



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

TIAGO DE LIMA MARINHO

**A IMPLANTAÇÃO DO SUS E A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE**  
**SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI: UM ESTUDO DE CASO NO**  
**MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ, PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988**

DOURADOS-MS

2021

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

TIAGO DE LIMA MARINHO

**A IMPLANTAÇÃO DO SUS E A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI: UM ESTUDO DE CASO NO  
MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ, PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fronteiras e Direitos Humanos da Faculdade de Direito e Relações Internacionais - FADIR/UFGD (Área de concentração: Direitos Humanos, Cidadania e Fronteiras) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Fronteiras e Direitos Humanos, sob orientação do Professor Dr. Tomaz Espósito Neto e coorientação do Professor Dr. Camilo Pereira Carneiro Filho.

DOURADOS-MS

2021

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

M338i Marinho, Tiago De Lima  
A implantação do SUS e a efetividade das políticas públicas de saúde na fronteira  
Brasil-Paraguai: um estudo de caso no município de Ponta Porã, pós Constituição de 1988 [recurso  
eletrônico] / Tiago De Lima Marinho. -- 2021.  
Arquivo em formato pdf.

Orientador: Tomaz Espósito Neto.  
Coorientador: Camilo Pereira Carneiro Filho.  
Dissertação (Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos)-Universidade Federal da Grande  
Dourados, 2021.  
Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:  
<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

I. direito à saúde. 2. acesso ao SUS. 3. políticas públicas de saúde. I. Espósito Neto, Tomaz . II.  
Carneiro Filho, Camilo Pereira . III. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

TIAGO DE LIMA MARINHO

**A IMPLANTAÇÃO DO SUS E A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI: UM ESTUDO DE CASO NO  
MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ, PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fronteiras e Direitos Humanos da Faculdade de Direito e Relações Internacionais - FADIR/UFGD (Área de concentração: Direitos Humanos, Cidadania e Fronteiras) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Fronteiras e Direitos Humanos, sob orientação do Professor Dr. Tomaz Espósito Neto e coorientação do Professor Dr. Camilo Pereira Carneiro Filho.

Data da Defesa: 28 de Setembro de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Tomaz Esposito Neto – orientador  
Universidade Federal da Grande Dourados

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Kirchof de Brum  
Universidade Federal da Grande Dourados

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Lamberti  
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

## RESUMO

A saúde trilhou um longo caminho até o seu reconhecimento como direito social fundamental pela Constituição de 1988. A criação de um sistema único de saúde, universal e gratuito garantiu o acesso de uma parcela significativa da população a esse direito, em especial dos mais carentes. A implantação e execução do SUS em municípios localizados em faixa de fronteira, no entanto, apresenta desafios diversos do restante do país. O fluxo de estrangeiros existente em alguns municípios permite o acesso de não nacionais a um sistema público de saúde, o que pode afetar a garantia desse direito aos brasileiros. O objetivo do presente trabalho é analisar se as políticas públicas de saúde implementadas nos municípios localizados em faixa de fronteira consideram as particularidades dessas regiões, de modo que, mesmo com o atendimento de estrangeiros pelo SUS, o acesso de nacionais a esse direito social tão necessário não se veja afetado. Utilizando-se de uma pesquisa qualitativa, básica, de cunho exploratório e pautada em análise bibliográfica e documental, identificou-se que o atendimento de estrangeiros pelo SUS faz parte do cotidiano do município de Ponta Porã. A proximidade com o país vizinho e a facilidade de acesso pelos estrangeiros proporciona uma coexistência híbrida, binacional, que não interfere no acesso à saúde dos brasileiros, mesmo diante do atendimento de paraguaios e brasileiros não residentes no país. Evidenciou-se, também, que políticas públicas de saúde que contemplam essa realidade são quase inexistentes e, as que foram identificadas, não se propuseram a solucionar o caso de forma eficiente. Apesar do conhecimento dessa realidade por parte dos gestores, a falta de comunicação com o país vizinho e a dificuldade de coleta de dados sobre o fluxo de estrangeiros que utiliza o sistema público de saúde brasileiro dificulta a resolução desse cenário.

