre dois ou mais territórios, já a fronteira é o sinal de contato e da integração. Raffestin (1993) afirma que o sentido de fronteira muda no decorrer do tempo, em detrimento das modificações sociopolíticas e socioeconômicas, e assim, a fronteira deve ser compreendida a partir de sua historicidade, de modo que vão refletir o poder e a atuação daqueles que influenciam ou controlam as atividades (SACK, 1986).

A noção de fronteira acompanha a evolução de sociedades, seja na proteção de seu território ou na conquista de novos, enquanto o termo limite emerge de uma conjuntura voltada especificamente aos assuntos jurídicos, à unidade política do território, como destaca Machado (1998):

A fronteira está orientada “para fora” (forças centrífugas), enquanto os limites estão orientados “para dentro” (forças centrípetas). Enquanto a fronteira é considerada uma fonte de perigo ou ameaça porque pode desenvolver interesses distintos aos do governo central, o limite jurídico do estado é criado e mantido pelo governo central, não tendo vida própria e nem mesmo existência material, é um polígono. O chamado “marco de fronteira” é na verdade um símbolo visível do limite. Visto desta forma, o limite não está ligado à presença de gente, sendo uma abstração, generalizada na lei nacional, sujeita às leis internacionais, mas distante, frequentemente, dos desejos e aspirações dos habitantes da fronteira (MACHADO, 1998, p. 42).

Assim, a fronteira se mostra muito além de uma fonte de determinação local, como menciona Oliveira (2015, p. 235):

O meio geográfico fronteiriço, repleto de fluidez e porosidades, tem se posicionado como verdadeiras zonas de contato entre povos e, assim sendo, não pode ser abrangido apenas como simples ferramenta de delimitação e demarcação, senão ao contrário, como nódulos de inclusão e exclusão [...].

Em alguns casos, a relação do povo das cidades fronteiriças, de sua cultura, o nível de interação de seus mercados e de circulação de bens e serviços como um todo, colocam as cidades não só na condição de cidades na fronteira, mas de cidades de fronteira como delimita Brasil (2005, p. 21):

Enquanto a faixa de fronteira constitui uma expressão *de jure*, associada aos limites territoriais do poder do Estado, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, um espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialidade mais evoluída é a da cidade-gêmea.

Nessas cidades, a fronteira não implica apenas em proximidade, mas sim na existência de um espaço onde a interação se mostra a tal ponto de criar-se um sentimento de pertencimento e identificação próprio da região, que convivem e não oprimem a soberania estatal.

Não há uma invasão ao poder estatal de cada cidade, ou mesmo uma falta de identificação de sua população com suas identidades nacionais, ao contrário Hass (1966) defende que a partir da integração há uma ideia de lealdade entre a região, a criação de um sentimento próprio da localidade envolvida no processo de integração, fato muito presente nas regiões fronteiriças brasileiras.

Nas zonas fronteiriças, constituem-se a dimensão do espaço-lugar “onde os desafios e tensões entre a continuidade e o câmbio se estabelecem de modo mais agudo e ali o cotidiano é atravessado pelas relações com os países vizinhos” (GRIMSON, 2002, p. 19).

Isto porque, a zona de fronteira, como um resultado de interações econômicas, culturais e políticas, é “espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais” (BRASIL, 2005, p. 21).

Nessas cidades, a interação se mostra também a partir de conflitos que surgem em razão de diferentes interesses de cada parte da sociedade, contudo,

conforme destaca Oliveira (2005, p. 379), é no momento que as trocas se fazem necessárias que surgem os acordos:

Não há, no ambiente fronteiriço, em especial, nas cidades gêmeas, apenas a difusão de comunidades condicionadas a demandar relações de convivência onde se entrelaça sangue, línguas e capitais, ou seja, trocas. Há, por sua vez, um monitoramento dos ruídos que ameaçam ou violam a integridade territorial, e uma vigilância constante sobre a soberania e sobre o fio da existência cultural. É um local onde os direitos servem mais a si, enquanto os deveres servem mais aos vizinhos, ou seja, trocas. São as existências das ricas trocas e dos trocos nas relações ambíguas e suas acomodações, que definem um comportamento invulgar, leve e ríspido.

No Brasil, a faixa de fronteira é disposta pela Lei nº 6.634 de 02 de maio de 1979 que estabelece a importância da fronteira como região estratégica do Estado, o artigo 1º da lei estabelece ainda que será designada como faixa de fronteira a faixa interna de 150km (cento e cinquenta quilômetros) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional.

Segundo IBGE (2018), a faixa de Fronteira de 150km, a partir da Linha de Fronteira a oeste, tem uma área de 1.415.611,464km² e equivale a 16,6% da área do Brasil em 2018, atingindo 11 unidades da federação e 588 municípios.

A grande faixa de fronteira dispõe ao país relações muito próximas e próprias a cada país vizinho, situação ainda mais evidenciada nas cidades gêmeas onde a porosidade das fronteiras se tornam ainda mais presentes, como será analisado no subtítulo seguinte.

1.3 A zona de fronteira localizada nas cidades de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY) – as cidades gêmeas no processo integrativo

A região estudada contempla do lado brasileiro o município de Ponta Porã com território de 5.330,448 km², localizada no Estado de Mato Grosso do Sul e com densidade demográfica de 14,61 hab/km². Já do lado paraguaio está localizado o município de Pedro Juan Caballero, que conta com um território de 5.259,60 km² e densidade demográfica de 17,86 hab/km² (IBGE, 2017; SEBRAE/MS, 2010).

Ambas as cidades têm como principal fonte econômica a prestação de serviços, seguida da agropecuária (IBGE 2010; ATLAS CENSAL DEL PARAGUAY, 2002) e assim como principal fonte de empregos a prestação de serviços, em

especial as atividades comerciais, tem papel essencial no desenvolvimento dessa zona de fronteira (OLIVEIRA, 2010).

Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai) são cidades gêmeas e conturbadas, com limite de apenas uma rua, estabelecendo-se assim uma fronteira seca. Tais características possibilitam a estas cidades um alto nível de integração tanto formal como funcional.

Em zonas de fronteiras como a das cidades estudadas, há grande movimento de pessoas e mercadorias, e não se observam em sua população grandes constrangimentos em criar capilaridades nas trocas e relações, apenas por serem de países distintos, diversamente, já que o que ocorre são grandes interações com construção de espaços próprios de ambas as cidades, reforçando a identidade e sentimento de pertencimento compartilhado (OLIVEIRA, 2015).

O limite geográfico estabelecido por apenas uma rua pode causar confusão àqueles que não pertencem ou conhecem a região, já que somente após uma análise mais cuidadosa é possível visualizar a existência de dois Estados diversos e soberanos, onde convivem diferentes legislações, como descreveu Benitez:

Innumeras veces oí de visitantes que no se hablan percatado de que lado del hito estaban; y que les parecía tan sui géneris, el hecho de que dos ciudades pertenientes cada una a un país, parecía una sola. Percibiéndose las individualidades solamente al prestarse atención en los carteles, idiomas, símbolos e infraestructura (BENÍTEZ, 2008 *apud* DOKKO, 2014, p. 18).

Na condição de cidades gêmeas⁶ Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, assim como várias cidades da faixa de fronteira, apresentam potencial econômico de integração, todavia em regra são pouco desenvolvidas economicamente e possuem diversos problema, como carência de serviços públicos de qualidade, sérios problemas de segurança, inexistência de coesão social, e com condições de garantia a cidadania precárias (BRASIL, 2009).

⁶ O Ministério da Integração Nacional, por meio da portaria 123 de 2014, dispõe que serão considerados cidades gêmeas os municípios que sejam cortados pela linha de fronteira, seja fronteira seca ou fluvial, com integração por obra de infraestrutura ou não, desde que possuam mais de dois mil habitantes, e apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar a unificação da malha urbana com cidade do país vizinho. A demanda dessas cidades por políticas públicas especialmente voltadas para a integração acabou por tornar necessária a definição do que seriam as cidades gêmeas. Observa-se que em geral, esse municípios são divididos por apenas uma rua, ficando o Brasil de um lado e o país vizinho do outro. São exemplos desse tipo de cidade, além de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, Tabatinga (AM), e Leticia, na Colômbia, Santana do Livramento (RS) e Rivera, no Uruguai (BÜHRING, 2015).

Nesse sentido, Machado (2005) destaca que as regiões de fronteira, especialmente as cidades gêmeas estão distantes dos Estados vizinhos pelo papel disjuntor dos limites políticos. Assim, sem instituições que possam instrumentalizar a cooperação entre os países vizinhos, a integração e a cooperação transfronteiriça têm sido realizadas com mecanismos informais, como por exemplo, acordos tácitos entre as autoridades locais dos países fronteiriços.

Todavia, Machado (2005) aponta que apesar de a resposta do Estado ser lenta quanto às necessidades de soluções dos problemas típicos da região, esta tendência à informalidade e ao distanciamento do Estado tende a mudar. Primeiro porque maior importância tem sido atribuída às cidades e regiões de fronteira pelos estados nacionais no contexto atual, com o desenvolvimento de novos mecanismos de integração legais e administrativos. Segundo, porque a integração dos países por meio dos blocos regionais pode transformar as zonas de fronteira em zonas de cooperação entre países vizinhos.

No Brasil essa tendência de uma fronteira onde as interações se dão além de mecanismo de segurança e limite territorial, culminou em diversas ações do Ministério da Integração Nacional (2009) que buscavam incentivar as várias e novas formas de interações entre as regiões de fronteira.

Assim nasceu o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) com objetivo de estimular o desenvolvimento da faixa de fronteira, fortalecendo a sociedade civil e os Arranjos Produtivos Locais, com escopo de incitar a infraestrutura social e econômica, sempre de acordo as diretrizes da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) e ainda respeitando as características locais (DOKKO, 2014).

A ideia inicial era estimular as trocas comerciais entre países da América do Sul, em continuidade as atividades de integração desenvolvidas pelo Mercosul. Seguindo essa tendência, alguns parâmetros de integração passaram a ser utilizados na região, inclusive considerando a necessidade de interação e desenvolvimento em questões de desenvolvimento social, ainda que timidamente.

Isto porque, em especial, nessas regiões de faixa de fronteira como as cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero onde há alto grau de interação e conurbação, bem como onde se observam certa assimetria, as questões sociais passaram se mostrar fator indispensável à criação de um mercado comum,

demandando a busca por meios que possam garantir a complementariedade das interações.

Ocorre que, como defende Raffestin (1993), o papel das fronteiras é sensível aos projetos socioeconômicos ou sociopolíticos dos Estados onde estão localizadas e podem passar por fases de “funcionalização” ou de “desfuncionalização”, podendo sofrer grande interferência socioeconômica ou sociopolítica, que afetam diretamente tanto o território quanto o tempo social no interior dela.

Nesse ponto, segundo Scherma (2016, p. 77), observa-se que a mudança no cenário político do Brasil afetou diretamente os programas para o desenvolvimento da fronteira:

Lentamente, vão se somando às políticas de defesa e segurança projetos e programas que buscam o desenvolvimento socioeconômico e de cooperação com os vizinhos, na busca (também) de colaborar para amenizar os problemas que podem colocar em xeque a soberania e a segurança do país. O auge desse movimento dá-se no governo Lula da Silva, especialmente com a criação do PDFF, concebido como alavanca para o desenvolvimento local. [...]

No governo Rousseff, contudo, as ações, políticas e os projetos para o desenvolvimento perdem espaço em função das políticas de defesa e segurança, o que pode indicar um enfraquecimento da visão cooperativa. São estas iniciativas que contam com volume significativo de recursos, como, por exemplo, o Sisfron. Entretanto, as políticas focadas na promoção do desenvolvimento por meio da cooperação continuaram existindo, mas de forma menos institucionalizada e sofrendo com o contingenciamento de recursos.

A nova realidade inclusive aponta para a justificativa da descontinuidade e resultados abaixo do esperado de programas voltados para a região de fronteira, como o SIS Fronteiras, finalizado em 2015 (BRASIL, 2015).

Do mesmo modo, não se observou dentro do Mercosul, ações práticas capazes de firmar os preceitos adotados a partir da inclusão do setor social na agenda do bloco.

Dessa feita, além do relativo desinteresse político na fronteira como um fator de integração, e cooperação, e não de uma região que apenas impõe o limite de um país, ainda observou-se a inexistência uma entidade supranacional que gerencie os conflitos, e que enfim possibilite articulações entre os países que levassem à harmonização legal necessária à integração tanto econômica, como social.

Na ausência dessa entidade supranacional, o estímulo da cooperação e da ajuda mútua representa um mecanismo para a atenuação e até a solução de diversos problemas comuns, decorrentes da convivência tão próxima dos países.

Nesse sentido, a adoção de medidas políticas como a inclusão de secretarias ou assessorias de relações exteriores que monitorem ações políticas públicas ou privadas, garantindo aos grupos locais o conhecimento das demandas da zona de fronteira, bem como sugerindo pautas de negociação seriam medidas importantes ao desenvolvimento e a integração (DOKKO, 2014).

A cooperação e integração por meio de redes descentralizadas já é uma experiência adotada que segue na tendência de novos olhares para a fronteira, introduzida pelo processo de globalização, conforme destaca Rhi-Sausi e Colleti (2010, p. 192):

La mayor libertad de circulación e intercambio de bienes y servicios en las áreas de frontera que fomenta el proceso de infra estructuración del territorio, determinan también un fortalecimiento de las identidades locales y particularidades económicas como elementos que conviven y estimulan las interacciones en las fronteras. Por otro lado, la creciente autonomía producto del proceso de descentralización, permite a las unidades subnacionales utilizar la cooperación para la búsqueda de soluciones a sus necesidades de desarrollo local. El fortalecimiento institucional local y regional, como parte de la descentralización, facilita la constitución de redes de colaboración y cooperación transfronterizas, que pueden estimular el desarrollo de nuevos mecanismos de gobernanza multinivel comunes en ambos lados de la frontera. La nueva geografía económica latinoamericana, inducida por los procesos de globalización, determina en los territorios la exigencia de reposicionarse en un contexto mundial siempre más competitivo, valorizando sus propios recursos también a través de nuevas alianzas transfronterizas y transnacionales.

Diante disso, mostra-se a relevante importância dos governos subnacionais, seja por meio de exercício de funções de coordenação, articulação, mobilização dos agentes envolvidos no processo, entre outras. No caso do Brasil, a ampliação e mesmo a atuação dos Estados se mostra ainda mais necessária nos Estados do Sul do país, onde as fronteiras com maior proximidade geográfica e nível de relação entre a população, faz com que essas zonas de fronteira sofram mais intensamente os efeitos da integração regional (MARIANO; MARIANO, 2002).

Assim, além da integração permitida pela abertura do mercado por meio do Mercosul, e as medidas de desenvolvimento social, observa-se que a fronteira diante de sua particularidade quanto a relação de proximidade existente entre seus

moradores, demonstra a importância da integração e da participação dos atores subnacionais na criação dos mecanismos burocráticos necessários a integração.

Em um local onde as relações já estreitas, acabaram por ser facilitadas com a abertura do comércio entre os países membros do grupo, os interesses dos atores subnacionais, como prefeituras e estados, passaram a ser de extrema importância para a criação de uma agenda voltada para a efetiva e integral integração regional.

Assim, segundo Prado (2013, p. 19) pode-se afirmar que a proximidade favorece o processo de integração:

Não se pode adentrar neste assunto sem mencionar que o termo integração regional surge a partir de duas questões básicas: a primeira remete à questão regional, ou seja, a uma denominada área geográfica, uma localidade territorial. A segunda remete à questão econômica, social, cultural e política entre os territórios. Dentro da questão regional, salientamos que a mesma pode ou não ser contínua, sem obrigatoriedade de compreender uma área vizinha ou fronteira. Contudo, toda proximidade favorece positivamente o processo de integração. Já a questão da integração pode ser associada a uma união de interesses entre partes, que tem por finalidade a criação de um todo.

Nessa mesma linha, James E. Dougherty e Robert L. Pfaltzgraff Jr. salientam que:

a integração é um fenômeno multidimensional, político, societal, cultural e econômico. O processo integrador conduz a um sentido de identidade comum e de comunidade. A integração surge como resultado de um apoio conseguido de dentro da unidade que precede à integração [...] (2003, p. 649 *apud* PRADO, 2013, p. 19).

Destaca-se que a própria criação do Mercosul se deu pela necessidade de união de forças dos países sul-americanos, na busca pela inserção competitiva no mercado mundial.

Segundo Mariano e Mariano (2002), a integração quer seja ela realizada com base em estruturas supranacionais ou ainda subnacionais, está posta como necessária e indispensável ao desenvolvimento dos Estados no mundo globalizado, está representada ainda, como o mecanismo capaz de conjugar interesses em uma estância maior do que apenas a cooperação entre países diversos.

No caso da região estudada, Paraguai e Brasil, a integração se dá em um mecanismo decorrente de uma agenda inicialmente imposta pelo Mercosul, contudo quando está se dá em regiões fronteiriças, como a região de Ponta Porã e

Pedro Juan Caballero, as demandas e os papéis dos atores subnacionais, acabam por não serem observadas quando da criação das políticas de integração, e assim, impedem o desenvolvimento e harmonização proposta pelo bloco.

Portanto, destaca-se que a criação de acordos binacionais além de fortalecer as instituições supranacionais que buscam a integração das fronteiras, são indispensáveis a promoção da cidadania da população dessas regiões (GADELHA, 2005).

Conhecer e ouvir as demandas locais é necessário para a efetivação do desenvolvimento buscado pela criação de um mercado comum, e ainda para a criação de políticas mais efetivas, a garantia da cidadania, assim asseverou Scherma:

Deste modo, além das iniciativas nacionais, também as entidades subnacionais fronteiriças procuram criar e implementar sua própria agenda de relacionamento, articulação política e integração. Através dessas ações, esses atores vêm assumindo a responsabilidade de promover o desenvolvimento (envolvendo o mercado, o interesse estatal e a sociedade civil), amenizar as assimetrias de infraestrutura e promover o combate à pobreza, sem mencionar o efetivo poder de articulação definindo sua agenda de política pública local, essencial para qualquer proposta de integração regional, como o Mercosul (2016, p. 4).

Igualmente, tal conhecimento permite demonstrar de maneira mais prática e efetiva a necessidade de aumentar a participação do Mercosul, com a criação e execução de ações de grande porte, capazes de garantir o acesso à saúde com a participação igualitária dos países envolvidos.

No caso das cidades gêmeas estudadas, é de extrema importância o envolvimento de ambos os países, visto tratar-se de uma região onde há assimetria nas oportunidades de acesso aos serviços públicos de saúde, o que traz à cidade de Ponta Porã um déficit no atendimento prestado diante da impossibilidade de se contabilizar os usuários fronteiriços.

Na fronteira do Brasil com o Uruguai⁷ e até mesmo com o Paraguai, localizada em Foz do Iguaçu⁸, observou-se que a criação de acordos binacionais,

⁷ Comissão Binacional Assessora de Saúde da Fronteira Brasil/Uruguai, com participação de representantes dos governos nacionais e do estadual do Rio Grande do Sul, com atuação em vigilância epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador, integração assistencial e hidatidose.

⁸ Grupo de Trabalho para a Integração das Ações em Saúde, coordenado pela empresa pública Itaipu Binacional na fronteira Brasil/Paraguai, integrado por representantes de governos locais, departamentais e nacionais com planejamento e execução conjunta de ações nas áreas de serviços

que permitiram a participação de ambos os municípios, pode ser ainda mais proveitosa que a simples criação de políticas públicas isoladas, que acabam por não apresentarem resultados práticos e satisfatórios.

Assim, observa-se uma necessidade de ações que sirvam para garantir a harmonização da legislação, possibilitando a retirada dos empecilhos legais e estruturais que impedem e dificultam a criação de redes descentralizadas que possibilitem efetiva cooperação e integração entre as regiões, aproveitando assim, o potencial de complementariedade já existente (MACHADO, 2005).

Pela sua localização geográfica e seu desenho cultural e local, a zona de fronteira já impõe uma maior relação entre os países e lhe garante características muito próprias, onde a integração se antecipa e os problemas tem um caráter muito presente.

Ademais, é certo que as fronteiras têm papel respeitável na dinâmica da integração regional, em especial as cidades gêmeas como Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, “que são vistas como espécie de “laboratórios” em menor escala da integração internacional. Nestas localidades, a integração é um fenômeno cotidiano em seus fluxos de pessoas, símbolos, no comércio etc.” (SCHERMA, 2016, p. 13).

Importante a análise das políticas de integração desenvolvidas, sob os enfoques das teorias neofuncionalista e intergovernamental, para então entender o papel dos atores subnacionais, as motivações e qual a estrutura dos mecanismos de negociação estão sendo utilizadas.

Análise essa que possibilitará a percepção dos efeitos das políticas integracionistas, seus resultados e ainda pontos falhos que possam ser superados para o fim a que se propõe.

No caso do Mercosul, o que se observa é uma designação política para a efetiva integração em todos os campos, econômico, político e social, contudo um pequeno envolvimento dos países membros, que acabam atuando apenas em pequena escala e visando apenas a solução de seus problemas.

O sucesso das ações de saúde nessas regiões depende e está diretamente ligado às articulações políticas, sejam no âmbito local, nacional ou internacional.

Entender a importância de cada agente, seja ele nacional, subnacional ou supranacional, dentro do processo de integração do Mercosul, em especial entre o Brasil e o Paraguai é extremamente necessário para que seja possível identificar a validade da agenda de integração imposta a zona de fronteira dos dois países, bem como a sua conferência com os interesses da sociedade que nela vive.

No caso do direito à saúde, além do conhecimento acerca da realidade local, necessário também o conhecimento das diversas motivações da integração, para que possa identificar quais as estruturas que mantêm e impulsionam as políticas públicas desenvolvidas pelo Estado brasileiro para a integração regional nesse setor, bem como seu impacto na garantia da efetiva integração social.

Para que a transfronteirização⁹ seja aplicada por meio de políticas públicas, a visão supranacional deve ser incitada, entendendo que as interações entre populações acontecem estimuladas pelas vantagens proporcionadas nos dois lados da fronteira, comprovando o fluxo existente também na acessibilidade à saúde.

Denota-se que as complementaridades existentes no espaço fronteiro o transformam segundo Oliveira (2017, p. 159) em um conjunto de “subsistemas abertos não condicionados às amarras da burocracia estatal, uma vez que muitos fatos que ocorrem ali são movidos por necessidades e/ou vontades que independem do escopo legal”. Ainda segundo o autor, os processos de integração, que ocorrem aparentemente sem qualquer hierarquia ou mesmo com seletividade, representam uma forma de articulação espacial independente, que acaba por contribuir para a criação de um vínculo mais intenso entre os países, já que diminuem os limites físicos e psicológicos que impedem a cooperação plena.

Assim os emaranhados de acordos binacionais servem também como fuga do controle sistematizado da burocracia administrativa existente na fronteira; porém, sem perder o respeito à lógica da circulação do capital nacional e internacional, e assim, a cooperação transfronteiriça acaba por observar de maneira mais profunda as questões locais e aproveita as complementariedades e potenciais existentes em cada país, permitindo a convergência dos interesses dos Estados envolvidos permitindo a efetiva integração transfronteiriça.

⁹ Segundo Guilbert e Ligrone (2006), transfronteirização predispõe um conjunto de processos e de valorização e aproveitamento de uma fronteira, ou seja, de aproveitamento do limite territorial que separa dois sistemas políticos, econômicos e socioculturais. Segundo o autor, o fenômeno ocorre quando os habitantes de ambos os lados transcendem a fronteira e a incorporam em suas estratégias de vida através de múltiplas modalidades.

2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E MECANISMO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

O presente capítulo tem como objetivo apresentar como a saúde e a fronteira se estabelecem como pauta do processo de integração, a formatação do acesso à saúde no Brasil e no Paraguai, e a relação existente entre a proximidade e a transfronteirização dos serviços de saúde.

O texto mostra as diferenças nas disposições legais e constitucionais do Brasil e do Paraguai, e como são formados os sistemas de saúde de ambos os países e apresenta algumas assimetrias existentes no acesso ao direito à saúde que acabam por justificar uma demanda de atendimento de paraguaios no sistema de saúde brasileiro e ainda a realidade política atual que interfere diretamente na condução das políticas de cooperação em saúde entre os países estudados.

2.1 A relação entre a saúde e a fronteira na pauta da integração regional do Mercosul

Nos últimos anos, o setor da saúde tem sido considerado como indutor do modelo de desenvolvimento, ganhando destaque internacional na Organização Mundial da Saúde (OMS), que constantemente apoia estudos quanto à importância do setor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Existe uma intensa relação entre as condições de saúde da população e sua capacidade de desenvolvimento econômico.

Sen (2010) destaca que a liberdade econômica, e por consequência o desenvolvimento de uma população, está diretamente atrelado às oportunidades sociais de educação e saúde, que acabam por complementar-se às oportunidades individuais de participação econômica e política.

Segundo o referido autor, o desenvolvimento pode ser encarado com um processo de alargamento das liberdades reais e assim não está diretamente influenciado apenas pelas oportunidades econômicas, mas também pelas liberdades políticas e especialmente pelos poderes sociais, como possibilidade de uma boa saúde, educação, entre outros.

Gadelha (2006) destaca o alto grau de potencial mercantil e de produção de renda dos produtos e serviços relacionados ao setor de saúde. O setor possui um

grande complexo industrial, extremamente dinâmico e com alto grau de inovação e potencial de geração de renda e emprego, que o transforma em um conjunto articulado de atividades econômicas que impactam sensivelmente no desenvolvimento econômico e social de uma região.

Além do impacto sobre a capacidade de desenvolvimento social e humano e de dinamização da economia, o setor da saúde influencia de forma significativa o conteúdo da abordagem das questões referentes à integração regional e formação de blocos econômicos. A saúde mostra-se como uma das áreas de destaque no campo da integração, tanto pela necessidade de abordagem e planejamento territorial regional da saúde, bem como pelo fato de que as fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países.

Assim, o planejamento das ações de saúde na fronteira necessariamente impõe a discussão das relações entre os territórios vizinhos, conforme destaca Gadelha e Costa (2007, p. 216):

Não é de se espantar que em comitês de fronteira e reuniões bilaterais o tema “saúde” seja de abordagem necessária, e normalmente configura-se como um dos grupos de trabalho que mais apresenta demandas e respostas ágeis e um dos que mais evolui (Ministério das Relações Exteriores. Nova Agenda de Cooperação e Desenvolvimento entre Brasil e Uruguai. Documentos da Comissão e Vizinhança Brasil-Colômbia).

No Mercosul, com relação à política de saúde, houve avanços institucionais, especialmente com a criação do SGT 11 em 1996, que tem como principal objetivo:

Harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo de integração (MERCOSUL, 1996, p. 3).

Conjuntamente, tem-se a criação da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados, fórum criado para a discussão das macropolíticas e estratégias para o setor da saúde. Neste há discussão de temas como vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis, controle da dengue e febre amarela, HIV/AIDS, questões sobre saúde sexual e reprodutiva, saúde ambiental e do Trabalhador, implementação do Regulamento Sanitário Internacional, doação e

transplantes de órgãos, sistema de informação e comunicação em saúde, e Banco de Preços de Medicamentos do Mercosul, entre outras questões atinentes a saúde e desenvolvimento sanitário.

Importante destacar que as referidas discussões consubstanciam as pautas negociadoras do bloco e estão baseadas em planos e projetos comuns de várias comissões intergovernamentais conjuntas, o que mostra, avanços institucionais quanto ao tema da saúde dentro do Mercosul, e ainda a maior participação dos atores subnacionais.

As dificuldades ainda são muitas, bem como o processo de integração tem sido gradual e lento, baseado principalmente nas questões relacionadas à circulação de produtos e nas ações de saúde pública de alta externalidade¹⁰, tais como as de vigilância sanitária e epidemiológica (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

Segundo Draibe (2007), problemas antigos permanecem sem solução, como, por exemplo, a restrição do livre comércio de serviços de saúde e de produtos para saúde, a proibição de livre circulação profissional e ainda a inexistência de harmonização das legislações e a criação de um fundo orçamentário comum para a saúde.

Ainda assim, a importância das questões sociais e especificamente da saúde na agenda do Mercosul foi evidenciada com o processo de integração econômica. Na fronteira esta preocupação recebeu destaque, pois se mostrou um importante vetor de integração que deve ser atrelada a ações que necessitam de forte articulação política (BAUERMANN; CURY, 2015).

A diferença de mecanismos de garantia do direito à saúde nos países membros do bloco, bem como a inexistência de ações conjuntas de grande porte, diga-se no âmbito do Mercosul, voltadas a estas regiões de maior fluxo de integração, levaram ao distanciamento dos países envolvidos no que tange a garantia do acesso à saúde de maneira universal (SWARTZ; FUGA, 2015).

Ainda que haja a construção de uma agenda social na teoria, em especial quanto à harmonização do direito à saúde, na prática o que se observa é a dificuldade de implantação das medidas previstas na agenda do bloco. Situação que

¹⁰ Segundo Castro (2002, p. 123) externalidade são os efeitos colaterais produzidos pelo consumo ou pela produção de um bem por outras pessoas, que afetam o indivíduo de forma positiva ou negativa. No caso, ele não tem controle sobre esses efeitos colaterais e, tampouco, sobre os custos ou benefícios que auferirá. Podemos considerar uma externalidade positiva a vacinação e, negativa a poluição.

atesta a contradição entre o relativo avanço do processo da construção institucional e o atraso significativo em matérias substantivas da integração.

De acordo com Luciano (2013), diversas mudanças podem ser identificadas na estrutura institucional do Mercosul, todavia o processo de integração mantém-se caracterizado como intergovernamental, em razão do grande poder decisório que os executivos nacionais possuem em relação aos rumos da integração.

São os executivos nacionais, especialmente, os presidentes em exercício nos Estados do Mercosul, que determinam as prioridades e diretrizes da integração regional. Segundo Malamud (2010) ainda que a integração do Mercosul possa ser orientada para o mercado (*market oriented*) nela prevalece a busca pela proteção das soberanias estatais e não pelo compartilhamento ou delegação dessa.

A teoria intergovernamentalista de Andrew Morawcsik inspirou a criação do bloco e até hoje ajuda a explicar sobre as motivações de sua agenda integracionista, bem como os mecanismos criados para a operacionalização da integração proposta.

Uma vez que a teoria aponta, diferentemente da teoria neofuncionalista, para uma convergência de interesses nacionais, em que há eminente importância o poder de cada Estado nacional negociador, com as instituições supranacionais atuando com poder minimizado. O que implica dizer que os interesses postos em negociação sofrem interferência direta das pressões impostas por parte da sociedade e ainda do interesse político de cada Estado Nacional.

Conforme explica Moravcsik (1993), o intergovernamentalismo liberal, caracteriza uma integração regional onde os interesses governamentais são embasados e motivados por interesses domésticos, principalmente das elites nacionais. Para o autor não haveria um interesse nacional único de fato, este seria na verdade, o interesse de um grupo que chega ao poder, podendo eleger suas preferências, denominado por Moravicsik (1998) de *rent seeking*.

Segundo o referido autor quando tratar-se de Estado democrático, sua condição de instituição representativa, faz com que o poder esteja exposto a mundanas constantes, o que implica na modificação constante de suas preferências, já que o grupo no poder e os grupos que o influenciam podem mudar com a eleição de um novo representante, ou da posse de um novo grupo dominante. A mensuração do resultado da influência no Estado pode ser concebida pela força de interação entre os grupos sociais e a disponibilidade dos recursos que estão sendo almejados. Por esses motivos, o autor pondera a importância desses grupos, além

das preferências que precisam primeiro passar por uma intensa negociação doméstica, uma vez que os recursos são disputados e a representação do Estado é fundamental.

Assim, ao passo que garante maior importância e um papel de destaque aos governos subnacionais, que mesmo não fazendo parte de estruturas institucionalizadas, podem influenciar e persuadir para que o Estado nacional possa colocar em sua agenda mecanismos de solução para seus problemas, também traz maior dificuldade na convergência dos interesses dos Estados envolvidos no processo de integração (PRADO, 2013).

Visto que a convergência dos interesses é dificultada pelos interesses particulares de cada Estado-membro, e como e quanto este está politicamente comprometido na garantia dos princípios do bloco. O entendimento e a convergência entre os Estados também está sensivelmente ligada à continuidade política dos governos dos Estados envolvidos.

Assim, os conflitos são inevitáveis durante o processo de integração, mas não representam fracassos, apenas dificuldades a serem superadas. Entre alguns autores que tratam desse tema, há certo consenso sobre a existência de duas formas de gerenciar tais conflitos. A primeira seria formalmente, onde a solução do conflito envolveria a utilização de instrumentos jurídicos e institucionais existentes para tal (SCHMITTER; MALAMUD, 2005) e a segunda forma seria uma solução informal, representada por uma negociação direta entre os envolvidos.

Em alguns casos, esse tipo de solução informal pode até ser eficiente, por algum tempo, mas em sua maioria não representa uma solução definitiva para as reais causas dos conflitos, o que os trazem novamente à tona (MARIANO, 2015).

Além disso, o gerenciamento desses conflitos pode ser direcionado para as instituições nacionais ou ainda podem ser capitaneados por estruturas institucionais regionais. E é nesse momento que se percebe a postura do Governo Brasileiro diante dos fatos e da expectativa quanto à modificação das assimetrias regionais e setoriais existentes, que são as causas fundamentais dos próprios conflitos, assim destaca Mariano (2015, p. 102):

Se a solução dos conflitos é algo importante para um processo de integração que se pretende mais profundo, então a busca pela redução das assimetrias acaba sendo uma das tarefas principais daqueles que negociam as decisões centrais do bloco. Quando essas assimetrias não podem ser reduzidas, buscam-se formas de administrá-las ou diminuir seus efeitos

negativos não só sobre os diversos agentes envolvidos, mas para a própria estabilidade do sistema integrativo em criação. Portanto, atenção especial será dada à percepção dos agentes governamentais brasileiros quanto à existência destas assimetrias e à forma como essas deveriam, ou estariam, sendo administradas.

No caso do Brasil, tal atitude é perceptível por meio de políticas públicas que contemplam a questão da saúde, especialmente, na área de fronteira, onde os efeitos da integração acabam por se potencializar.

No início dos anos 2000, essa postura mostrou-se a partir de diversas discussões levantadas acerca da importância da saúde na agenda de desenvolvimento, mas também da integração regional. Assim, o Governo Brasileiro se dispôs a melhor compreender a demandas e problemas de saúde nas áreas fronteiriças e empreendeu esforços para uma ação conjunta, efetiva e sustentável, instituindo o Sistema Integrado de Saúde das fronteiras – SIS Fronteiras, regulamentado e criado pela Portaria GM/MS n. 1.120 de 6 de julho de 2005.

Segundo Gadelha e Costa (2007), o SIS Fronteiras, criou um instrumento que busca a melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde ao racionalizar a oferta e melhorar a infraestrutura. A intenção inicial era que o sistema pudesse também impulsionar o processo de sedimentação da integração regional, já que teve como principal motivação o reconhecimento de que o processo de harmonização necessário à integração dos sistemas de saúde dos países envolvidos não era compatível com a organização e ressignificação das fronteiras que estava vigente à época da criação do programa:

Foi no âmbito do MERCOSUL – dado o estágio mais avançado de articulação entre países – que essa necessidade foi originalmente recebida pelos governos nacionais, assim como demandas por sugestões para sua equação.

[...]

Essa é uma questão que merece destaque e deixa claro que quanto mais articulada, institucionalizada e transparente for a evolução e negociação acerca da integração das fronteiras, tanto mais se contribuirá para o alcance da visibilidade e apoio político necessários para o início do planejamento das políticas nacionais voltadas para a integração de fronteiras (GADELHA; COSTA 2007, p. 216).

Por fim, a iniciativa visava também subsidiar o processo de harmonização de saúde entre os países, em especial do Mercosul, necessários para o estabelecimento de marcos legais para a integração, otimização e qualificação da atenção prestada nas fronteiras.

Todavia, mesmo diante das medidas unilaterais, evidente, a existência de um descompasso do bloco, que pode ser percebida diante da inexistência de motivação de grande parte dos países membros quanto à adoção de políticas e medidas de maior abrangência quanto ao desenvolvimento sanitário.

O que obriga os países que sofrem um maior impacto nesse campo, a adotarem medidas unilaterais que nem sempre conseguem solucionar os problemas e tampouco convergir os interesses, assim o principal objetivo de garantir a harmonização legislativa sobre as questões sanitárias está longe de ser uma realidade.

No processo de integração é importante haver um Estado disposto a assumir os custos da integração e oferecer maiores benefícios aos demais, e esse é o custo em assumir a liderança no processo (SCHMITTER; MALAMUD, 2005). Diante da realidade do bloco, o Governo Brasileiro se mostra um ator importante e com papel diferenciado no desenvolvimento do processo negociador da integração no Mercosul.

Os períodos de crise no modelo político e principalmente institucional do Mercosul, são os momentos onde há maior cobrança sobre o Estado líder, no caso do Brasil, estas cobranças acabam por influenciar as respostas do governo, e conseqüentemente a construção de sua política interna quanto as questões pertinentes à integração regional.

Contudo, a mesma responsabilidade e engajamento pelas questões sociais, em especial quanto à saúde, não se é percebida nos demais países. Segundo Mariano (2015, p. 106) há uma dificuldade imposta pelo modelo intergovernamental adotado pelo Mercosul:

Nota-se que a inexistência de uma entidade supranacional capaz de condicionar e buscar a convergência dificulta a barganha entre os Estados e o direcionamento da efetivação da agenda social do Mercosul, permitindo-se dizer que cada agente negociador dentro do bloco tem um determinado modelo de integração que orienta suas ações.

No Mercosul, observa-se uma atuação preponderante do Executivo, especialmente dos presidentes dos países envolvidos como condutores das políticas de integração, o que acaba por dificultar a continuidade das políticas e ações implantadas.

Quanto à atuação do País no Mercosul e à garantia dos objetivos do bloco, segundo Buss (2018), percebe-se que o Brasil está sensível as alterações na presidência e na condução da política externa brasileira. Nos dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), passou a vigor a orientação de uma nova estratégia de inserção internacional do país, com grande enfoque à presença do país, no processo de integração regional da América do Sul. Assim, o Brasil saiu da condição de apenas receptor de cooperação internacional, no modelo Norte-Sul, para a de prestador de cooperação agora à outros países em desenvolvimento, especialmente na cooperação Sul-Sul.

Todavia, tais perspectivas tiveram declínio no governo da presidente Dilma Rousseff, tendência seguida no governo do presidente Michel Temer, e em maior escala no governo do presidente Jair Bolsonaro.

A guinada de governos conservadores na América do Sul, especialmente no Brasil, traz uma desconfiança na cooperação Sul-Sul, em razão da aproximação do país com governos de esquerda como o da Venezuela, e assim teria como motivação não o desenvolvimento econômico, mas sim questões ideológicas (BRASIL, 2017). A realidade atual do governo Bolsonaro, traz ainda o retrocesso de algumas ações já desenvolvidas dentro do Mercosul, e ameaça a existência de organizações marcantes na atuação Sul-Sul, como a Unasul¹¹ (SILVA, 2019).