**Palavras-chaves:** Direito à saúde; acesso ao SUS; políticas públicas de saúde.

## ABSTRACT

Health has come a long way until its recognition as a fundamental social right by the 1988 Constitution. The creation of a single, universal and free health system guaranteed access to this right for a significant portion of the population, especially for the poorest. The implementation and execution of the SUS in municipalities located along the border, however, presents different challenges from the rest of the country. The flow of foreigners existing in some municipalities allows non-nationals access to a public health system, which can affect the guarantee of this right to Brazilians. The objective of this study is to analyze whether the public health policies implemented in municipalities located in the border strip consider the particularities of these regions, so that, even with the care of foreigners by the SUS, the access of nationals to this much-needed social right don't see yourself affected. Using a qualitative, basic, exploratory research based on bibliographic and documental analysis, it was identified that the care provided to foreigners by the SUS is part of the daily life of the municipality of Ponta Porã. The proximity to the neighboring country and the ease of access by foreigners provides a hybrid, binational coexistence, which does not interfere with Brazilians' access to healthcare, even in the face of care for Paraguayans and Brazilians who do not reside in the country. It was also evidenced that public health policies that address this reality are almost non-existent and those that were identified did not propose to solve the case efficiently. Despite the knowledge of this reality on the part of managers, the lack of communication with the neighboring country and the difficulty in collecting data on the flow of foreigners who use the Brazilian public health system makes it difficult to resolve this scenario.

**Keywords:** Right to health; access to SUS; public health policies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Opinião dos atores estratégicos sobre a perspectiva para a garantia de sustentabilidade do SUS .....	45
Figura 2. Opinião dos atores estratégicos sobre o processo de descentralização do SUS .....	47
Figura 3. Fases do ciclo de políticas públicas.....	51
Figura 4. Evolução dos projetos de lei sobre fronteiras.....	52
Figura 5. Unidades federativas dos proponentes principais do projeto de lei (1990-2016), em número de projetos e em porcentagem do total de projetos.....	54
Figura 6. Quantidade de políticas públicas por tema prioritário.....	58
Figura 7. Valores destinados em cada fase do SIS Fronteiras para o município de Ponta Porã...	63
Figura 8. Faixa de Fronteira do Brasil.....	71
Figura 9. Ficha de cadastro para atendimento na atenção básica.....	81

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Políticas públicas implementadas na faixa de fronteira brasileira.....	55
Tabela 2. Presença de ações conjuntas de saúde nas fronteiras.....	59
Tabela 3. Anexo II da Portaria GM/MS nº 1.120, de 6 de julho de 2005 – Distribuição de recursos para os municípios fronteiriços da região sul e Mato Grosso do Sul por fases.....	63
Tabela 4. Metas e incentivo do SIS Fronteiras no município de Ponta Porã – fases II e III.....	64
Tabela 5. Indicadores das cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.....	68
Tabela 6. Población total por año, segun departamento, sexo y tipo de seguro médico (%), 2017 al 2019. Promedio anual.....	69
Tabela 7. Acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS, segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.....	76
Tabela 8. Tipo de atendimentos buscados frequente e muito frequente por estrangeiros no SUS no município por país de fronteira, segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.....	77



**LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A. Termo de consentimento livre e esclarecido.....102

Apêndice B. Roteiro de entrevistas.....104

## LISTA DE SIGLAS

ALC – Área de Livre Comércio  
ANTT – Agência Nacional de Transporte Terrestre  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
CADASTUR – Cadastro do Ministério do Turismo  
CF – Constituição Federal  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FF – Faixa de Fronteira  
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
MDIC - Ministério de Desenvolvimento Indústria e Comércio Exterior  
NHS – National Health Service  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAP – Programa Amazônia Protegida  
PCN – Programa Calha Norte  
PDFF – Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira  
PNDR – Política Nacional de Desenvolvimento Regional  
PRONASCI – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania  
PROMESO – Programa de Promoção da Sustentabilidade de Espaços Sub-Regionais  
RNE – Registro Nacional de Estrangeiro  
SIS – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras  
SSN – Servizio Sanitario Nazionale  
SUS – Sistema Única de Saúde  
SUFRAMA – Superintendência da Zona Franca de Manaus