Aliada a vulnerabilidade da realidade política as discussões acerca da saúde no Mercosul, em especial nas fronteiras, se mostram dificultosas pois remetem à necessidade de financiamento do próprio processo integrativo. Isto porque, a ocorrência de conflitos, assimetrias, e demandas diversas, traz a necessidade de financiamento conjunto dos meios de solução destes. Nesse sentido, é importante trazer novamente o entendimento de Mariano (2015, p. 106):

Todo bloco regional lida com o tema delicado do seu financiamento seja para amenizar os conflitos, seja para diminuir as assimetrias, seja até para sustentar a criação de uma nova burocracia especializada. Isto ocorre tanto

¹¹ O tratado constitutivo da Unasul firmado em maio de 2008, congregando os doze países da América do Sul: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela. Sendo promulgado pelo Brasil em 2012, tendo entrado em vigor para o país em agosto de 2011. Com isso, pela primeira vez na história foi criada uma estrutura institucional de amplo escopo congregando todos os doze países soberanos da América do Sul. O Livro Branco de Defesa Nacional - LBDN assim define a Unasul: "Organização internacional cujo objetivo é promover a integração regional com base na convergência de interesses em torno da consolidação de uma identidade própria e do desenvolvimento econômico e social da região" (BRASIL, 2012, p. 261).

num processo estritamente intergovernamental, como num com características de supranacionalidade.

No caso da saúde, o atrelamento das soluções ao desenvolvimento do processo de harmonização e a concentração do tema no controle do acesso e compensação financeira foram apontados como os dois principais empecilhos ao processo de integração das ações de saúde, especialmente nas fronteiras (GALLO; COSTA, 2004).

Assim, a disparidade entre os países quanto à garantia ao acesso a saúde, bem como a inexistência de medidas que possibilitem a harmonização política e legislativa acerca do tema, configuram obstáculos para o efetivo fomento desse setor e trazem diversas complicações para as localidades onde há grande interação entre populações de diferentes países, como por exemplo as cidades de fronteira.

A inexistência de uma entidade supranacional que aja na negociação e convergência dos interesses, oriundos de diversas escalas, bem como de um sistema de compensação financeira, acaba por provocar a criação de políticas unilaterais nos Estados mais prejudicados, que não se apresentam como um meio de solução efetiva dos conflitos, nem configuram incentivos para que os demais envolvidos no processo de integração ajam de maneira a garantir o acesso a saúde igualitário para todos.

2.2 O direito ao acesso à saúde no Brasil e no Paraguai

O presente tópico visa realizar uma análise comparativa entre as regulamentações legais do direito à saúde no Brasil e no Paraguai, de maneira a verificar as assimetrias que decorrem especificamente das diferenças legislativas existentes nos países estudados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde o conjunto do bem-estar físico, social e mental. Esse conceito é amplamente utilizado especialmente no âmbito do estudo Direito, sendo a disposição da saúde como um direito fundamental, baseada no conceito mencionado. Para o estudo desenvolvido, podemos considerar a saúde como um emaranhado de garantias, tanto de saúde física, determinado pela ausência de patologias, como também pelo emaranhado de preceitos fundamentais necessários para o ser humano desfrutar um bem-estar pleno, relacionando-se com o meio ambiente de maneira saudável. Assim, a saúde

representa uma incessante busca pelo equilíbrio entre influências do meio ambiente, modo de vida e de vários outros componentes. Esse padrão de bem-estar foi previsto inicialmente pela Organização das Nações Unidas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, em seu artigo 25, no qual afirma que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 2005, p. 13).

No Brasil, a Constituição de 1988 foi a primeira a elevar o direito à saúde ao patamar de direito fundamental, incluindo-a na condição de direito social:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Nessa condição, a Constituinte garantiu ao direito à saúde a força de direito fundamental, e ainda trouxe o caráter de obrigação prestacional do Estado. Ao prevê-lo como um direito social, que está sob a égide dos direitos fundamentais, é garantido todas as características e a proteção jurídica diferenciada no âmbito jurídico-constitucional, inclusive a condição de cláusula pétrea, conforme prevê o artigo 60, § 4º, inciso IV, da Constituição Federal Brasileira.

Por ser o direito à saúde indispensável ao exercício de tantos outros direitos, a Carta Magna brasileira dispôs em diversos artigos, a aplicação e a garantia do direito a saúde de maneira geral, e associada a diversos outros segmentos. Mas foi no artigo 196 que preceituou de forma clara e conferiu responsabilidades ao Estado como garantidor da ordem constitucional:

Art.196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (PARAGUAY, 1992).

Segundo Simionatto (2004, p. 81) no Brasil, o conceito de saúde adotado pela Constituição vai além da visão centrada na assistência à doença e no modelo curativo, e aponta para uma perspectiva de integralidade, atenção à saúde, com

priorização das atividades preventivas, conforme dispõe o artigo 198,II. As priorizações das medidas preventivas, ante as medidas assistenciais, apontam para o princípio da integralidade, que é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

No Paraguai, o marco sanitário do país está regido, como no Brasil pela Constituição Nacional, em capítulo específico (CAPÍTULO VI) onde dispõe sobre a obrigação do Estado em proteger, promover o acesso à saúde, como um direito fundamental.

Especificamente no artigo 68 a Constituição Nacional dispõe acerca da responsabilidade do Estado, e sobre o caráter de direito fundamental concedido ao direito à saúde:

Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana (PARAGUAY, 1992).

Como na Constituição Brasileira, o conceito de saúde utilizado pelo Constituinte Paraguaio, abrange diversos fatores para qualificar o direito a saúde, e não só a saúde como a ausência de doença, o que demonstra que o direito à saúde está diretamente ligado a tantos outros direitos sociais, bem como é condição essencial ao exercício da cidadania plena (SEN, 2010).

Contudo, segundo Simionatto (2004), o texto constitucional paraguaio traz uma concepção de saúde mais próxima da visão higienista, onde a doença é tomada como centro do processo de assistência à saúde. Os dispositivos constitucionais evidenciam o caráter impositivo do direito à saúde, representando mais que uma mera previsão constitucional, e sim uma garantia, que mesmo carecendo de atividade legiferante para se efetivar, deve ter sua aplicabilidade imediata, ou seja, o dispositivo legal deve gerar resultados concretos para sociedade.

No que tange às competências e às obrigações do Estado na efetivação do direito à saúde, a Constituição Brasileira, por meio da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), detalha sobre as ações e os serviços de saúde e apresenta ainda as diretrizes básicas para a operacionalização desse sistema:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Ademais, os constituintes dispuseram ainda sobre caracterização e delimitação das ações que o Estado deve seguir para garantir efetivação do direito à saúde tal qual prevê as Constituições de ambos os países. No Brasil, esta delimitação está expressa tanto no artigo 196, como nos artigos 194 e 198 da Constituição Federal.

É possível verificar, nos termos do artigo 196, que a garantia da saúde é composta de ações por parte do Estado que visem também a prevenção, e a igualdade de oportunidades de utilização dos meios de tratamento pelos sujeitos, através de políticas sociais e econômicas.

Sob esse aspecto, destaca-se o artigo 69 da Constituição paraguaia, que dispõe acerca das ações que o Estado Paraguai deve seguir para a efetivação do direito, bem como as diretrizes para a criação do sistema nacional de saúde:

Artículo 69 - DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado (PARAGUAY, 1992).

Ambas as Constituições previram de maneira clara e objetiva o direito a saúde, como um direito fundamental e de responsabilidade do Estado, que o deve garantir de maneira integral e universal, dispondo inclusive sobre a criação de um sistema nacional de saúde, que deverá ser encarregado da garantia do direito previsto constitucionalmente. Assim, o Estado assume em o papel central na coordenação e estruturação das políticas de saúde, através de programas e recursos do setor público e privado.

2.3 Aspectos legais e políticos dos Sistemas de Saúde do Brasil e do Paraguai

Para além das disposições constitucionais, tanto brasileiras como paraguaias que dispõem sobre o direito ao acesso à saúde como um direito de todos, e dever

do Estado, observa-se que em ambos os países a regulamentação acerca dos sistemas de saúde se dá por meio de legislação infraconstitucional.

Nesse sentido, segundo Preuss (2011), o Brasil em comparação aos demais países do Mercosul, é o único país a apresentar a assertiva da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, com detalhamento de ações, serviços, financiamento e especialmente instituindo um sistema único de saúde, que se propõe universal e integral tanto no acesso com no atendimento.

No Brasil, a disposição constitucional foi regulamentada pela a lei nº 8.080 e 8.142 editadas em 1990, que normatizam o SUS, dispendo acerca dos princípios éticos e organizacionais, sendo eles a universalidade, o caráter democrático e descentralizado da administração e a integralidade. Nesse sentido, oportuna a síntese de Castaman (2004, p. 104), sobre a divisão teórica dos princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos do SUS:

Os primeiros dizem respeito à universalidade [...] O acesso à saúde, portanto é entendido como direito público subjetivo, integrante dos direitos da cidadania; à equidade – a saúde deve redistributiva, com objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. [...] à integralidade – “entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos [...] Os segundos dizem respeito à descentralização – a gestão SUS passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios [...] à regionalização – refere-se a distribuição dos serviços de modo a atender atividade regionais de diferentes níveis de complexidade.[...] ao controle social – refere-se à efetiva participação do usuários do sistema em sua definição política, através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde previstas nos três níveis do governo.

A Lei, em exata correspondência ao artigo 198 da Constituição, normatiza um Sistema Único de Saúde, com gestão descentralizada, democrática, que garanta o acesso universal, integral, e com foco na prevenção das doenças. O financiamento, nos termos do artigo 195, se dará por meio de recursos advindos da União, dos estados e dos municípios e da seguridade social.

No Paraguai, a Constituição dispõe sobre a adoção de medidas específicas para erradicar as enfermidades que atingem a população, regulando para tanto a implementação do Sistema Nacional de Saúde. Assim, para dar cumprimento à disposição constitucional, a Lei 1032/96 instituiu o Sistema Nacional de Saúde que trouxe um modelo de sistema fragmentado e segmentado, tendo como princípios éticos/doutrinários a equidade, integralidade, participação social e a qualidade da atenção.

O artigo 4° da Lei 1032/96 dispõe sobre a atuação do Estado:

Mediante a oferta de servicios de salud de los subsectores públicos y privados, estableciendo conexiones intersectoriales concertadas e incorporando a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de salud (PARAGUAY, 2017, p. 4).

Por meio do sistema de saúde, se pretende distribuir de maneira equitativa e justa os recursos do setor da saúde, para que os serviços sejam prestados de maneira equitativa, oportuna e eficiente, sem qualquer discriminação, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e cuidados paliativos.

Ainda que apresentem princípios bastante parecidos, há que se observar que concepções sobre o direito à saúde, objetivos, princípios, financiamento e gestão dos sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai, apresentam diferenças pontuais que podem justificar a disparidade de cobertura e qualidade no acesso aos serviços de saúde (DOKKO, 2014), especialmente no que tange a universalidade dos serviços.

Nesse sentido, as autoras Simionatto, Nogueira e Gomez (2004, p. 90) apresentam quadro comparativo sobre os princípios normativos dos sistemas de saúde dos países membros do MERCOSUL, o que se repete aqui quanto os países estudados:

Quadro 1 – Princípios normativos dos sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai

CATEGORIAS	BRASIL	PARAGUAI
Concepção de direito à saúde	Saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.	A saúde é um direito de todo cidadão, sendo o Estado o responsável por manter uma cobertura integral e o pleno acesso aos recursos do sistema.
Princípios do sistema de saúde	Universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações; utilização da epidemiologia para definição de políticas; participação da comunidade; descentralização política-administrativa; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e	Equidade em todos os níveis de atenção; solidariedade; integralidade de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde; participação social como compromisso do cidadão e da comunidade na preservação da saúde; eficiência e eficácia para elevar produtividade e qualidade da atenção.

	humanos; resolutividade em todos os níveis; organização dos serviços públicos evitando duplicidade de meios para fins idênticos.	
Concepção de saúde	Fatores determinantes e condicionantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.	Saúde como resultante de processos sociais e tendo papel importante para o desenvolvimento do país.
Objetivos do sistema	A identificação de fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, o direito à saúde; a assistência de pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.	Distribuir de maneira justa e equitativa os recursos da saúde, coordenar os setores e instituições que exerçam atividade voltada a promoção, prevenção e garantia da saúde.
Financiamento	O sistema será financiado pelo orçamento da seguridade nacional, definido constitucionalmente. A alocação de recursos será feita obedecendo a critérios populacionais, epidemiológicos, capacidade técnica e administrativa e operativa da rede instalada, inversões no sistema e transferido fundo a fundo entre União aos Estados e Municípios.	O Fundo Nacional de Saúde é a direção executiva financeira encarregada de desenvolver as políticas de financiamento do sistema, mediante prévia apreciação do Conselho Nacional de Saúde. O sistema será financiado com recursos orçamentários destinados a cada um dos subsistemas que o integram – estabelecimentos do subsetor público, mecanismos de transferência entre regiões, pagamento de profissionais e provedores de serviços de saúde.
Gestão	Ações regionalizadas e hierarquizadas; direção única em cada esfera de governo; possibilidade de consórcios intermunicipais de saúde.	Coordenação de ações integradas entre o setor da saúde e outras áreas; implementação de um sistema de atenção médica; assistência técnica a todas as organizações de saúde (públicas e privadas ou mistas) visando a descentralização de funções e responsabilidades; complementação do setor público e privado; orientação e sensibilização para entender a saúde como um processo de ação permanente como política de Estado.

Controle Social	Conferência de Saúde, nos três níveis de governo, com função consultiva sobre políticas de saúde. Conselho de Saúde, nos três níveis de governo, com funções deliberativas, na definição e gestão das políticas de saúde. Participação paritária em todos os níveis, envolvendo setor público, profissionais, usuários e prestadores de serviços de saúde. A escolha é democrática e coordenada por responsáveis pela saúde nas instâncias correspondentes.	Tem como instâncias consultivas os Conselhos Nacionais, Regionais e Locais de Saúde.
------------------------	---	--

Fonte: Adaptado de Simionatto, Nogueira e Gomez (2004, p. 90).

Contudo, as maiores diferenças entre os sistemas de saúde de cada país se encontram basicamente na forma de financiamento e gestão, que acabam por influenciar diretamente no acesso e cobertura da população, a ponto de causarem assimetrias, que conduzem os usuários do Paraguai, especialmente os fronteiriços a buscarem atendimento nas cidades brasileiras.

No Brasil, o sistema de saúde é público, todavia composto pela esfera pública e privado, atuando o setor privado na suplementação ou ainda na prestação de serviços para o sistema público, e possui uma cobertura de atendimento de 75% da população, sendo que os outros 25% da população são cobertos pelo Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) (PREUUS, 2011).

O financiamento se dá por meio de receitas próprias da União, dos estados e dos municípios, sendo a maior parte dos recursos advindos de impostos e contribuições sociais, cuja esfera federal é responsável pelo recolhimento. Há ainda a disponibilização de recursos decorrentes de transferências intergovernamentais, realizados por meio dos Fundos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, que são gerenciados por órgãos do poder executivo, sob a fiscalização dos conselhos de saúde e através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, que a população fiscaliza e delibera sobre a destinação dos recursos dos respectivos fundos para a execução da política de saúde no estado ou no município.

Quanto a distribuição dos recursos federais, sua divisão e disponibilização se dá através de negociação na Comissão Intergestores Tripartite, onde é estabelecido um teto financeiro para cada Estado da Federação, e posteriormente é dividido entre

os municípios, conforme negociação firmada na Comissão de Intergestores Bipartite (OPAS, 2001)

A forma de repasse representa um entrave ao acesso de qualidade aos municípios localizados na faixa de fronteira, pois consideram somente a população residente em cada município, sem observar os usuários esporádicos e não contabilizados na população fixa.

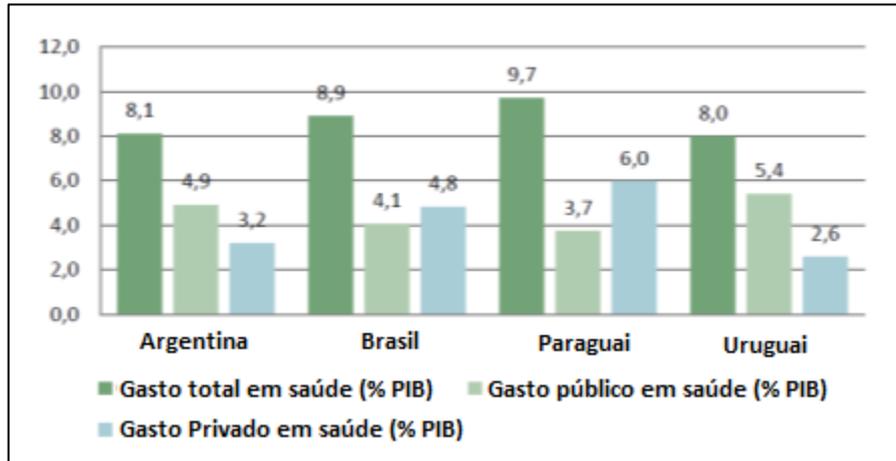
O sistema de saúde pública se fundamenta no modelo beveridgiano¹², e segundo (MENDES, 2001), é classificado como universal, assim a maior parte da cobertura e acesso vem majoritariamente do sistema público. Baseado no princípio da universalidade e da integralidade, não há previsão de pagamento de taxas, sendo todo o serviço disponibilizado de maneira gratuita.

Como previsto nas disposições constitucionais, há grande inclinação à garantia da prevenção, de modo que as políticas desenvolvidas tendem a privilegiar medidas que possibilitem a atenção básica, como por exemplo, o programa Saúde da Família, e o programa dos Agentes Comunitários.

O Brasil já foi, dentre os membros do Mercosul, um dos países com maior percentual de gasto público em saúde com relação ao PIB, todavia essa realidade tem sido modificada ano a ano desde meados do ano de 2005 (TRINDADE, 2015). Em 2011 o gasto público em saúde foi de 4,1% do PIB atrás de países como Argentina e Uruguai, conforme demonstra a Figura 1 (CABALLERO, 2012, p. 11).

¹² O sistema beveridgeano é conhecido pela universalidade, é inspirado no Relatório Beveridge, elaborado pelo inglês Lord Beveridge, ao final da Segunda Guerra Mundial, quando a Grã-Bretanha se encontrava imersa em profunda crise econômica e social. A ideia fundamental deste documento era que todo membro de uma sociedade tivesse o direito legal a cobertura dos benefícios da seguridade social, cabendo ao Estado, por meio de adequada destinação de recursos, evitar que os cidadãos não tivessem o atendimento devido ao desemprego, doenças ou velhice. Neste tipo de sistema é responsabilidade do Estado financiar o sistema com recursos públicos, prestar os serviços e garantir o acesso universal. Este se baseia na concepção de que todos os habitantes de um país têm o direito de receber os serviços básicos para sua atenção (SACARDO, 2009).

Figura 1 – Países do Mercosul: Gasto em saúde em relação ao PIB (2011)



Fonte: Banco Mundial, 2011.

Essa realidade mostra-se ainda mais dispar, quando comparada ao gasto em saúde de outros países, que possuem o modelo de sistema de saúde universal. Isto porque o Brasil com um percentual 45,2% de gasto público em saúde, em relação ao gasto total em saúde da população, e está atrás de países como França com 77% e Reino Unido, 83,2%, os quais possuem sistemas de saúde universais (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

O percentual de gastos públicos em saúde deveria ser maior nos sistemas de saúde universal, em detrimento dos sistemas segmentados, isto porque no primeiro a consolidação do modelo se reflete na prática com a relação entre o total de gasto público e o gasto total em saúde. Assim, para que seja possível a operacionalização dos princípios da equidade, da universalidade e da integralidade, é importante redefinir as práticas em saúde, especialmente quanto aos limites financeiros, públicos técnicos e organizacionais (CONASEMS, 2006).

Nesse sentido, algumas práticas são mais eficazes à garantia do acesso à saúde, por serem mais próximas à população, bem como por permitirem a atenção básica de saúde, atuando diretamente na prevenção. Nestas práticas podem ser incluídos o Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, entre outros, todavia, o déficit nas referidas políticas acabam por impedir que os resultados atinjam toda a população (PREUSS, 2011).

A realidade brasileira nos anos 2000 mostrava a adesão do país a um movimento de fortalecimento da universalidade do acesso à saúde e culminou na criação de diversos programas como da Saúde da Família e do SIS Fronteiras em

2005. Tal medida foi ao encontro a uma preocupação existente também nos Estados-membros do Mercosul, em constituir sistemas integrados de saúde que pudessem congregar e acolher nacionalidades diferentes.

O SIS Fronteiras foi criado em julho de 2005 com intenção de amenizar/solucionar os problemas quanto ao acesso aos serviços públicos de saúde nas cento e vinte e uma cidades localizadas até dez quilômetros da linha de fronteira brasileira. Para tanto, estabeleceu um repasse *per capita* maior por habitante dos municípios que aderissem ao programa de fronteira, visando a construção de um diagnóstico local, e a realização de ajustes nos sistemas de saúde dos municípios envolvidos (CONASEMS, 2006).

Todavia, as mudanças, no quadro político do País, bem como a crise econômica, trouxeram consigo uma pauta nas discussões sobre políticas para o setor da saúde, que incluem a abertura do mercado de saúde ao capital estrangeiro - Lei 13.097/15 – o aumento da participação do setor privado, e a diminuição do gasto público em saúde por meio da aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016 que congelou as despesas primárias até 2036 (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018)

No Paraguai, a discussão acerca da reforma da saúde vem ao encontro da intenção primária da Constituição Brasileira, ou seja, com a garantia ao acesso universal e integral, com intensa participação social na política sanitária, todavia, tal movimento tem se aprofundado de maneira lenta e gradual.

O país possui um sistema de saúde fundamentado no sistema bismarkiano¹³, considerado de competição gerenciada, com combinação dos subsetores privado, público e de seguro social (MENDES, 2001).

O financiamento é misto e se dá mediante fontes privadas, seguro saúde e pagamentos diretos, e fontes públicas, especialmente impostos e fontes contributivas do seguro social. A parte pública é financiada pelo Ministério da Salud

¹³ Os sistemas de saúde do tipo bismarkiano são aqueles financiados com base em contribuições sociais obrigatórias dos empregados e empregadores e afiliação dependente da inserção no mercado de trabalho. Este tipo de sistema de seguridade social teve como propulsor o sistema de saúde alemão do final do século XIX, que foi estruturado por Otto von Bismarck. Segundo Soares (2007, p. 1565), dentro desse conceito, por razões de Estado ou razões paternalistas havia o interesse de que os cidadãos fossem saudáveis, o que poderia ser conseguido através da organização da saúde pública. Bismarck então não só estruturou o sistema de saúde, como planejou um esquema detalhado de seguridade social, através de reformas administrativas. Esse sistema foi estruturado através de uma base contributária de afiliação profissional obrigatória, e de uma base de financiamento através de cotizações de empregados e empregadores.

e do Bienestar Social, e pela contribuição dos trabalhadores, via Instituto de Previsión Social.

Enquanto a cobertura da Previsión Social abrange cerca de 13,9% da população, apenas 7,7% da população é coberta por outros tipos de seguro privado ou público, ou seja, apenas 21,66% da população possui cobertura. (DULLAK *et al.*, 2011).

O gasto público em saúde, em 2011, representava cerca de 38,6% do gasto total da população com a saúde, e assim como no Brasil, ainda está longe de ser o ideal em comparação a países com sistemas de saúde mais desenvolvidos e próximos da universalidade e integralidade.

Todavia, o gasto público tem apresentado aumento significativo especialmente nos anos de 2012 a 2014, chegando a um percentual de 53% em uma clara demonstração do poder público sobre a preocupação, ainda que tímida, quanto a efetivação de uma nova política sanitária no país (PARAGUAY, 2017). Observa-se que com o aumento do gasto público na última década, em comparação com a América Latina, o Paraguai apresenta um dos maiores percentuais de gasto público, sendo inclusive, maior que a média de países com sistema de saúde universal e não segmentado como o Brasil (TRINDADE, 2015).

Mesmo com um dos maiores percentuais com relação ao PIB de gasto público em saúde do Mercosul, há que se destacar que o PIB per capita do país é três vezes menor que da Argentina e quase quatro vezes menor do Brasil e do Uruguai. A notável diferença no PIB *per capita* traduz-se em uma notória diferença no investimento *per capita* em saúde, o que faz com que o investimento em saúde no Paraguai seja o menor do Mercosul (CABALLERO, 2012).

O autor referido destaca ainda que além do baixo investimento em saúde, o sistema paraguaio ainda enfrenta problemas básicos de estruturação, visto que, na prática, o Sistema Nacional de Saúde trabalha de forma descoordenada, segmentada e fragmentada, já que possui diversas modalidades de financiamento, regulação e provisão, que acabam por fomentar as desigualdades sociais e ainda promove a descontinuidade do cuidado em saúde. As diversas instituições que compõe o sistema apresentam pouca integração e grande dificuldade de articulação entre o subsetores, e assim garantem a oferta dos serviços de saúde não homogênea tanto nos níveis de organização como na distribuição sócio espacial dos estabelecimentos.

Nesse sentido, observa-se que a diferenciação na gestão, financiamento e acessos aos sistemas de saúde acabam por aprimorar as assimetrias na qualidade e cobertura dos serviços de saúde dos dois países, realidade que se aprofunda na zona de fronteira, que estão ainda mais distantes do eixo político de seus países.

Em uma demonstração de avanço na universalização do acesso a saúde e na mudança na visão higienista, em 2008, o MSPyBS passou a difundir as Unidades de Saúde da Família, em uma clara inspiração no modelo brasileiro das Equipes de Saúde da Família.

A prática que também representa uma mudança global no que tange as ações de garantia ao acesso a saúde, está baseada na evidência internacional que sugere que os sistemas de saúde baseados em atenção primária alcançam melhores resultados, tanto quanto a eficiente na garantia da saúde, como redução de custos e no aumento da satisfação usuário (GAETE, 2017).

O modelo brasileiro serviu de inspiração para o sistema paraguaio, sendo, inclusive, objeto de uma parceria de cooperação entre os governos brasileiro e paraguaio, triangulada pela OPAS/OMS¹⁴, apresentou resultados expressivos na melhoria do acesso e dos indicadores de saúde pública da população paraguaia (OPAS, 2013). A iniciativa demonstra um grande potencial de cooperação entre os países, pois ainda que permeados por sistemas diversos, a previsão constitucional dos países são similares e respondem aos mesmos princípios no que tange ao acesso à saúde.

Ademais, outra mudança substancial no sistema de saúde paraguaio, foi a promulgação da Lei 5.099 de 2013 que dispunha sobre a gratuidade dos serviços de saúde. A lei foi o resultado de uma política de gratuidade iniciada em 2008, no

¹⁴ De acordo Organização Pan-Americana da Saúde (2013, p. 14) da família: Tendo em conta os processos de reformas nos sistemas de Saúde nas Américas, foi proposta, em 2005, a criação de um Programa de Cooperação Internacional em Saúde (TC 41)¹, que tem como objetivo promover o desenvolvimento de conhecimentos e o intercâmbio de experiências, tecnologias para enfrentar os problemas de saúde que são prioridades ou interesses comuns entre Brasil e outros países membros da OPAS/OMS, com prioridade para a América do Sul e a África de língua portuguesa, apontando para o desenvolvimento solidário dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. No contexto atual, a OPAS/OMS exerce a importante função de fortalecer a cooperação sub-regional com a participação do Brasil, aproveitando as capacidades nacionais, ao passo que satisfaz as necessidades e demandas do país atendendo a incorporação e implementação de uma agenda crescente de iniciativas trianguladas sul-sul, cumprindo com as políticas de cooperação internacional do país. O Projeto de Cooperação Técnica Brasil/Paraguai para o fortalecimento de sistemas de saúde foi promovido com o apoio e a triangulação da OPAS/OMS através do TC 41. Esta triangulação se mostra fundamental para o desenvolvimento da saúde nos países, enquanto viabiliza a potencialização dos recursos, do intercâmbio de experiências, de conhecimentos e de tecnologias, além de representar um ambiente de diálogo que possibilita uma melhor compreensão da realidade dos outros países e uma ação baseada na necessidade, solidariedade e no respeito.

governo do presidente Fernando Lugo, com previsão de gratuidade das internações, cirurgias, e outros programas de diferentes especialidades em todos os hospitais e centros de saúde administrados e financiados pelo MSPyBS.

A lei que estendia a gratuidade a todos os serviços financiados pelo MSPyBS entrou em vigor em 2013, com a ascensão do governo de Horacio Cartes, sob forte desacordo do então Ministro da Saúde, Dr. Antonio Barrios que, por repetidas vezes, afirmou que não seria possível sustentar a gratuidade. A lei só foi aprovada com a pressão da oposição que buscava preservar as conquistas no caminho à garantia da universalidade no sistema de saúde.

Todavia, a pressão do Executivo acabou por surtir efeito, ao passo conseguiu fazer incluir na lei, a previsão de que a implementação da gratuidade ocorreria de maneira progressiva e financiada conforme as previsões do orçamento geral, o que supõe que fica a critério do governo o progresso do financiamento da gratuidade. Tal fato implicou diretamente no investimento e na qualidade de programas de atenção básica e emergência médicas, que no ano de 2014 tiveram uma baixa de cerca de 4% e 3% respectivamente (MARTINEZ, 2017).

A lei 1.032 de 1996 que criou o Sistema Nacional de Salud (SNS) prevê a implantação da atenção primária à saúde e a criação dos conselhos locais e regionais de saúde, buscando a gestão descentralizada do sistema uma ampla participação social, mas não logrou êxito para mudar o sistema de saúde.

Segundo Caballero (2012), as medidas implantadas não foram suficientes a aumentar a participação dos municípios no gasto público em saúde, tão pouco para garantir a implantação dos conselhos de saúde em todos os municípios. Para o autor, os conselhos serviriam a implantar um plano local de saúde, permitindo o fortalecimento da democratização do sistema de saúde por meio da consolidação de importante espaço de participação social e encontro entre diferentes atores locais.

Em razão das mudanças na presidência e no quadro político do Paraguai, com alternância entre governos de esquerda e direita com agenda e prioridades totalmente controversas, os avanços experimentados com as leis da gratuidade, do Sistema Nacional de Saúde e com o aumento do gasto público em saúde, não foram suficientes para promover a reforma discutida por muito tempo pelo país, especialmente no que tange a mudança no sistema de saúde pública, com a inclusão da universalidade, integralidade, participação social e da descentralização como princípios a serem amplamente respeitados (MARTINEZ, 2017).

3 O SIS FRONTEIRAS – COMO MECANISMO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Após se discutir algumas questões teóricas sobre o conceito de fronteira, sobre a importância do setor da saúde na pauta da integração regional, parte-se para o aprofundamento acerca do SIS Fronteiras, projeto escolhido para a análise da importância e do impacto de políticas públicas que contemplem a fronteira e o acesso à saúde para o desenvolvimento das regiões fronteiriças e da plena integração entre os países. Num primeiro momento detalharemos a sistemática do SIS Fronteiras, especialmente, sobre sua formulação. Em seguida, será apresentado o estudo de campo sobre a implantação e o impacto do SIS Fronteiras na cidade de Ponta Porã.

3.1 A formulação do SIS Fronteiras – de projeto de política para o Mercosul para política unilateral

Como observado nos capítulos anteriores até a criação do Mercosul, em 1991, O Brasil não possuía qualquer tipo de política pública especialmente voltada para o desenvolvimento da faixa de fronteira.

A integração econômica e a criação do Bloco culminaram na inclusão da faixa de fronteira como uma importante diretriz da política nacional e internacional, isto porque o processo de integração acabou por evidenciar a necessidade de encarar o problema da utilização dos serviços de saúde pelos cidadãos da fronteira, sejam eles estrangeiros ou brasileiros não residentes no país (PEITER, 2005).

No Mercosul desde 1997, algumas ações voltadas a temática da fronteira e do acesso à saúde vinham sendo articuladas pelo Ministério da Saúde brasileiro, sendo uma delas a Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile (RMSM-BCh), formada pelos Ministros da Saúde dos Estados partes (Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai), e ainda do Chile e da Bolívia, que representa uma instância vinculada ao Conselho do Mercado Comum (CMC), órgão máximo do MERCOSUL. As reuniões ocorriam semestralmente e eram responsáveis por definirem macropolíticas e programas no âmbito do Mercosul, sendo inclusive responsáveis por programas como o Programa Regional da Luta para o Controle do Tabaco; Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS, entre outras (BRASIL, 2003).

Além da RMSM-BCh, foi criado em 1998 o Subgrupo de trabalho, SGT nº 11 –

Saúde, instaurado especialmente para atuar na área da saúde, com a proposta de contribuir para o processo de integração através da harmonização das normas e procedimentos dos países membros em relação aos bens, produtos e serviços da área da saúde.

E foi nessa realidade que o SIS Fronteiras foi criado, resultado do amadurecimento de uma iniciativa do Brasil para a criação de um mecanismo que possibilitasse medidas que integrassem as políticas e ações de saúde nas fronteiras dos países membros do Mercosul. A primeira iniciativa apresentada pelo Brasil foi o “Consórcio MERCOSUL – Saúde” em reunião do SGT nº 11 – Saúde realizada em 2003, conforme trecho da ata:

MERCOSUR / SGT Nº 11 / ACTA Nº 2/03 XXI REUNIÓN ORDINARIA DEL SUBGRUPO DE TRABAJO Nº 11 “SALUD” 7.3 Propuesta de Creación de un Consorcio MERCOSUR – Salud La Delegación de Brasil presentó la propuesta de Creación de un Consorcio MERCOSUR – Salud para organizar la atención a la Salud en las fronteras, involucrando todos los actores (Gobiernos Federal, Provincial/ Departamental /Estadual y Municipal). Las Delegaciones concuerdan con la importancia de avanzar en la consolidación de instrumentos de gestión capaces de responder a las necesidades de Salud de las poblaciones fronterizas y se comprometen a analizar la viabilidad y factibilidad de la Propuesta. Al respecto, la Delegación de Brasil se comprometió a remitir los objetivos e información a los Estados Partes así como a realizar un Taller sobre este tema a comienzos del año 2004. [...] 12.1 Salud de Frontera Según lo acordado en el Acta 1/03, Punto 11, la Delegación de Brasil remitió a los Estados Partes un documento titulado “Metodología de Análisis de Redes de Servicios de Salud- Consideraciones sobre la aplicación en las Fronteras en el MERCOSUR”. Las Delegaciones tomaron conocimiento del documento y el delegado de la Comisión de Prestación de Servicios de Salud de Brasil, realizó una presentación, la cual figura en Anexo XVII. Las Delegaciones se comprometieron a analizar dicho documento y remitir las sugerencias a la PPTA, acordando su consideración en la próxima Reunión. Las Delegaciones hicieron referencia a la necesidad de trabajar en forma conjunta con el GAHIF, los temas que afectan la salud de la población de las áreas fronterizas y todos los aspectos relacionados. Asimismo, destacaron la necesidad de dar seguimiento y analizar todos aquellos Foros MERCOSUR que traten temas relacionados con la salud (MERCOSUL, 2003).

Somente em 2005, na reunião do SGT nº 11 – Saúde, realizada entre os dias 30 de maio a 3 de junho de 2005 em Assunção, Paraguai, o projeto de Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras do Mercosul (SIS-Mercosul) foi exibido pelo Brasil para que as Coordenações Nacionais das demais delegações presentes (Argentina, Paraguai e Uruguai) refletissem sobre as formas de integração para os serviços de saúde nos municípios fronteiriços do bloco. Apesar do interesse brasileiro, o projeto não teve grande repercussão e acabou não sendo objeto de

maiores discussões nos encontros seguintes do SGT n. 11 – Saúde (FERREIRA, 2015).

A condição de grande receptor de usuários estrangeiros não residentes, do sistema de saúde brasileiro, especialmente nas regiões de fronteira com o Paraguai e a Bolívia onde há grande assimetria nas condições de acesso a saúde, universalidade e integralidade do acesso (SACARDO, 2009), colocou o país no papel precursor de medidas que pudessem garantir a harmonização legal quanto ao acesso à saúde no Mercosul.

Diversos foram os fatores que acabaram por dificultar o encaminhamento e implantação do projeto do SIS-Mercosul, culminando no seu aproveitamento como política unilateral. A burocratização, os empecilhos legais, a dificuldade na harmonização legislativa acerca do tema, e as divergências políticas dos países envolvidos foram os grandes problemas enfrentados para o desenvolvimento do projeto a nível de Mercosul (FERREIRA, 2015).

Assim, considerando a realidade política do Brasil, permeada pela nova orientação quanto à importância das fronteiras no desenvolvimento econômico e social, como resultado de uma ampla discussão quanto a inclusão da fronteira e da saúde na pauta da integração e cooperação entre os países do Mercosul, o projeto foi adaptado e tornou-se uma política nacional voltada à promoção da integração de ações e serviços de saúde, e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde das regiões de fronteira.

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras é um projeto de responsabilidade da Secretária Executiva do Ministério da Saúde (MS) e foi instituído em 2005 por meio de três Portarias do Ministério da Saúde, datadas de 06 de julho de 2005. A Portaria GM/MS n. 1.120, responsável pela instituição do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, a GM/MS n. 1.121 que dispôs sobre o Comitê Permanente para Implementação e Acompanhamento das Ações para Integração do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e a GM/MS n. 1.122, responsável por estabelecer as etapas e os mecanismos e formas de repasse dos recursos financeiros, bem como por regulamentar a forma de adesão dos estados e dos municípios.

Após as portarias editadas no ano de 2005, no ano seguinte, foram editadas as Portarias GM/MS n.1.188, que deu nova redação à Portaria GM/MS n. 1.120 e a

Portaria GM/MS n. 1.189, responsável pela aprovação do novo termo de adesão ao SIS Fronteiras.

O projeto surgiu com os objetivos de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Nasceu como uma experiência para tentar identificar as deficiências e potencialidades estruturais do Sistema Único de Saúde, especialmente nos municípios fronteiriços, que possam dificultar e/ou impedir a garantia de um atendimento em saúde de qualidade (CARVALHO, 2014).

Sob esse aspecto, é importante observar que o texto vigente foi resultado da alteração ocorrida em 2006 pela Portaria GM/MS n. 1.188 de 05.06.2006, data em que a maioria dos municípios já haviam aderido ao programa. O texto trouxe diversas mudanças e representou inclusive uma limitação dos objetivos do SIS Fronteiras. O texto inicial apresentava em seu artigo 1º os seguintes objetivos do SIS Fronteiras:

- Art. 1º Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras, sistema este destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, com os seguintes objetivos:
- I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;
 - II - verificar as demandas e a capacidade instalada;
 - III - identificar os fluxos de assistência;
 - IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;
 - V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e
 - VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros.

Tais objetivos foram limitados apenas aos de promover a “integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde” conforme redação disposta na pela Portaria GM/MS n. 1.188 de 05/06/2006, que tinha como intenção complementar e adequar a legislação básica do Projeto à realidade das nossas fronteiras (CARVALHO, 2014).