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL</b> .....	23
2.1 UM SISTEMA ÚNICO COMO FORMA DE UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	23
<b>2.1.1 A teoria dos direitos fundamentais como subsídio para a positivação do direito à saúde</b> .....	24
2.1.1.1 Direitos fundamentais como direitos subjetivos.....	27
2.1.1.2 Direitos fundamentais e o direito à saúde.....	28
<b>2.1.2 Noções introdutórias sobre o direito à saúde</b> .....	30
<b>2.1.3 Uma breve análise da evolução do direito à saúde no sistema jurídico-político brasileiro</b> .....	33
2.1.3.1 A universalização do direito à saúde .....	38
2.1.3.2 O direito à saúde e a Constituição de 1988 .....	40
2.1.3.3 O Sistema Único de Saúde .....	42
<b>2.1.4 Um breve panorama sobre os 30 anos do SUS</b> .....	44
<b>3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI</b> .....	49
3.1 ASPECTOS GERAIS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FRONTEIRA .....	49
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA FRONTEIRA .....	58
<b>3.2.1 SIS Fronteiras no município de Ponta Porã</b> .....	61
<b>4 A REALIDADE DA SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI – ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ</b> .....	67
4.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE A EFETIVAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ .....	67
<b>4.1.1 Aspectos gerais sobre a fronteira Brasil-Paraguai</b> .....	69
<b>4.1.2 As consequências locais da implantação do SUS</b> .....	74
4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS .....	79
<b>4.2.1 Entrevista realizada com o Secretário Municipal de Saúde</b> .....	79
<b>4.2.2 Entrevista realizada com o Secretário Estadual de Saúde</b> .....	81
<b>4.2.3 Entrevista realizada com o Diretor do Hospital Regional</b> .....	83
<b>4.2.4 Entrevista realizada com o Defensor Público</b> .....	84
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90
<b>APÊNDICE A</b>	
<b>APÊNDICE B</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A origem do direito à saúde advém da concepção de direitos humanos e ocupa um papel fundamental na garantia da condição humana do indivíduo. O século XVII foi fundamental para a construção de um conceito teórico de direitos humanos e de dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, dois movimentos históricos, Revolução Americana (1785-1783) e Revolução Francesa (1789-1799), abriram caminho para as discussões necessárias que viriam a consolidar o que se tornaria o pensamento norteador de grande parte das constituições dos países democráticos da atualidade (SORTO, 2008).

O *United States Bill of Rights* (Declaração de Direitos dos Estados Unidos), criado em 25 de setembro de 1789 e ratificado apenas em 15 de dezembro de 1791, é considerado como marco temporal para a ideia de direitos humanos, trazendo, além de limitações ao poder do governo americano, também, uma série de liberdades fundamentais para aquela nação.

No mesmo sentido, a *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen* (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão), ratificada em 26 de agosto de 1789 pela Assembleia Nacional Constituinte da França, passa a definir como universais alguns direitos individuais e coletivos dos homens, reafirmando como inalienáveis e sagrados ao homem, os direitos naturais.

Destaca-se que, apesar das inovações estabelecidas por tais documentos, esses direitos tidos como universais ao homem, de fato, não eram, pois, nem todo homem era possuidor de direitos. Àquela época, a escravidão ainda se fazia presente em todo o mundo e, muito embora um processo de reconhecimento de direitos natos ao homem estivesse se consolidando e gerando frutos, basicamente o homem branco era quem poderia usufruir de tais direitos. Quase um século foi necessário até que os movimentos abolicionistas conseguissem colocar fim à escravidão e o caráter universal de tais direitos pudesse enfim ser vislumbrado. Vale menção aos movimentos abolicionistas inglês (aprovação do Ato de abolição da escravidão em 1 de agosto de 1834), francês (abolição definitiva em 27 de abril de 1848, com a Segunda República Francesa) e estadunidense (assinatura da Declaração de Emancipação em 1863, ainda que as leis segregacionistas e de antimiscigenação só viessem a ser abolidas em 1967), fundamentais para a abolição da escravidão no mundo ocidental.

Apesar da constante evolução da ideia de direitos humanos que deveriam ser garantidos de forma universal, um evento se mostrou de vital importância para a discussão globalizada do tema. As barbáries vivenciadas na Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945) intensificaram as discussões na comunidade internacional sobre a necessidade de construção de um documento

que reconhecesse um rol de direitos inerentes a todo e qualquer ser humano. A Organização das Nações Unidas nasceu, então, em 24 de outubro de 1945 (substituindo a Liga das Nações) com a missão de impedir outro conflito semelhante e, em 10 de dezembro de 1948, ocorria a ratificação da **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, a qual reconheceu direitos inerentes a “todos os membros da família humana”.

Alguns meses antes, em abril de 1948, os Estados Unidos aprovavam a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem visando a proteção dos direitos essenciais do homem. Neste documento, podemos observar a primeira menção ao direito à saúde reconhecido como um direito fundamental e inerente à pessoa humana: “*Artigo 11. Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade*” (ONU, 1948).

A mesma preocupação foi reproduzida de forma indireta na declaração ratificada pela ONU. Em seu artigo XXV, ela reconhece 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 (...)*” (ONU, 1948).