O programa contemplou apenas 121 municípios de fronteira, sendo aqueles localizados até 10 km de distância da linha de fronteira. A época da implantação a população desses municípios era de aproximadamente cerca de três milhões de pessoas, divididos em fronteiras com o Uruguai, Paraguai, Argentina, Bolívia, Peru, Guiana, Guiana Francesa, Suriname, Venezuela e Colômbia (REZENDE *et al.*, 2008).

Para estabelecer as etapas e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a Implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, bem como regulamentar a forma e o prazo de adesão dos estados e dos municípios, foi editada a PORTARIA Nº 1.122, também de 6 de julho de 2005. Quanto à adesão dos estados e municípios assim dispôs:

Art. 1º Estabelecer as seguintes etapas para implantação do SIS - Fronteiras, conforme Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005:
I - Etapa 1 - até dezembro de 2005 - implementação da Fase I nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS;
II - Etapa 2 - de janeiro a dezembro de 2006 - implementação das Fases I e II nos municípios de fronteira da Região Norte e implantação das Fases II e III nos municípios de fronteira com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS; e
III - Etapa 3 - 2007 - consolidação da Fase III com implementação nos municípios de fronteira da Região Norte e desenvolvimento nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS.

A adesão dos municípios foi estabelecida em duas etapas distintas, onde se considerou aspectos geográficos e momentos temporais diversos. Na primeira etapa, a adesão direcionava-se a municípios da Região Sul do País, ou seja, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, e ainda de um estado da região Centro-Oeste, o Mato Grosso do Sul, totalizando 69 municípios. A segunda etapa, direcionava-se aos outros 52 municípios dos estados da Região Norte, sendo Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e do Centro-Oeste, o Mato Grosso, conforme demonstra a Figura 2, em roxo estão os municípios, onde iniciou-se o programa e, em verde, a região contemplada na segunda etapa.

Figura 2 – Mapa da Adesão ao SIS Fronteiras



Fonte: SIS Fronteira/CGEP/DP/SE/MS (2005).

A previsão de início do projeto, pelos municípios do Arco Sul¹⁵, teve como principal intenção aproveitar os debates já mais sistematizados acerca do processo integratório nas fronteiras dos países membros do Mercosul, o que possibilitaria um maior monitoramento e aprimoramento da ferramenta oferecida pelo projeto (BRASIL, 2005).

Seguinte ao momento da adesão, para poder utilizar-se das ações dispostas no projeto, o município deveria formalizar sua manifestação de vontade em participar do SIS Fronteiras, deveriam os gestores municipais e estaduais assinarem o Termo de Adesão ao Projeto SIS Fronteiras, conforme disposto na portaria GM/MS n. 1.189. A partir de então teria início a execução das fases do Projeto no município, bem como seria garantido o repasse dos incentivos financeiros, em parcelas únicas

¹⁵ Atualmente a base territorial das ações do Governo Federal para a Faixa de Fronteira, estabelece como áreas de planejamento três grandes Arcos, definidos a partir da proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF – 2005), com base na Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) do Ministério da Integração. O primeiro é o Arco Norte que compreende a Faixa de Fronteira dos Estados do Amapá, Pará, Amazonas e os Estados de Roraima e Acre, o segundo é o Arco Central, que compreende a Faixa de Fronteira dos Estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e o terceiro é o Arco Sul, que inclui a fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Como nos outros Arcos, diferenças na base produtiva e na identidade cultural foram os critérios adotados para a divisão em sub-regiões (BRASIL, 2005).

no início de cada fase (recursos fase I e II), e em parcelas correspondentes à necessidade apontada no plano operacional aprovado (fase III).

Para a disposição do total do repasse para cada município o Ministério da Saúde, utilizou-se como parâmetro o valor do Piso da Atenção Básica – PAB fixo (valor mínimo de recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica) do município. Assim, fixou um percentual de 40% sobre o PAB, praticado em dezembro de 2005 (CARVALHO, 2014). Na Figura 3, abaixo, pode-se observar o valor repassado a cada município do Estado de Mato Grosso do Sul quando da adesão ao SIS Fronteiras, com indicação do valor total por município e as parcelas referentes a cada fase do Projeto, em valores da época.

Figura 3 – Anexo II da Portaria GM/MS n. 1.122 – Repasses das fases I e II para os municípios do MS

ANEXO II

Distribuição de recursos para os municípios fronteiriços da região Sul e Mato Grosso do Sul, por fases

Nº	Cód. IBGE	Municípios	Valor Projeto	Fase I	Fase II	Total
Mato Grosso do Sul-MS			1.453.836,80	436.151,04	508.842,88	944.993,92
1	500090	Antônio João	39.759,20	11.927,76	13.915,72	25.843,48
2	500124	Aral Moreira	41.870,40	12.561,12	14.654,64	27.215,76
3	500210	Bela Vista	117.665,60	35.299,68	41.182,96	76.482,64
4	500280	Caracol	24.939,20	7.481,76	8.728,72	16.210,48
5	500315	Coronel Sapucaia	68.536,00	20.560,80	23.987,60	44.548,40
6	500320	Corumbá	509.324,40	152.797,32	178.263,54	331.060,86
7	500480	Japorã	35.926,80	10.778,04	12.574,38	23.352,42
8	500568	Mundo Novo	78.722,80	23.616,84	27.552,98	51.169,82
9	500635	Paranhos	54.693,60	16.408,08	19.142,76	35.550,84
10	500660	Ponta Porã	361.977,20	108.593,16	126.692,02	235.285,18
11	500690	Porto Murtinho	70.054,40	21.016,32	24.519,04	45.535,36
12	500770	Sete Quedas	50.367,20	15.110,16	17.628,52	32.738,68

Fonte: Portaria GM/MS n. 1.122.

A Portaria GM/MS Nº 1.120, de 06 de julho de 2005, dispunha também sobre as fases de execução do SIS Fronteiras, destacando que deveriam observar as especificidades loco-regionais e ainda que correspondiam ao aporte financeiro aos municípios (CONASS, 2006):

[...]

Art. 2º Estabelecer que a execução dos SIS FRONTEIRAS compreende as seguintes fases, a ser realizada em cada município: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.188 de 05.06.2006)

I - Fase I – Realização do Diagnóstico Local de Saúde, quali-quantitativo; e elaboração do Plano Operacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.188 de 05.06.2006)

II - Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.188 de 05.06.2006)

III - Fase III - Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.188 de 05.06.2006).

Como se denota do texto da Portaria acima a primeira fase do Projeto destina-se à elaboração do diagnóstico de saúde local, que deveriam conter as observações quali-quantitativas sobre a demanda de saúde local, e ainda a formulação de um plano operacional das ações e correspondentes estratégias, para atingir as prioridades identificadas no diagnóstico de cada município. Segundo documento oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) esta fase envolvia as seguintes ações: a harmonização dos parâmetros mínimos e metodologia para a realização do Diagnóstico Local nos municípios fronteiriços, o que foi feito a partir da realização de convênios com as Universidades Federais de cada região, que ficaram responsáveis pela formulação do diagnóstico e do plano operacional, o repasse do recurso financeiro aos municípios e às Universidades Federais, e a elaboração do Diagnóstico Local e do plano operacional.

Segundo Conass (2006), essa fase tinha grande importância, pois as ações, na faixa de fronteira, não podem ser encaradas a partir de um padrão de atuação único, visto que se tratam de países com peculiaridades, normas e necessidades diversas que precisam ser conhecidas e respeitadas nas formulações de políticas públicas e na tomada de decisão sobre saúde (CARVALHO, 2014). O respeito a essas peculiaridades e conhecimento acerca das diferenças nas fronteiras do Brasil, inclusive tem sido a grande dificuldade na aplicação das políticas públicas de fronteira, e apresenta-se como grande problema na garantia de acesso à saúde igualitário dentro do Mercosul.

Assim, o diagnóstico local deveria constar a situação de saúde na região e da infraestrutura disponível, e para tanto deveriam ser considerados o perfil demográfico e epidemiológico; rede de serviços (oferta, demanda e necessidades); nível de satisfação dos usuários; problemas e dificuldades; alternativas de solução: fluxos, protocolos comuns para as ações prioritárias e financiamento (GALLO, 2004). Deveria constar uma relação de quantidade, e características da clientela da região, especialmente quanto aos usuários estrangeiros. A elaboração ficou sob a responsabilidade das Universidades Federais dos Estados, sendo que no Mato

Grosso do Sul, foi realizada pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, por meio de convênio com o Ministério da Saúde.

Após aprovação do Diagnóstico Local, deveria ser apresentado o Plano Operacional, onde deveriam estar dispostas as estratégias para garantia do acesso a saúde da clientela identificada e ações necessárias para tal, com descrição e previsão da programação física e financeira, conforme disposto na Portaria GM/MS n. 1.122/2005. Rezende *et al.* (2008) afirma que a elaboração do Plano Operacional tem como objetivo central apontar as necessidades do município, que foram identificadas a partir do Diagnóstico Local e deverá ser introduzido no Plano Municipal de Saúde, com a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e posteriormente encaminhado à Coordenação do SIS Fronteiras para homologação.

Após, mencionada homologação os recursos financeiros previstos para essa fase seriam repassados em parcela única, conseqüentemente após assinatura e publicação do Termo de Adesão, totalizando 30 % do montante total de recursos alocados no projeto (CARVALHO, 2014).

A fase II do projeto tinha como objetivo planejar e criar ações, permitir a formalização de acordos entre os países fronteiriços, que servissem a solucionar as demandas apontadas no Diagnóstico Local, para tanto previa o repasse para qualificação da gestão, dos serviços e implementação da rede de saúde do município contemplado. Nesta fase, além do repasse referente ao Projeto, e na maioria dos municípios foi necessário o aporte financeiro do estado o do próprio município para complementar os custos das ações previstas. Segundo, Carvalho (2014), nesse momento, o incentivo não tinha como intenção financiar propriamente o sistema, mas sim incentivar sua integração.

Após qualificação e aparelhamento, a fase III do Projeto serviu a implantar os serviços e ações de saúde conforme Diagnóstico Local e Plano Operacional. Para tanto, o repasse previsto era de um valor adicional variável, calculado conforme critérios do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e adotados pela coordenação do SIS Fronteiras/MS. Nesta fase, a previsão era de execução das metas e ações previstas no Plano Operacional, e a implantação de novos serviços e mecanismos de fortalecimento da gestão.

Conforme as disposições iniciais o projeto deveria encerrar-se em até o final

de 2007. Contudo, em agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS n. 2.065, que prorrogou os prazos para sua execução. Por fim, após diversas prorrogações o SIS Fronteiras teve seu encerramento no ano de 2014, por meio da Portaria n. 622 do Ministério da Saúde.

3.2 A implantação do SIS Fronteiras na zona de fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

A adesão do município de Ponta Porã se deu em fevereiro de 2006, com a publicação no Diário Oficial da União n. 31 de 13 de fevereiro de 2006. Na mesma publicação constou o repasse inicial do programa no valor de R\$ 108.593,16 para a realização do Diagnóstico Local no prazo de 6 meses, que ficou a cargo da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).

Conforme previsão da portaria GM/MS n. 1.189, de 05 de junho de 2006, os estados da Região Sul e Mato Grosso do Sul faziam parte da primeira etapa do Projeto, e os prazos para a execução das fases deveriam observar os seguintes períodos:

Quadro 2 – Fases e período de implantação do SIS Fronteiras

Etapas	Região	Fase I	Fase II e III
Etapa I	Sul e Mato Grosso do Sul	Terminam impreterivelmente até outubro de 2006	Iniciam em novembro de 2006 e terminam onze meses após validação pela CIB e homologação pela Coordenação do SIS FRONTEIRAS.

Fonte: Portaria GM/MS n. 1.189.

Todos os passos e as diretrizes da implantação do Projeto foram delimitados de forma clara, sendo disposta toda sistemática de operacionalização pelos gestores dos todos os níveis, sejam federal, municipal e estadual. A intenção era sair do plano discursivo e garantir o efetivo desenvolvimento quanto ao acesso integral à saúde da população das regiões fronteiriças. Nesse sentido, Gadelha e Costa (2007) afirmam que:

A proposta era de que a política aconteceria em etapas distintas, sendo a primeira o Programa de Adesão ao Pacto pela Qualificação da Saúde nas

Fronteiras, visando: (1) a identificar, planejar e regulamentar as ações hoje realizadas. Ao formalizar a situação existente e mapear os usuários do sistema, busca-se induzir a organização do sistema; (2) a financiar as ações já existentes: aumentar o teto financeiro dos municípios, condicionando este aumento à adesão ao SIS-Fronteiras; e (3) a criar canais de disseminação sistemática das diversas iniciativas relacionadas às fronteiras, instrumento importante de aprendizado para a gestão local (GADELHA; COSTA, 2007, p. 217).

Nos subtítulos a seguir, serão analisadas as implantações de cada fase do SIS Fronteiras no município de Ponta Porã.

3.2.1 Análise da Fase I

Deveriam ser desenvolvidas na Fase I as seguintes ações: Diagnóstico Local, elaboração do Plano Operacional, avaliação deste pelo Comitê e homologação pela Coordenação do SIS Fronteiras.

Em Ponta Porã, o diagnóstico local foi entregue à Coordenadoria do SIS Fronteiras em abril de 2007, após prorrogação do prazo para entrega e foi aprovado para utilização na formulação do Plano Operacional do Município com algumas observações, conforme verificado no Processo Administrativo SEI_25000.019400_2015_12.

A Implantação do projeto no Município veio ao encontro de grande expectativa por parte dos gestores, que há tempos vinham manifestando sua preocupação quanto a queda na cobertura dos atendimentos da população, em razão da insuficiência de recursos e aumento na demanda por atendimento na região:

Eu já havia ido à Brasília, em reuniões no Ministério da Saúde e levado a dificuldade de se contabilizar os atendimentos dos estrangeiros, especialmente diante da complexidade em identifica-los como tal. Isto porque muitos tem documentos brasileiros, contudo não são identificados quando da realização do censo pelo IBGE, e assim, não estão contabilizados na população da região (ENTREVISTADA C).

Igualmente, observou-se, no processo administrativo SEI_25000.019400_2015_12, a existência de diversas comunicações dos gestores, inclusive, com o encaminhamento ao Ministério da Saúde de um anteprojeto de Lei que contemplava a criação de um convênio de convivência Binacional e de uma Zona de Integração Fronteiriça na região de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã. O

texto, formulado em conjunto pelos vereadores Francisco Novaes Gimenez de Ponta Porã e Derlis Enrique Alvarenga de Pedro Juan Caballero, tem como objetivo regulamentar a criação de um documento de cidadão fronteiriço e regulamentar a convivência desses cidadãos, inclusive quanto ao acesso aos serviços de saúde pública.

Após a adesão de todos os municípios fronteiriços da Etapa I e II, foi promovido o I Encontro do SIS Fronteiras em cada estado, no Mato Grosso do Sul, este ocorreu em 17 de março de 2006, e tinha como objetivo orientar os municípios e universidades na condução e elaboração do Diagnóstico Local e do Plano Operacional.

Além do evento oficial, por iniciativa da Secretaria de Saúde de Ponta Porã e como parte das discussões sobre a formulação do diagnóstico local e problemas de saúde na fronteira, foi realizado nos dias 30 de novembro a 01 de dezembro de 2006 na cidade de Ponta Porã o I Encontro Brasileiro dos Municípios Fronteiriços de Mato Grosso do Sul.

O encontro que contou com a participação dos municípios de fronteira do Mato Grosso do Sul, tinha como principal objetivo discutir as principais dificuldades e problemas presentes na realidade da saúde dos municípios e as expectativas com o SIS Fronteiras, e por fim formular um documento que contemplasse propostas que deveriam ser encaminhadas às instâncias de gestão do SUS – Sistema Único de Saúde.

O documento denominado Carta dos Municípios Fronteiriços do Mato Grosso do Sul, foi encaminhado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, e contemplou diversos problemas que posteriormente foram confirmados com a apresentação do Diagnóstico Local.

Importante destacar que algumas fragilidades foram observadas no levantamento de dados secundários da situação de saúde. A principal delas com relação aos usuários não residentes no Brasil sejam eles estrangeiros que possuam documentos brasileiros ou mesmo brasileiros não residentes no lado brasileiro (PONTA PORÃ, 2007).

A grande dificuldade apresentada na elaboração do diagnóstico corresponde identificação da demanda de atendimento aos estrangeiros residentes no Paraguai, e também a um grande contingente de brasileiros que residem no país vizinho e conseqüentemente não fazem parte das estatísticas brasileiras. Assim, apontou pela

necessidade de criação de um mecanismo para quantificar esta população e então incluí-la no planejamento dos serviços de saúde.

Para possibilitar uma maior precisão desta demanda, a equipe responsável pelo diagnóstico chegou a utilizar-se de meios de investigação alternativos, buscando os endereços dos usuários e informantes-chaves que foram atendidos no sistema de saúde de Ponta Porã no período de realização da pesquisa.

Apesar das dificuldades apontadas na condução da pesquisa, o Diagnóstico trouxe informações importantes, especialmente quanto aos critérios assistenciais, apontando uma alta taxa de atendimento à estrangeiras parturientes, atendimentos de baixa complexidade¹⁶, e atendimentos de urgência e emergência.

Já quanto aos atendimentos de média e alta complexidade, o Diagnóstico Local, apontou uma grande dificuldade quanto a sua disponibilização, isto porque a inexistência de uma regulamentação específica acerca do direito do estrangeiro ao atendimento impõe aos gestores uma situação conflituosa.

O conflito se dá, pois, para esse tipo de atendimento, em regra, são exigidos alguns documentos de maior dificuldade de acesso ao estrangeiro, ou ao brasileiro não residente, como por exemplo o cartão SUS. Assim, impedido de dar os encaminhamentos necessários ao usuário que necessita de atendimentos de alta e média complexidade, especialmente quando realizados em outras cidades do Estado, diante dos entraves burocráticos o gestor é obrigado a encaminhá-lo ao país de origem, o que nem sempre é possível.

No caso do Paraguai, diante da grave assimetria e especialmente em razão da gratuidade limitada de atendimento, muitos usuários ficam sem atendimento, ou

¹⁶ A atenção à saúde no Brasil segue uma organização descentralizada, que estabelece níveis diferentes visando à garantia de um atendimento mais efetivo às pessoas de todas as idades. O modelo de organização brasileiro segue os padrões determinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo os quais os serviços de saúde devem ser agrupados de acordo com a complexidade das ações necessárias para promover, restaurar ou manter a saúde da população. O nível primário, ou de baixa complexidade, de atenção à saúde concentra as ações relacionadas à diminuição do risco de doenças e à proteção da saúde. O nível secundário, ou de média complexidade é formado pelos hospitais e ambulatorios responsáveis por oferecer tratamento especializado à população, garantindo o acesso às clínicas de pediatria, cardiologia, ortopedia, neurologia, psiquiatria, ginecologia e demais especialidades médicas, é também responsável por garantir a estruturação dos serviços hospitalares de urgência e emergência. Por fim, no nível terciário de atenção à saúde estão reunidos os serviços de alta complexidade, representados pelos grandes hospitais e pelas clínicas de alta complexidade, nessa esfera, os profissionais são altamente capacitados para executar intervenções que interrompam situações que colocam a vida dos pacientes em risco. Trata-se de cirurgias e de exames mais invasivos, que exigem a mais avançada tecnologia em saúde (BRASIL, 2007).

são atendidos no Brasil sem a observância das burocracias exigidas, de modo que os custos acabam por não ser ressarcidos pelo SUS.

A preocupação se mostrou válida, pois, os atendimentos de maior complexidade são aqueles de maior custo¹⁷, e a época da pesquisa representava cerca de 3,5% dos atendimentos nas Unidades Básicas de saúde (PONTA PORÃ, 2007).

Assim, os pontos críticos observados pelo Diagnóstico Local podem ser resumidos em: dificuldade na verificação da residência dos usuários, atendimento a paraguaios e brasileiros não residentes nos serviços de saúde de Ponta Porã sem a respectiva compensação financeira; restrições no referenciamento para tratamentos de maior complexidade e que exijam continuidade aos estrangeiros; grande volume de atendimento local envolvendo procedimentos de maior complexidade; e, por fim, deficiências de infraestrutura na rede de unidades de saúde.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, para o ano de 2005, o município realizou atendimento ao parto em 1.236 brasileiras e 335 estrangeiras, para os atendimentos de urgência e emergência foram 18.820 atendimentos à brasileiros, sendo 1.212 à estrangeiros, e quanto aos atendimentos no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, foram atendidos 8.405 brasileiros, e 572 estrangeiros (PONTA PORÃ, 2007). Importante destacar que os números refletem os atendimentos realizados e dispostos no cálculo da previsão orçamentária do Piso de Atenção Básica e não representam todos os atendimentos realizados pelo município de Ponta Porã.

O resultado do diagnóstico, dessa forma, revela-se, parcialmente, compatível com a percepção dos gestores quanto à demanda variável, não observada no Piso da Atenção Básica fixo repassado ao Município e que deve ser objeto de ações que possam garantir a contraprestação financeira dessa demanda no financiamento da saúde no Município. Tal compatibilidade inclusive pode ser observada no teor da Carta dos Municípios Fronteiriços de Mato Grosso do Sul, enviada às autoridades.

Após a aprovação do Diagnóstico Local, foi elaborado o Plano Operacional, que já em sua introdução destacou a importância da discussão quanto aos

¹⁷ As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec) (BRASIL, 2007, p. 11).

atendimentos de média e alta complexidade, que possuem elevada demanda e maior dificuldade de acesso e garantia ao estrangeiro, a dificuldade de contabilização para o recebimento da contraprestação pecuniária dos referidos serviços, e conseqüentemente a dificuldade de continuidade dos tratamentos, destaca a possibilidade de por meio do SIS Fronteiras, garantir uma melhora na estrutura física e nas unidades de saúde e assim, contribuir para a melhoria do atendimento (PONTA PORÃ, 2007).

Quanto aos objetivos do plano estratégico, estes deveriam estar vinculados a uma diretriz do Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil, 2004-2007, e em cada um deles ter Metas de Produto definidas para acompanhar e verificar suas execuções durante o projeto. Definida as metas, o município deveria indicar qual a ordem de Priorização de Metas com Incentivo do SIS Fronteiras para a sua execução (PONTA PORÃ, 2008). Não se localizou documentos que demonstrem qualquer discussão ou mesmo descontentamento dos responsáveis pela aprovação das metas e objetivos do Plano, também não se observou nas falas dos gestores entrevistados qualquer descontentamento ou discordância quanto a esse ponto. Todavia não se observou no Plano Operacional qualquer ação sobre formas de melhor identificação da demanda não contabilizada.

O Quadro 3 apresenta as metas, suas áreas de atuação e os recursos alocados, referente à fase II (PONTA PORÃ, 2008).

Quadro 3 – Metas e incentivo do SIS Fronteiras – Fases II e III

ÁREA DE ATUAÇÃO	META	RECURSOS FINANCEIROS		
		Incentivo SIS	Recurso Próprio	Valor Total
ATENÇÃO À SAÚDE	Adquirir 04 Kits mobiliários hospitalar para 4 salas de curativo e coleta de preventivo do câncer cérvico-uterino (armário para medicamentos, armário, vitrine, banqueta, carro curativo, maca fixa, escada, mesa auxiliar) para as Unidades de Saúde.	12.000,00	0,00	13.200,00
ATENÇÃO À SAÚDE	Adquirir um carro de urgência e um monitor multiparâmetros para uma sala de emergência do Hospital Regional Dr. José Simone Neto do Município de Ponta Porã	35.000,00	3.500,00	38.500,00
ATENÇÃO À SAÚDE	Adquirir 2 computadores e duas impressoras para o Serviço de Ambulatório do Hospital Regional Dr. José Simone Neto	7.000,00	500,00	7.500,00
ATENÇÃO À SAÚDE	Reformar e pintar a parte externa das Unidades PSF Alegrete, Centro Integrado de Saúde, Unidade Geraldo Garcia I e Unidade Central	16.000,00	1.500,00	17.500,00
ATENÇÃO À SAÚDE	Adquirir 4 kits-escritório (1 computador, 1 mesa, 1 impressora, 1 cadeira) para as Unidades de Saúde Alegrete, Sanga Puitã, Geraldo Garcia I e PSF Vitória	8.000,00	1.000,00	9.000,00
ATENÇÃO À SAÚDE	Adquirir 20 kits de instrumental para curativos para as Unidades de Saúde	7.000,00	700,00	7.000,00
ATENÇÃO À SAÚDE	Adquirir 07 kits para 07 consultórios médicos das Unidades Alegrete, Sanga Puitã e Posto Central.	7.000,00	700,00	7.700,00
ATENÇÃO À SAÚDE	Adquirir 3 kits mobiliários para sala de vacina das Unidades Andreezza, Alegrete e Geraldo Garcia I	7.500,00	500,00	8.000,00
GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Promover seminário para 60 servidores em avaliação da Atenção Básica e Perfil Epidemiológico	3.192,02	500,00	3.692,02
ATENÇÃO À SAÚDE	Capacitar 60 profissionais do Hospital Regional e da Rede de Saúde Municipal sobre atendimento de urgência e emergência	5.000,00	500,00	5.500,00

GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA	Adquirir 07 kits para salas de educação em saúde das Unidades de Saúde	14.000,00	1.500,00	15.500,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Adquirir 1 kit escritório para o setor de Vigilância Epidemiológica	2.000,00	0,00	2.000,00
ATENÇÃO EM SAÚDE	Ampliar as Unidades de Sanga Puitã; Geraldo Garcia I, Posto Central e Alegrete	96.000,00	20.000,00	116.000,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Adquirir 1 veículo para rastreamento e busca ativa de casos suspeitos para a Vigilância Epidemiológica	24.000,00	2.400,00	26.400,00
GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	Capacitar 60 profissionais da rede de saúde no município sobre busca ativa de casos suspeitos de doenças e agravos de notificação compulsória	3.000,00	0,00	3.000,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Elaborar 300 cartilhas sobre os cuidados necessários quanto à notificação de doenças compulsórias para distribuição na Rede de Saúde	3.692,02	500,00	4.192,02

Fonte: Adaptado do Plano Operacional (PONTA PORÃ, 2008).

Assim, o Plano Operacional do município de Ponta Porã foi validado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS, em reunião de 14 de abril de 2008, pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado em 24 de abril de 2008, e aprovado pelo Comitê Permanente e homologado pela Coordenação do SIS Fronteira, em 24 de julho de 2008, tornando o Município apto a inaugurar a Fase II e iniciar os trabalhos de execução do plano aprovado, conforme observador no SEI_25000.019400_2015_12.

Importante destacar que todas as informações constam dos processos disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio de solicitação via Sistema de Informação ao Cidadão, e nas entrevistas realizadas, visto que está pesquisadora não logrou ter acesso à qualquer arquivo sobre o SIS Fronteiras na Secretária Municipal de Saúde de Ponta Porã.

3.2.2 Análise da fase II e III

Para a fase II, estavam previstas as seguintes ações: execução das metas e ações previstas no Plano Operacional; Qualificação das capacidades básicas em gestão de saúde; Elaboração e apresentação de plano de contingência para eventos

inusitados. O valor de repasse previsto era de R\$ 126.692,32, realizado em agosto de 2008, conforme verificado no SEI_25000.019400_2015_12.

Nos documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não se verificou informações referentes à implantação das ações previstas no plano operacional, com exceção da ata n. 177 da Reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do dia 13 de março de 2009 que discutia acerca da meta referente ao repasse adicional aprovado de R\$ 10.000,00, segundo a Portaria do GM/MS n. 3.137 de 24 de dezembro de 2008.

Observa-se nos processos a qual esta pesquisadora teve acesso que alguns municípios do Estado estavam com dificuldade no cumprimento das metas, e reuniões técnicas com a equipe do Ministério da Saúde foram verificadas pendências, contudo o documento não aponta quais seriam tais pendências. Ainda assim, conforme processo SEI_25000.019400_2015_12 a prestação de contas do município de Ponta Porã referente a fase II foi devidamente aprovada em abril de 2011.

Por último a fase III do Projeto, iniciada só com a conclusão da fase II, nessa fase, o gestor municipal iria receber valor adicional e variável, conforme termos do Plano Operacional aprovado, e conforme critérios do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e homologados pela coordenação do SIS Fronteiras/MS. Para o município de Ponta Porã ficou aprovado o repasse R\$ 120.000,00 recebidos em junho de 2011, conforme consulta na página do Ministério da Saúde.

Os documentos analisados na presente dissertação, não tratam sobre o cumprimento das metas desta fase, ou mesmo os termos das contas aprovadas. O único documento sobre o assunto que foi disponibilizado, trata-se de uma ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde (Ata n. 200 de 09 de agosto de 2011) fornecido pelo Conselho Municipal, onde consta a aprovação da alteração das metas da fase III, que incluiu substituição da construção de três consultórios no posto central pela construção de uma farmácia a ser utilizada para a execução da política de assistência farmacêutica.

Em 23 de abril de 2014, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria n. 622 que estabeleceu o prazo máximo para a conclusão das ações previstas nos Planos Operacionais dos Municípios que já tivessem recebido os recursos da Fase III, sendo a data limite o dia 31 de julho de 2014, a portaria dispôs ainda que a

comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde, por força da Portaria n. 1.189, seria feita através do Relatório Anual de Gestão de cada município, elaborado e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2014).

Com relação a prestação de contas e cumprimento das metas da fase III, observou-se em todas as entrevistas o apontamento sobre o pleno cumprimento das metas apontadas no plano operacional, ainda que de maneira genérica, o que se confirma com a homologação da prestação de contas do Município quanto a fase III em 19 de abril de 2013, divulgada no Diário Oficial do Estado em 22 de abril de 2013.

Conforme Carvalho (2014), o Ministério da Saúde emitiu anualmente, até abril de 2009, relatórios de desempenho do projeto, sendo que o último informava que o monitoramento da execução do recurso e das Fases II e III do Projeto passaria a ser feito por meio do Módulo de Orçamento e Execução do Sistema de Gestão do Ministério da Saúde, e nesse sistema o gestor municipal deveria registrar o que está sendo realizado no município e a evolução da execução das metas via web. Todavia desde então, o Ministério da Saúde não disponibiliza Relatórios de Avaliação de Desempenho do Projeto SIS Fronteiras em seu site, bem como os relatórios emitidos sequer foram disponibilizados para esta pesquisadora quando solicitado via Sistema de Informação ao Cidadão, sob a justificativa que alguns documentos podem ter se perdidos quando do arquivamento e digitalização dos processos referentes ao SIS Fronteiras. Igualmente não foram localizados quaisquer informações nesse sentido nos arquivos da Prefeitura de Ponta Porã.

Carvalho (2014) aponta ainda que houve um atraso generalizado nas etapas do Projeto, e diante das dificuldades de fiscalização e conhecimento sobre os resultados do Projeto, não foi possível localizar ações construídas a partir do Diagnóstico Local. Igualmente, poderá se ver na descrição das entrevistas feitas com autoridades de saúde municipais no tópico a seguir, que o contentamento dos gestores com o Projeto, não correspondem com o objetivo efetivo deste, e está longe de representar uma conquista quanto a efetivação da cooperação e integração dos sistemas de saúde dos dois países.

3.3 Análise do Impacto do SIS Fronteiras na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero – Síntese das entrevistas realizadas

A escolha do SIS Fronteiras como o objeto da presente Dissertação do Mestrado em Fronteiras e Direitos humanos, teve como principal intenção observar a na prática a formulação e a implantação de uma política pública voltada à saúde e à integração regional nas áreas de fronteira. A escolha de um programa que já havia sido encerrado havia pelo menos três anos acabou por dificultar o acesso às informações e dados sobre o seu desenvolvimento, contudo permitiu aferir alguns problemas que são grande e habituais limitadores das políticas públicas como um todo.

Nesse sentido, além da análise dos documentos oficiais disponíveis, as entrevistas tiveram como objetivo, analisar a percepção dos gestores envolvidos na implantação do projeto, sobre o impacto e a importância do Projeto na melhoria do sistema de saúde na região, e mais na criação de mecanismos de cooperação entre os países.

As entrevistas foram realizadas com quatro gestores que participaram da implantação do SIS Fronteiras no município de Ponta Porã, sendo uma Secretária de Saúde, que hoje atua como médica na Secretaria de saúde, uma Conselheira do Conselho Municipal de Saúde, e duas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde. Esta pesquisadora procurou mais dois Secretários de Saúde que atuaram em parte do período do Projeto, contudo, estes não aceitaram participar da pesquisa.

Dentre todos os fatos levantados, alguns chamaram atenção e constaram nas falas de todos os gestores entrevistados, incluindo as preocupações latentes quanto às dificuldades de garantia de acesso a saúde igualitário, universal e de qualidade na zona de fronteira.

Como mencionado anteriormente, a pretensão inicial do projeto, quando apresentado para SGT nº 11 – Saúde do Mercosul, era garantir um mecanismo de cooperação entre os países, de maneira a resolver as dificuldades de financiamento dos serviços de saúde, especialmente na região de fronteira (BRASIL, 2005).

O próprio texto da Portaria GM/MS n. 1.120 que institui o Projeto trouxe como fundamentos para a instituição do Projeto a necessidade de avaliar as ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras, desenvolver um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação e ainda a necessidade

de mobilizar os gestores da área de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede.

Interessante notar que apesar da estrutura inicial do SIS Fronteiras prever a participação dos “responsáveis pelos sistemas de saúde nos dois lados da fronteira” na composição da Comissão Local de Saúde, tal previsão foi revogada em razão da impossibilidade jurídica de uma portaria ministerial, com aplicação restritamente nacional definir obrigações para sujeitos não nacionais situados em outros países (FERREIRA, 2015).

Assim, mesmo não permitindo grandes ações de cooperação, observou-se na fala de dois gestores entrevistados, a afirmação que uma das vantagens do Projeto, foi a aproximação dos países quanto à discussão sobre a saúde na região. Uma das entrevistadas citou a realização de eventos com a participação de gestores dos dois países, e também a existência do anteprojeto de Lei de autoria de vereadores de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, que dispunha sobre a criação da área de convivência fronteiriça.

Outra gestora citou ainda sobre a existência de algumas ações que eram realizadas em conjunto, como por exemplo, ações de vigilância sanitária e uma equipe de acompanhamento de gestantes em gravidez de risco e crianças menores de um ano.

Outro fato, levantado pelos gestores, foi a abertura das discussões especializadas sobre o setor da saúde e fronteira no Estado, ou seja, a movimentação dos municípios fronteiriços na discussão sobre a problemática quanto ao financiamento da saúde nessas localidades.

A gestora responsável pela Secretaria de Saúde à época da implantação do programa citou a realização do I encontro dos Municípios Fronteiriços do Mato Grosso do Sul e a elaboração da Carta dos Municípios Fronteiriços com as demandas e sugestões para as ações a serem tomadas pelo Ministério da Saúde na resolução dos problemas. Segundo a entrevistada a ampla divulgação do projeto junto aos gestores, acabou por motivá-los a discutir e mobilizarem conjuntamente. Todavia, apontou o descontentamento quanto à dificuldade de as demandas serem ouvidas, e o desinteresse do Governo Federal em investir nessa região.

Outro objetivo do projeto, bastante abordado na fala dos gestores, diz respeito ao reconhecimento da demanda e das necessidades dos municípios a partir da

elaboração de um diagnóstico local. Uma das entrevistadas falou sobre a dificuldade de se identificar os estrangeiros que buscam atendimento:

A maioria deles tem documentos brasileiros, por vezes sequer falam português, mas possuem documentação brasileira. Sabemos que não residem em Ponta Porã, mas não podemos deixar de atendê-los. Alguns postos que ficam próximos da fronteira, inclusive é possível observar o fluxo de pessoas que saem do lado paraguaio para buscar o atendimento no posto brasileiro (Entrevistada A).

Tal preocupação consta inclusive nas proposições dispostas na Carta dos Municípios Fronteiriços encaminhada ao Ministério da Saúde. Em Ponta Porã observou-se uma certa correspondência entre as principais demandas e dificuldades apresentadas nas entrevistas realizadas, nos documentos analisados e no resultado do Diagnóstico Local, fato que não ocorreu em todos os municípios do Estado (FERREIRA, 2015).

Especialmente, no que tange a dificuldade de identificação e contabilização dos usuários, a demanda por serviços de urgência e emergência, partos e a grande dificuldade de continuidade do tratamento quanto aos serviços de alta e média complexidade, três entrevistadas apresentaram as mesmas questões como as grandes dificuldades no serviço público de saúde da cidade, o que demonstra a validade do diagnóstico realizado.

A proposição das metas do Plano Operacional também foram objeto da fala dos entrevistados, sendo que três das quatro entrevistadas apontaram pela validade das ações:

As ações realizadas foram muito importantes para o Município e ajudaram na melhoria dos atendimentos, pois os recursos permitiram muita qualificação (Entrevistada A).

Uma entrevistada lembrou de uma ação criada a época do Projeto com a participação do setor de Atenção Básica da cidade paraguaia:

Foi criada uma equipe que atuava na fronteira, e em contato com a Atenção básica, buscando gestantes em gravidez de risco, e crianças menores de um ano que passaram pelo serviço de saúde brasileiro para acompanhamento e tratamento, de maneira a diminuir a mortalidade infantil na região (Entrevistada B).

Outra entrevistada lembrou sobre a compra de veículo para a vigilância sanitária, Utilizado principalmente no controle de agravos e doenças de notificação compulsória.

As entrevistas apresentaram dois pontos em comum em relação aos resultados do Projeto, o primeiro foi o investimento em qualificação e o segundo foi a aquisição de equipamentos, contudo, não se observou informações que pudesse comprovar como tais melhorias foram capazes de impactar diretamente os problemas verificados no Diagnóstico Local.

As quatro entrevistadas foram unânimes em afirmar que o programa foi importante e que os investimentos trouxeram melhorias ao atendimento de maneira geral, e mostraram insatisfação quanto a descontinuidade do Projeto.

A continuidade se mostrou uma questão problemática dentro do projeto, pois as alterações no quadro político e gestor do Ministério da Saúde acabaram por relegar o projeto a segundo plano. A limitação dos objetivos do Projeto com a promulgação da Portarias GM/MS n. 1.188 e 1.189, mostra efetivamente como as mudanças afetaram diretamente a implementação do SIS Fronteiras.

Ferreira (2015) aponta que em 2009 o projeto sofreu uma derrocada de prioridade dentro do seu órgão criador, o Ministério da Saúde que, através da Portaria MS nº 1.658, de 22 de julho de 2009, reduziu à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS a competência para a execução do SIS Fronteiras, iniciou-se um processo de esvaziamento do projeto, o que acabou interferindo diretamente também nos resultados do Projeto, pois a alteração na gestão do Projeto, que foi designada a uma coordenação do Ministério da Saúde, dificultou a manutenção dos arquivos dos programas, a fiscalização sobre os cumprimentos das metas, e ainda impediu a criação de um mecanismo que pudesse verificar os resultados, e disponibilizá-los para a formulação de novas políticas para a região.