Conforme salientado, esses documentos foram de grande influência no processo constituinte das democracias atuais, o que oportunizou que os Estados passassem a assegurar a seus nacionais diversos direitos sociais como forma de garantia de um mínimo existencial.

Tal visão se tornou realidade no cenário brasileiro por meio da Constituição de 1988, que deu grande destaque aos direitos humanos fundamentais, elevando a dignidade da pessoa humana à nível de princípio fundamental e inovando ao reservar um espaço para os direitos sociais, o que inclui o direito à saúde (BRASIL, 1988).

A saúde pública é mencionada já na primeira Constituição brasileira (1824), entretanto, apenas no que tangia a competência legislativa para tal questão, não considerando a saúde como um direito. Esse mesmo cenário se estende nas cartas constituintes seguintes, apesar da saúde pública começar a ganhar mais atenção, em especial diante da necessidade de controle de epidemias de doenças como febre amarela, gripe espanhola, varíola, tuberculose, entre outras.

Antes da constituinte de 1988, entretanto, a preocupação com a saúde era reservada quase que exclusivamente para o executivo e, ainda, no que tangia aspectos sanitários. Apenas em 1920 houve a criação do Departamento Nacional da Saúde e, somente em 1953 ele foi transformado no Ministério da Saúde, ainda como uma subdivisão do Ministério de Educação e Saúde.

A primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) aconteceu no ano de 1941, trazendo como tema central a situação sanitária e assistencial dos Estados. A terceira edição da CNS, realizada em 1963, foi a primeira a discutir a fixação de um plano nacional de saúde. Apenas em 1975, na quinta edição da CNS começou-se a discutir de forma ampla a implementação de um sistema nacional de saúde, o que evoluiu para uma discussão sobre uma política nacional de saúde na sexta edição, realizada em 1977.

O progresso nas discussões sobre a saúde pública do país caminhava a passos lentos, entretanto, a oitava edição da CNS, realizada em 1986, se tornou um marco na história das conferências e para a saúde pública do Brasil. O destaque tem início por ter sido a primeira conferência aberta à sociedade. Além disso, naquela ocasião foram formuladas diretrizes que vieram a subsidiar a universalidade da saúde, bem como, a responsabilização do Estado pelo seu fornecimento, atribuindo-lhe um caráter de direito subjetivo. Muitos aspectos da discussão já estavam em consonância com a ideia de dignidade da pessoa humana, tanto que seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, dois anos depois.

A referida Constituição inovou dando grande destaque a dignidade da pessoa humana, atribuindo-lhe o caráter de princípio fundamental da República e estabelecendo um rol de direitos e garantias fundamentais (art. 5º), dentre os quais se encontra o direito social a saúde (art. 6º). Expandindo ainda mais a visão das declarações da ONU e americana e embasada nas diretrizes formuladas na VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição brasileira determinou que **a saúde é um direito de todos (caráter universal) e um dever do Estado (direito subjetivo)**, devendo ser garantido por meio de políticas públicas e econômicas (art. 196). Tal evolução culminou na criação de um Sistema Único de Saúde gratuito e com o objetivo de atender, de forma integral, a todos àqueles que necessitassem de tratamento (BRASIL, 1988).

O oferecimento de um sistema de saúde gratuito em todo o território nacional propiciou a busca por atendimento médico não só dos nacionais, mas também de estrangeiros residentes em cidades fronteiriças, uma vez que o acesso à saúde em seu país de origem não é ofertado de forma gratuita. Dessa forma, os municípios brasileiros localizados em faixa de fronteira passaram a vivenciar uma realidade diversa do restante do país, acolhendo uma demanda muitas vezes maior do que a própria população local. As dinâmicas advindas dessa realidade possibilitam questionamentos sobre a possibilidade de atendimento do estrangeiro e sobre a gestão e execução das políticas públicas de saúde nessas localidades.

Ao que concerne às políticas públicas de saúde, torna-se necessário, ainda, a verificação da existência de políticas públicas executadas que levem em consideração as particularidades dessas localidades de fronteira. O território fronteiriço diverge do restante do país em vários aspectos, em especial pela concentração de atividades ilegais que tornam essas regiões mais violentas.

Essas especificidades do território fronteiriço merecem maior atenção por criarem um cenário que diverge do restante do país. Por muito tempo, os contrastes podiam se resumir à baixa densidade demográfica dessas regiões, bem como as grandes distâncias dos grandes centros, e a consequente dificuldade de comunicação com os centros decisórios do país. Atualmente, novas dinâmicas criaram um cenário ainda mais particular, exigindo uma atenção por parte do Estado com essas regiões (MACHADO, 2006).