Assim, o que se observou foi um total abandono dos mecanismos de controle, os relatórios de acompanhamento deixaram de ser divulgados, e sequer há disponibilização dos arquivos referentes aos processos, sendo que parte dos arquivos podem ter se perdido com as mudanças de gestão, conforme informado pelo setor responsável, na solicitação das informações no Sistema de Informação ao Cidadão. O mesmo ocorreu na prefeitura e no Conselho Municipal de Saúde de Ponta Porã, onde não foram localizados os arquivos referentes ao Projeto.

Ferreira (2015) destaca ainda as Portarias GM/MS n. 1.188 e 1.189/2006 dissolveram a figura da Comissão Tripartite, que era responsável pelo processo de avaliação e estabelecimento de parâmetros e referências entre o SIS Fronteiras e os serviços especializados de saúde situados fora da linha de fronteira, utilizados para a formulação de novas propostas para absorção do impacto financeiro. As Portarias mantiveram apenas o Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao SIS Fronteiras, que tinha caráter exclusivamente consultivo, e assim acabou por suprimir qualquer mecanismo de avaliação da política implementada, e sequer estabeleceu parâmetros para mensurar se os objetivos e metas do projeto foram alcançados com eficiência e eficácia.

Segundo Heidemann (2009), a última etapa do ciclo de uma política pública, após a sua formulação, implementação e prestação de contas, é a sua avaliação, com vistas a sua continuidade, reformulação, aperfeiçoamento, ou, meramente a sua descontinuidade. Quanto ao SIS Fronteiras, a inexistência de informações e mecanismos que apontem os resultados das ações representam uma lacuna na condução da política e impedem que seus resultados sejam devidamente aproveitados.

No município de Ponta Porã, o que se verificou foi uma grande euforia dos gestores quanto a fase inicial do programa que permitiu uma movimentação e participação dos municípios do Estado, especialmente de Ponta Porã quanto a formulação de uma política que contemplasse o problema quanto ao acesso a saúde que tanto preocupa os gestores da região.

Contudo, as fases seguintes mostraram que o Projeto não conseguiu firmar-se como uma política de integração que permitisse a real cooperação entre os países, mas sim que apenas trouxe uma pequena ajuda temporária aos municípios em relação a deficiências no sistema de saúde.

Assim, lançado como instrumento capaz de mudar a realidade das cidades fronteiriças no tocante a situação de saúde, o Projeto se perdeu em seu cronograma, com o passar do tempo e com as mudanças políticas acabou perdendo espaço político, sendo renegado a apenas um projeto de investimento pontual nas regiões de fronteiras.

Apesar da euforia e das mudanças narradas por alguns gestores nas entrevistas, o que de fato se observou foi que tais percepções se deram pelo

desconhecimento ou mesmo pela confusão acerca dos objetivos reais do projeto por parte dos gestores.

A esse respeito, quanto a cidade de Ponta Porã a pesquisa apontou que um dos principais objetivos do SIS Fronteiras, que era integrar as ações e sistemas de saúde da região de fronteiras, de maneira a planejar e criar ações que permitissem a formalização de acordos entre os países fronteiriços não foi sequer contemplado. Não ocorreram quaisquer ações que pudessem garantir a participação de quem está na ponta do sistema (nos municípios de fronteira) e sem dialogar com representantes dos países vizinhos. Isto porque, as ações bilaterais relatadas nas entrevistas, foram realizadas com a ajuda de alguns equipamentos adquiridos para o Projeto, todavia não se deram por coordenação de qualquer esfera do SIS Fronteiras.

A esse respeito, Carvalho (2014) aponta que fora do âmbito do SIS Fronteiras, constata-se que na América do Sul o planejamento e a coordenação de ações e acordos entre os países que compartilham fronteiras entre si ainda é tímido e descoordenado. As reuniões, entendimentos e acordos acontecem, mas se perdem numa burocracia governamental que tem um tempo e uma lógica próprios. Muitas vezes as reuniões de trabalho não envolvem os atores locais que vivem a realidade e padecem com as limitações estruturais.

As ações propostas se mostraram desconexas com os principais objetivos do SIS Fronteiras, e pouco permitiram a criação de mecanismos de cooperação entre os países fronteiriços. Nesse sentido, destaca-se que sequer trouxe subsídios para a criação de uma política multilateral, especialmente voltada ao Mercosul, como inicialmente objetivava-se. A descontinuidade e desinteresse político quanto ao tema mostraram-se como os problemas mais relevantes na condução da política, seja pela inexistência de organização quanto aos arquivos e resultados do Projeto, como mesmo pelo desinteresse de utilizá-los para a condução de novos objetivos, ou mesmo para uma nova política de integração em saúde e fronteira.

O abandono, ou a desconexão entre as ações dispostas no SIS Fronteiras com os principais objetivos da política, mostra que este finalizou sem maiores indicadores de sucesso, especialmente quanto à melhoria e integração dos sistemas de saúde da região, que poderiam servir como subsídio para a criação e implementação de políticas de desenvolvimento para a fronteira e para o acesso à

saúde, inclusive no âmbito do Mercosul. Assim, o sucesso citado pelos gestores, limitou-se a garantia de alguns investimentos pontuais e temporários à região.

Na condição de ferramenta de gestão, que poderia promover a integração entre os serviços de saúde dos países fronteiriços, o SIS Fronteiras não conseguiu gerar os frutos desejados, as entrevistas apontaram que as autoridades municipais conhecem acerca da realização do Diagnóstico Local, mas não referem o uso do mesmo para o desenvolvimento de ações para a elaboração dos Planos Municipais de Saúde, ou mesmo para a formulação de ações e políticas para estas áreas por parte dos estados ou mesmo do governo federal.

As carências estruturais do sistema de saúde municipal permanecem, os problemas verificados no diagnóstico ainda se encontram sem solução formal, dependendo apenas do interesse e manobras realizadas pelos gestores locais na busca por um atendimento de melhor qualidade. O distanciamento com as autoridades, impossibilita a realização de um planejamento de integração dos serviços de saúde em harmonia e integração com as secretarias de saúde dos países vizinhos, estando às relações limitadas a ações pontuais incapazes de mudar as condições sanitárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O setor da saúde representa um importante indutor de desenvolvimento social e econômico, seu alto potencial mercantil e de produção de renda e produtos e serviços o transforma em um conjunto articulado de atividades que impactam sensivelmente no desenvolvimento econômico e social. O setor influencia questões referentes à integração regional, configurando uma das áreas de destaque no campo da integração regional, seja pela necessidade de abordagem e planejamento territorial regional da saúde, bem como pelo fato de que as fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países.

Na América do Sul, com a criação do Mercosul, especialmente no Brasil, observou-se a partir dos anos 2000 uma maior articulação e preocupação política quanto ao desenvolvimento sanitário, com a inclusão de diversas discussões sobre a importância da saúde na agenda de desenvolvimento. As diferenças regulamentares e legislativas evidenciam assimetrias no acesso à saúde em países como Brasil e Paraguai, o que acaba por trazer os paraguaios, e os brasileiros residentes no Paraguai a buscar atendimento de saúde no Brasil, causando uma demanda não contabilizada no orçamento do setor.

Ainda que a saúde tenha sido objeto de grandes avanços institucionais no Paraguai com políticas que visassem à ampliação da gratuidade no acesso, o aumento do gasto público em saúde, o país ainda está longe de garantir atendimento básico de qualidade e universal à população. O país se mostrou muito sensível às intensas mudanças no quadro político com a alternância de governos de esquerda e direita, com agendas e prioridades diversas e controversas.

Já o Brasil, também sofreu intensas mudanças políticas que acabaram por diminuir os investimentos e as ações de desenvolvimento e melhoria do setor da saúde, ainda apresenta um setor mais próximo dos preceitos constitucionais, especialmente quanto à universalidade e igualdade. Assim como o setor da saúde, as políticas públicas direcionadas à fronteira também sofreram grandes transformações desde os anos 2000, passando de um enfoque no desenvolvimento e convergência entre os países vizinhos, para uma preocupação com as funções tradicionais de defesa e segurança.

As dificuldades em âmbito regional ainda são muitas, o processo de integração tem sido gradual e lento, baseado principalmente nas questões relacionadas à circulação de produtos e nas ações de saúde pública de alta externalidade, tais como as de vigilância sanitária e epidemiológica (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

A vulnerabilidade das ações do Mercosul aos interesses governamentais e políticos de cada país, gerada pelo modelo institucional do bloco, acaba por dificultar a implementação de políticas contínuas e que efetivamente possam garantir a harmonização do acesso à saúde na região. A falta de engajamento e unidade nas motivações dos países envolvidos acaba por impedir medidas que possam garantir a uniformidade no atendimento à saúde e conseqüentemente no desenvolvimento social das regiões de fronteira, que são as mais afetadas pela livre circulação de pessoas garantidas pelo bloco.

Contudo, a condição de grande receptor de usuários estrangeiros e não residentes, do sistema de saúde brasileiro, especialmente nas regiões de fronteira com o Paraguai e a Bolívia onde há grande assimetria nas condições de acesso a saúde, colocou o país no papel precursor de medidas que pudessem garantir a harmonização legal quanto ao acesso à saúde no Mercosul (SACARDO, 2009).

E foi nessa realidade que o SIS Fronteiras foi criado, resultado do amadurecimento de uma iniciativa do Brasil para a criação de um mecanismo que possibilitasse medidas que integrassem as políticas e ações de saúde nas fronteiras dos países membros do Mercosul.

O trabalho teve o como interesse primordial avaliação das contribuições das estratégias e ações escolhidas pelo SIS Fronteiras para garantir a solução dos problemas no acesso à saúde nas regiões estudadas, bem como em observar até que ponto o Projeto SIS Fronteiras incentivou o ações voltadas ao fortalecimento e integração dos sistemas de saúde das regiões. A análise baseou-se na observação sobre a existência de ações decorrentes das medidas dos SIS Fronteiras que possibilitassem a integração dos sistemas, ou ainda a cooperação entre os países no setor.

A existência de demanda por atendimento por parte dos estrangeiros, ou mesmo por parte dos brasileiros que residem no país vizinho é uma realidade inquestionável e pode ser caracterizada como muito constante nas regiões de fronteira do Estado de Mato Grosso do Sul, especialmente, na região estudada,

como observaram todos os gestores entrevistados.

As autoridades também foram unânimes quanto à impossibilidade de negativa de atendimento em respeito às questões éticas e legais, e reiteradamente apontaram a impossibilidade de contabilizar essa demanda no financiamento básico que recebem para o custeio dos serviços de saúde do município de Ponta Porã.

A falta de uniformização dos procedimentos de identificação e mesmo de previsão de atendimento aos usuários provoca uma insegurança jurídica tanto aos gestores como aos usuários, pois dificulta a continuidade do tratamento, especialmente de alta e médica complexidade que demandam autorização e por vezes devem ser realizados nas cidades vizinhas.

Observou-se ainda, por parte dos gestores, uma euforia quanto à implantação do SIS Fronteiras pois a informação acerca da realização de um diagnóstico local que poderia identificar as demandas e perfil da clientela do município, aproximou uma política do governo federal a uma das grandes preocupações e dificuldades dos gestores da região. Todavia, não se observou dos documentos analisados, tão pouco nos relatos dos gestores entrevistados a existência de ações baseadas na realidade diagnosticada.

As ações aplicadas, com base no Plano Operacional, apenas representaram uma melhora paliativa e provisória, e não se observou melhoras efetivas no atendimento ao estrangeiro, ou mesmo nas condições gerais de atendimento da população do Município.

Apesar de não existir um protocolo para o atendimento dos estrangeiros nas cidades de fronteira, é possível afirmar que há o entendimento de que essa assistência é devida, sendo a grande discussão sobre como se dará o financiamento desses atendimentos. Em Ponta Porã, essa dificuldade se apresenta ainda maior, com a impossibilidade de identificação de quem é estrangeiro, ou mesmo brasileiro não residente, e que conseqüentemente não estaria contabilizado no Censo populacional.

Na pesquisa, identificou-se uma demanda específica nesse sentido, tanto no Diagnóstico Local, como nos documentos pesquisados, inclusive, com movimentações por parte dos Municípios do Estado em discussões levadas ao Ministério da Saúde, como no caso da Carta dos Municípios Fronteiriços do Mato Grosso do Sul.

Todavia, não houve até o momento medida efetiva sobre a mudança na forma

de contabilização ou ainda na forma de financiamento do sistema de saúde que pudesse levar em conta a especificidade desses municípios.

O serviço público de saúde do município continua dependendo de investimentos em equipamentos, estrutura física e de pessoal, qualificação e capacitação, que em razão do pouco volume de arrecadação local, continua dependente dos investimentos e iniciativas do governo estadual e principalmente federal.

A pesquisa de campo possibilitou observar que há uma perspectiva crítica que dificulta a integração entre os sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai, representada pelas assimetrias na cobertura, gratuidade e qualidade do serviço de saúde prestado. Nesse sentido, destaca-se a importância do profundo conhecimento sobre as características das políticas públicas, da cultura, das dinâmicas sociais e econômicas dos países vizinhos, de maneira a possibilitar o planejamento das ações de saúde na região, que não se restrinjam a delimitações políticas e institucionais entre países. O que se denota, são graves lacunas políticas e de informações sobre em que grau e medida as necessidades existem.

Verificou-se que o SIS Fronteiras apesar de inicialmente se propor a integração das ações de saúde nas regiões de fronteira, pouco foi debatido entre os segmentos e atores envolvidos, o que pode justificar tanto as dificuldades ao que se pode atribuir em sua apreensão pelos gestores, como em sua operacionalização. O que o relegou a uma pontual e provisória política de ampliação dos repasses financeiros do governo federal para o município de Ponta Porã, sem quaisquer parâmetros de fiscalização, controle e avaliação dos resultados e que não conseguiu alcançar os objetivos de sua formulação, quais sejam, a integração e fortalecimento das ações e serviços de saúde locais.

A proposição do SIS Fronteiras como uma ferramenta de gestão deveria ir além das discussões acerca do fortalecimento do sistema de saúde nacional, por meio de repasses esporádicos, buscando também agregar à discussão da integração do setor no âmbito das instituições internacionais, buscando mecanismos de convergir ações das três esferas de governo, de tal forma que possibilitasse a superação das dificuldades burocráticas e políticas que impedem a efetiva integração.

A perspectiva dos entrevistados mostra a dificuldade de criação de ações conjuntas, bem como de ações do governo estadual e federal que garantissem a efetiva solução dos problemas da região. Os gestores entrevistados apontaram

sugestão como a criação de um documento próprio para os fronteiriços, e ainda a criação de uma forma de compensação financeira diferenciada pelo atendimento dessa população.

Assim, Ferreira (2015) destaca que a percepção dos gestores quanto ao SIS Fronteiras, como um indutor da mobilização e discussão sobre o problema da saúde na fronteira, consolida o imperativo de reconhecer a fronteira como área de conflito em que o “outro” pode e deve ser transformado em interlocutor, quer seja por meio de políticas públicas, ou ainda com reuniões conjuntas de autoridades, conselhos de saúde, universidades, conselhos profissionais e realização de eventos binacionais cofinanciados em saúde, que poderiam representar um grande passo na criação ações comuns, para problemas compartilhados pela região.

Mais uma vez, finalizou-se um grande projeto, que buscou trazer integração e desenvolvimento para áreas desassistidas, sem grandes indicadores de sucesso. Como em tantas outras iniciativas oficiais, o que houve foi uma simples forma garantir mais recursos financeiros ou materiais, sem qualquer solução dos problemas a longo prazo.

Cabe aqui, talvez, a crítica de que o poder público busca por vezes, gastar alto volume de recursos na elaboração de diagnósticos que geram grandes dividendos políticos e por fim são subutilizados na criação de soluções efetivas. No caso da zona de fronteira, especialmente na região estudada o que se denota é a necessidade de uma gestão mais articulada, efetiva voltada a criação de mecanismos coletivos de gestão integrativa, com governamental, permitindo que os atores locais possam gerir assuntos de seu interesse, por meio de ações que possam efetivamente gerar resultados mais eficazes no aproveitamento das particularidades locais, no fortalecimento de ações e serviços de saúde, e, sobretudo, na promoção da cidadania.

Restou evidente, a necessidade de se avançar nas discussões de maneira a permitir a criação de políticas públicas e ações governamentais mais eficazes e em consonância com as necessidades das zonas de fronteira, e que permitam a efetiva integração no setor da saúde.

REFERÊNCIAS¹⁸

AMARAL, A. N. M.; CARVALHO, L. C. **Direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde: um olhar para as fronteiras do MS**. Campo Grande Ed. UFMS, 2013.

BALASSA, Bela. **Teoría de la integración económica**. México: Unión Tipográfica Editorial, 1964.

BAUERMAN, C.S; CURY, M.J.F. Políticas públicas de saúde: o caso da fronteira entre Brasil/Paraguai. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege)**, Fortaleza, v.1, n.15, p. 3981-3992, jan-jun.2015.

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

BRASIL. **DECRETO nº 350, de 21 de novembro de 1991**. Promulga o Tratado para a Constituição de um Mercado Comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai (TRATADO MERCOSUL). [S. I.], 21 nov. 1991.

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: MIN, 2005.

BRASIL, Ministério da Justiça e Cidadania Secretaria Nacional de Segurança Pública. **Mapeamento das Políticas Públicas Federais de Fronteira: Interfaces Com O Plano Estratégico de Fronteiras e a Estratégia Nacional De Segurança Pública Nas Fronteiras**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde no Mercosul / Ministério da Saúde**. – 2.a ed. revista e ampliada – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: SIS Fronteiras e a Integração em Busca da Equidade**. Brasília: Secretaria Executiva, Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, 2005.

BRASIL. Secretaria Especial de Assuntos Estratégicos. **Relatório de Conjuntura nº 01 – Brasil, um país em busca de uma grande estratégia**. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.secretariageral.gov.br/estrutura/secretaria_de_assuntos_estrategicos/publicacoes-e-analise/relatorio-de-conjuntura/brasil-um-pais-em-busca-de-uma-grande-estrategia.pdf. Acesso em: 22/01/2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. **Relatório de Auditoria n. TC 014.387/2014-0 – Plenário**. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/por>

¹⁸ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

tal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A24F99F813014FB44F0D0500F4&inline=1.
Acesso em: 12/04/2019.

BRASIL. **Livro Branco da Defesa Nacional**. Brasília: MD, 2012.

BRESLIN, Shaun e HIGGOTT, Richard. Studying Regions: Learning from the Old Constructing the New. **New Political Economy**, v.5, n.3, 2000.

BRICEÑO RUIZ, José. 2007. **La integración regional en América Latina y el Caribe: Procesos históricos y realidades comparadas**. Mérida: Universidad de los Andes.

BÜHRING, Marcia Andrea. (Re) definição de fronteira(s) e cidades gêmeas: Brasil e Uruguai. **Revista Brasileira de Direito Internacional**. Minas Gerais, v.1, n.2, p. 230-260, jul-dez. 2015.

BUSS, Paulo Marchiori. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.23, n.6, p.1881-1890. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05172018>. Acesso em: 25/01/2019.

CABALLERO, Edgar Giménez. **Introducción al sector de salud del Paraguay. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial**. Instituto Desarrollo. Asunción, 2012. Disponível em: <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-10-08-657753886.pdf>. Acesso em: 15/12/2018.

CASTAMAN, Daniela. Reformas no Brasil. In: **Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social**. 1. ed. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p.81-94.

CARVALHO, Francisco de Assis Lima. **Atenção à Saúde nas Cidades Fronteiriças de Bonfim e Pacaraima: Implementação do SIS-Fronteiras em Roraima**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFRR_994ddfb5a5c3894683ad0a3524d46d17. Acesso em: 5 jul. 2018.

CASTRO, JANICE DORNELLES DE. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, jan/jun 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a05n7.pdf>. Acesso em: 1 set. 2018.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Pistas da saúde nas fronteiras do Brasil. **Revista Conasems**. Ano II, n. 16, março-abril, 2006.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde**, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_e_legislacao.pdf. Acesso em: 28/08/2018.

CORREA, Isabela Furegatti. Um estudo sobre a evolução do MERCOSUL: do regionalismo aberto ao regionalismo pós econômico. 2015. (Dissertação) Mestrado em Integração da América Latina – Integração da América Latina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/84/84131/tde-14062017-123343/>. Acesso em: 11/11/2018.

COUTINHO, M.J.V. **Democracia, Desenvolvimento e Regionalismo**. 3º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói, abril 2002. Disponível em: <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint4.4.rtf>. Acesso em: 18/01/jan. 2018.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris**. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 25/04/2019.

DI PIETRO, L.J. **La dimensión social del MERCOSUR: Recorrido institucional y perspectivas**. Paper presented to the workshop on Integración Regional y la agenda nacional, BID-Intal, Buenos Aires, 2003. Disponível em: <http://www.sciencespo.fr/opalc/sites/sciencespo.fr.opalc/files/mercosur%20social.pdf>. Acesso em: 20/01/2019.

DOKKO, R.K. **Serviços de Saúde na Fronteira: Estudo de Caso Sobre Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)**. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS. 2014. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1503105#. Acesso em: 11/06/2018.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, v. 23, suppl.2, p.S174-S183. ISSN 1678-4464.

DULLAK, Roberto et al. Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.865-2.875, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/24.pdf>. Acesso em: 21/01/2019.

FARIA, Adriana Spagnol de. Soberania popular e a supranacionalidade no Mercosul. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes. **O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: o Caso de Corumbá-MS**. 2015. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Corumbá, 2015.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 37-47, Oct. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11/08/2018.

GAETE, Rubén, **Financiamiento de la Cobertura Universal de Salud en el Paraguay**. Centro de Análisis y Difusión de la economía Paraguaya, CADEP. Asunción. 2017. Disponível em: <https://www.cird.org.py/publicaciones/financiamiento-de-la-cobertura-universal-de-salud-en-paraguay/>. Acesso em: 23/01/2019.

GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev Saúde Pública**. 40 Especial:11-23, 2006.

GADELHA, CAG, COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007.

GALLO, E, COSTA, L, MORAES, A. **A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL**. In: Gallo E, Costa L, organizadores. SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2004. p. 41-53. (Série Técnica – Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

GALLO, Edmundo. **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração / organizado por Edmundo Gallo; Laís Costa**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura Costa Lobato de; DAMACENA, Gisele Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades e fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.

GRIMSON, Alejandro. **El otro lado del río: periodistas, nación y Mercosur en la frontera**. 1. ed. Buenos Aires: Universitária de Buenos Aires: Eudeba, 2002.

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: p. 1795-807, 2006.

GUILBERT, Martine; LIGRONE, Pablo. Transfronterización. In: BIAGINI, Hugo e ROIG, Andrés Arturo. **Diccionario del pensamiento alternativo**. Buenos Aires, 2006.

HAAS, Ernest B; Whiting, Allen S. **Dynamics of international relations**. 1956. New York, Toronto, And London: Mcgraw-Hill Book Co., 1956.

HAAS, Ernest B. El reto del regionalismo. In: HOFFMAN, Stanley (ed.) **Teorias contemporáneas sobre las relaciones internacionales**. Madrid: Tecnos, 1963.

HAAS, Ernest B. **Beyond the Nation State**. Stanford: Stanford University Press, 1964.

HAAS, Ernest B. **The study of regional integration: reflections on the Joy and Anguish of Pretheorizing**. International Organization. Cambridge University Press, v. 24, n. 4, p. 607-646, 1970.

HASS, Ernest B. **The Uniting of Europe, Political, Social and Economic Forces 1950-1957 (Partidos Políticos y Grupos de Pressión en La Integración Europea)**. Stanford University Press, California, 1958- intal, 1966.

HASS, Ernest B. **The Uniting of Europe and the “Uniting of Latin America”**. Journal of Common Market Studies, v.5, n.4, 1967.

HASS, Ernest B. The estudy of regional integration: Reflection on the joy and anguish of pretheorizing. **Regional integration: Theory and Research**, v.24, n.4, 1970.

HEIDEMANN, Francisco Gabriel. Do sonho do progresso às políticas de Desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs.). **Políticas públicas e desenvolvimento**. Brasília: UNB, 2009, p. 23-39.

HELD, D.; MCGREW, A. **Prós e Contras da Globalização**. Tradução, Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

HERZ, M. A internacionalização da política: a perspectiva cosmopolita em face do debate sobre a democratização da ONU. **Contexto internacional**. Rio de Janeiro: Instituto de Relações Internacionais – PUC-RJ, v. 21, n. 2, p. 151-289, 1999.

HERZ, M.; HOFFMANN, A. **Organizações internacionais: histórias e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. **A Mobilidade das Fronteiras: inserções da geografia na crise da modernidade**. Belo Horizonte, Humanitas-UFMG: 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ms/ponta-pora/panorama>. Acesso em: 14/06/2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018. **Municípios de fronteira**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 12/04/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama Ponta Porã**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/ponta-pora/panorama>. Acesso em: 1 ago. 2019.

KEOHANE, R. O.; NYE, J. S. **Power and interdependence**. Boston: Scott, Foresman and Company, 1989.

KRASNER, S. D. Compromising Westphalia. In: HELD, David; MCGREW, Anthony. **The Global Transformation Reader**. Cambridge: Polity Press, 2000.

LUCIANO, Bruno Theodoro. Democratizando a integração: eleições diretas para os parlamentos Europeu e do Mercosul. 2013. 125 f. **Dissertação** (Mestrado em Relações Internacionais). Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MACHADO, L. O. **Limites, Fronteiras e Redes**. In: T. M. Strohaecker, A. Damiani, N.O. Schaffer, N. Bauth, V.S. Dutra (org.). *Fronteiras e Espaço Global*, AGB-Porto Alegre, Porto Alegre, 1998, p. 41-49.

MACHADO, L. O. **Estado, territorialidade, redes: cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana**. In: SILVEIRA, M. L. *Continentes em chamas: globalização e territórios na América Latina*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MALAMUD, Andrés. Latin American Regionalism and EU Studies. **Journal of European Integration**. v. 32: n. 6, p. 637- 657. 2010.

MARIANO, M. P; MARIANO, K. L. P. As teorias de integração regional e os estados subnacionais. **Impulso**. Piracicaba, v.13, n. 31, p. 47-68, 2002.

MARIANO, M. P; MARIANO, K. L. P. Governos subnacionais e integração regional: considerações teóricas. In: WANDERLEY, Luiz Eduardo; VIGEVANI, Tullo (Orgs.). **Governos subnacionais e sociedade civil: integração regional e Mercosul**. São Paulo: Educ; Unesp; Fapesp, 2005, p. 131-160.

MARIANO, Karina Pasquariello. Globalização, integração e o estado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 71, p. 123-168, 2007.

MARIANO, Karina Pasquariello **O NEOLIBERAL INSTITUCIONALISMO: um modelo teórico para a integração regional**. São Paulo: Cedec, 1995.

MARIANO, Marcelo Passini. **A política externa brasileira e a integração regional: uma análise a partir do Mercosul**. 1. ed. São Paulo: Editora da Unesp Digital, 2015.

MARTÍNEZ, Mariluz, Martín. **La salud es un derecho humano. Solo se entiende universal, pública y gratuita**, in: Codehupy (2017) *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2017*. Asunción: Codehupy, p.185-192.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERCOSUL. **Tratado de Assunção de 26 de março de 1991**. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaAdpf101/anexo/Tratad_d_e_Assuncao..pdf. Acesso em: 22/01/2018.

MERCOSUL. Pauta negociadora do SGT nº 11, 1996. Disponível em: http://www.mercosur.int/msweb/porta%20intermediario/Normas/normas_web/Resolucoes/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF. Acesso em: 12/11/2018.

MERCOSUL. **XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de nº 11 “Saúde”**. Ata nº 2/2003. Disponível em: http://200.214.130.44/mercosulsaude/portugues/sgt/rosgt11/rosgtXXI/ACTA_CN_02_03.htm. Acesso em: 26/08/2018.

MORAVCSIK, Andrew. Preferences and Power in the European Community: A Liberal Intergovernmentalist Approach. **Journal of Common Market Studies**, v.31, n.4, p.473-524, 1993.

MORAVCSIK, Andrew. In Defense of the Democratic Deficit: Reassessing Legitimacy in the European Union. **Journal of Common Market Studies**, v.40, n.4, p. 603-24, 2002.

MORAVCSIK, Andrew. 1993. **Armaments Among Allies: Franco German Weapons Cooperation, 1975-1985**. In: Double-Edged Diplomacy: 29 International Bargaining and Domestic Politics, edited by Peter Evans, Harold Jacobson, and Robert Putnam, 128-68. Berkeley: University of California Press.

MORAVCSIK, A. **The choice for Europe**. Social purpose and State power from Messina to Maastricht. New York: Cornell University Press, 1998.

MORAVCSIK, Andrew. **Taking Preferences Seriously: A Liberal Theory of International Politics**. International Organization, v. 51, n. 4, p. 513-553, 1998.

NOGUEIRA, VMR; FAGUNDES, HS. A implementação do SIS FRONTEIRAS – perspectivas para a ampliação do direito à saúde no Brasil. **Revista Serviço Social e Saúde**. Campinas, v.13 n.2, p. 245-260, jul-dez. 2014.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (org.). **Territórios sem limites: estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2005, 648 p.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. Para além das linhas coloridas ou pontilhadas – reflexões para uma tipologia das relações fronteiriças. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege)**, Fortaleza, v.1, n.15, p. 233-256, jan-jun.2015.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (coord.) **Perspectivas para o meio ambiente urbano: GEO Ponta Porã**. Mato Grosso do Sul, Campo Grande: [s.n.] 2010.

OLIVEIRA, T. C.M. *et al.* Contribuição ao estudo da dimensão da oferta de serviços públicos na região de fronteira do Brasil com outros membros do Mercosul. In: PENHA, B. *et al* (Org). **O Mercosul e as Regiões de Fronteira**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília (DF). 2013.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **O perfil do sistema de serviços de saúde do Brasil**. 2001. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/arquivos/perfil2000_wc.pdf. Acesso em: 23/04/2018.

PARAGUAY, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Cuentas de Salud**. Asunción, 2017.

PARAGUAY. [Constituição (1992)]. **Constitución de la República de Paraguay, 1992**. ASSUNÇÃO: [s. n.], 1992. Disponível em: <http://jme.gov.py/transito/leyes/1992.html>. Acesso em: 4 jul. 2018.

PEITER, Paulo Cesar. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Rio de Janeiro: UFRJ/IGEO/PPGG, 2005.

PIERIK, Roland. Globalization and Global Governance: A Conceptual Analysis. **2003 Hague Joint Conference**. p. 454-462.

PIERIK, Roland. Globalization and Global Governance: A Conceptual Analysis. 2003 Hague Joint Conference. p. 454-462.

PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Rio de Janeiro: IPEA, Texto para discussão. 2018.

PONTA PORÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnóstico Local do Município de Ponta Porã**. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, 2007.

PONTA PORÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Operacional do Município de Ponta Porã**. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, 2008.

PRADO, Henrique Sartori de Almeida. **Inserção dos atores subnacionais no processo de integração regional: o caso do Mercosul**. Dourados: Ed. UFGD, 2013.

PREUSS, Lislei Teresinha. **O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do rio grande do sul com a Argentina e o Uruguai**. Porto Alegre, 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, PUCRS. 2011.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

REZENDE, V.M., BRANCO, M.L., ARAUJO, A.S. **Do ideário a vivência de práticas no contexto das fronteiras** In: SOUZA, Maria de Lourdes [et al.] (org.). A saúde e a inclusão social nas fronteiras. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. p. 400.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Políticas Sociais e Desenvolvimento após a era Neoliberal: A saúde na proposta de reestruturação produtiva com Equidade da Cepal**. [trabalho de defesa para professor associado]. UNIOESTE, 2008. Mimeo.

ROSENAU, James N. "Governança, Ordem e Transformação na Política Mundial". In: Rosenau, James N. e Czempiel, Ernst-Otto. **Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial**. Brasília: Ed. Unb e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 11-46.

SACARDO, Daniele Pompei. As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países do Mercosul: perspectivas para a integração regional. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2009.

SACK, Robert. **Human Territoriality: its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press: 1986.

SANAHUJA, José Antônio. 2010. La construcción de una región: Sudamérica y El regionalismo posliberal. In CIENFUEGOS, M. e SANAHUJA, J. A. (eds.). **Uma região em construção: UNASUR y La integración em América del Sur**. Barcelona: Fundación CIDOB.

SASSEN, S. **Perdiendo el control? La soberanía en la era de la globalización**. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2001.

SCHERMA, M. Cidades-gêmeas e integração: o caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. In: Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina, II. 2016. São Paulo. **Anais**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2016.

SCHERMA, M. A. Políticas de defesa e segurança para as fronteiras nos governos Lula e Dilma. **Boletim de Economia e Política e Internacional (BEPI)**, n. 22, p. 65-77. 2016.

SCHMITTER, Philippe C.; MALAMUD, Andrés. **The Experience of European Integration and the Potential for Integration in Mercosur**. Paper presented at the First Global International Studies Conference, World International Studies Committee (WISC), Istanbul, Bilgi University, 24-27 August 2005.

SEBRAE/MS. **Mato Grosso do Sul sem fronteiras: características e interações territoriais: Brasil, Bolívia, Paraguai**. 1. ed. Campo Grande: 2010.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

SENNES RU. **Países intermediários e fóruns multilaterais: algumas considerações**. 3º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói. Disponível em: <<http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint5.1.doc>>. Acesso em: 28 mar. 2005.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 28. ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2010.

SILVA, Carlos Eduardo Lins da. Tempos incertos e para a política externa e o Itamaraty. **Revista Interesse Nacional**. Ano 12, n.45, abr-jun 2019. Disponível em: <http://interessenacional.com.br/edicao/edicao-45/>. Acesso em: 12/04/2019.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GOMEZ, M. B. **Aspectos Legais do Direito à Saúde**. In: Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social. 1. ed. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004. p. 81-94.

SOARES, Adilson. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, p.1565-1572, jul, 2007.

STUART, A. Regionalismo e democracia; o papel do Comitê das Regiões na União Europeia 3. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política. Niterói, abril 2002 disponível em <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint3.4.doc>. Acesso em: 12/11/2018.

SWARTZ, G. FUGA, P.H.D. O acesso à saúde nas fronteiras do Mercosul: Entre as normas e a realidade. **Revista da Associação dos juizes do Rio grande do Sul (Ajuris)**. Porto Alegre, v.42, n.137, p. 343-364, mar. 2015.

TORRES, Francisco; MAIOR, Paulo Vila. A contribuição da teoria das relações internacionais para a explicação do processo de integração monetária europeia. **Relações Internacionais**. Lisboa, n. 39, p. 101-112, set. 2013.

TRINDADE, A A M. Cooperação internacional em saúde no Mercosul: Argentina, Brasil e Uruguai. **Tese de Doutorado**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal da Bahia, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**. Washington DC: World Health Organization, 2001.

YIN. R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa e precisa decidir se deseja fazer parte. Para tanto, leia cuidadosamente o termos que segue e fique à vontade para perguntar para o pesquisador sobre qualquer dúvida que possua.

Este estudo está sendo conduzido por Tamyris Cristiny Souza Rocha, mestranda em Fronteiras e Direitos Humanos na Universidade Federal da Grande Dourados, sob orientação do Professor Doutor Tomaz Espósito Neto.

Qual o objetivo do estudo?

A finalidade deste estudo é desenvolver dissertação de Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos, bem com tem como propósito, avaliar os avanços e as dificuldades operacionais do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteira em Ponta Porã-MS.

Quem serão os participantes do estudo? Quais são os meus requisitos?

Poderão participar deste estudo profissionais de saúde, gestores, representantes e interlocutores locais que tenham conhecimento, ou tenham atuado na época de vigência do SIS Fronteira, ou seja, entre o período de 2005 a 2015, no município de Ponta Porã-MS.

O que serei solicitado a fazer?

Você será entrevistado sobre a implantação do SIS Fronteiras e suas contribuições para a saúde no município de Ponta Porã, bem como os fatores limitantes da sua operacionalização. A entrevista será gravada e registrada para posterior estudo. O material será mantido sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos e, após este prazo, será destruído.

Quanto tempo estarei no estudo?

Você participará deste estudo somente no momento da entrevista, ou seja, por cerca de 15 minutos.

Quantas outras pessoas estarão participando deste estudo?

Será entrevistado um grupo de aproximadamente 10 pessoas.

Que prejuízos podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

O único risco possível desta entrevista é o eventual constrangimento de ser dirigida uma pergunta, a qual não se sinta a vontade de respondê-la. Neste caso, é direito do entrevistado manter-se silente, sem que isso prejudique a continuidade do estudo, pois não há, em qualquer hipótese, sobreposição de hierarquia. Serão utilizadas apenas as percepções descritas pelo entrevistado, sem mencionar seu nome no relatório. Não haverá malefício ao entrevistado quando houver vínculo hierárquico profissional ou para quem optar por não participar.

Que benefício eu posso esperar?

É possível que mediante este trabalho, as autoridades públicas tenham um olhar mais atento para a política pública de saúde voltada para uma região de fronteira.

Há remuneração para a participação?

A participação é voluntária e sem qualquer remuneração.

Para quem a minha participação e respostas estarão disponíveis?

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador e o orientador da pesquisa terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Eu serei informado do surgimento de informações significativas sobre o assunto da pesquisa?

Sim, você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

A quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 99232-3370, Tamyris Cristiny Souza Rocha, discente responsável pelo estudo.

Posso recusar participar ou então desistir de participar do estudo?

A participação é voluntária, e assim você pode tanto decidir não participar como desistir a qualquer momento. Por fim, você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário:

_____ data _____

Endereço:

Assinatura do pesquisador:

_____ data _____

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Direitos Humanos e Fronteiras, realizada na Universidade Federal da Grande Dourados. Os resultados serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual e não do órgão da administração pública em qual trabalha e/ou trabalhou.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração.

1. Qual é seu nome, cargo e órgão em que trabalha? Há quanto tempo você atua no órgão?
2. Você conhece o projeto SIS Fronteiras? Em caso positivo, como teve conhecimento do Projeto?
3. Você atuou ou conhece alguém que atuou diretamente no SIS Fronteiras?
4. Quando o programa passou a ser implantado na cidade onde trabalha?
5. Como foi o funcionamento do SIS Fronteiras? Você sabe informar se as verbas chegaram no prazo e no volume previsto?
6. Quando da implantação houve informação e divulgação junto aos funcionários que atuam no SUS?
7. Percebeu alguma alteração no fluxo de pacientes e atendimentos à pessoas vindas do Paraguai? Quais foram os impactos do programa na região de fronteira?
8. Você acredita que os pacientes que vinham do Paraguai no período do SIS Fronteiras tinham conhecimento do projeto?
9. Sabe dizer se o programa teve algum impacto na ampliação dos serviços de saúde no município (novos postos de saúde, mais leitos, compra de equipamentos, treinamento e capacitação de pessoal, por exemplo)?
10. O mapeamento (dados sobre demanda – urgência/emergência e do perfil epidemiológico da região) foi útil para o planejamento da Secretaria Municipal de

Saúde? Ou as informações geradas com o programa não estão disponíveis ou não foram aproveitadas?

11. Qual é a sua avaliação sobre o SIS Fronteiras?

12. Mais alguma informação relevante sobre o SIS Fronteiras?