As fronteiras se tornaram um terreno propício para o desenvolvimento de novas tecnologias, produção e troca de informações e proliferação de estratégias de organismos internacionais e empresas transnacionais. Além de permitir a disseminação de processos que exigem a participação de dois ou mais países, ou ainda, de blocos econômicos. No que tange a preocupação com a segurança nacional, há que se destacar a ocorrência de movimentos migratórios nessas regiões, além da corrente preocupação com a intensificação do tráfico de armas e de drogas ilícitas (MACHADO, 2006).

Evidente, portanto, que a região de fronteira possui especificidades que a difere do restante do país em aspectos geográficos, sociais e econômicos. Tal percepção exige maior atenção por parte do governo federal, estadual e municipal, proporcionando condições para o desenvolvimento regional e o aprimoramento das relações internacionais.

Ao que tange ao termo **desenvolvimento** e a sua diversidade de significados em toda a literatura, o presente trabalho irá utilizar o conceito explorado pela Teoria do Desenvolvimento de Amartya Sen (2010), o qual não considera o crescimento econômico como um fim em si mesmo, devendo o desenvolvimento apontar para a melhoria das condições de vida do indivíduo, em especial, observando o fortalecimento de suas liberdades.

O uso da referida teoria se justifica pelo fato do direito à saúde, e o consequente acesso aos serviços de saúde, ser uma das liberdades que ocupa um lugar de destaque no desenvolvimento da teoria, sendo considerado um “motor” do processo de desenvolvimento do país. A ausência desta e de outras liberdades, ou mesmo a carência no seu oferecimento pelo Estado estaria restringindo a liberdade dos indivíduos, condenando-os a viver em condições degradantes (SEN, 2010).

## Problema de pesquisa

A presente dissertação tem como problema de pesquisa a seguinte indagação: No território fronteiriço de Ponta Porã, como a sua realidade binacional é materializada nas políticas públicas de saúde e na prestação de serviços dessa natureza de modo a garantir o acesso da população brasileira ao direito social fundamental à saúde?

## Objetivo geral

O objetivo geral do trabalho é analisar se as políticas públicas de saúde implementadas no município de Ponta Porã, localizado em faixa de fronteira, consideram as necessidades locais, de modo a garantir o acesso à saúde, na sua efetividade, para a população local.

## Objetivos específicos

Os objetivos específicos são: a) discutir os desafios da efetividade da saúde enquanto um direito universal num contexto geopolítico binacional; b) estudar a evolução e a abordagem das políticas públicas de saúde para a realidade fronteiriça brasileira; c) analisar o acesso à saúde pública no contexto da região fronteiriça de Ponta Porã.

## Hipótese

De modo a apresentar uma provável, porém, provisória resposta ao problema trazido pelo presente trabalho, torna-se necessária a exposição da seguinte hipótese:

Hipótese: A saúde pública no município de Ponta Porã apresenta um cenário específico tendo em vista a utilização do SUS por grande número de estrangeiros não residentes no país e brasileiros residentes no exterior, um fato que é apenas parcialmente considerado na hora da definição de políticas públicas de saúde para a região fronteiriça, sendo ali aplicadas políticas genéricas pensadas para o restante do país, o que resulta em uma garantia limitada de acesso à saúde em razão da sobrecarga de atendimento.



## Justificativas

A justificativa pessoal do presente trabalho está ligada ao interesse pelo tema em análise, que foi despertado no decorrer do curso de Bacharelado em Direito, bem como, de atividade extracurricular realizada junto à Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, na qual o autor manteve contato diário com a judicialização da saúde e, conseqüentemente, com os indivíduos dependentes do acesso a esse direito, o que demonstrou a importância da garantia efetiva dos direitos sociais, em especial, do direito à saúde, como forma de concretização do princípio da dignidade da pessoa humana.

Por sua vez, a justificativa acadêmica desta dissertação se encontra no fato de haver escassa bibliografia disponível sobre a temática em análise, em especial, considerando o contexto espacial abordado no presente trabalho, representando um esforço de atualização e organização da bibliografia existente.

Destaca-se, ainda, que, embora o papel do SUS já tenha sido abordado em diversos trabalhos acadêmicos e artigos científicos, a presente pesquisa possui um caráter multidisciplinar, tendo em vista que conjuga teorias de vários campos do conhecimento, a saber, Direito, Geografia e Relações Internacionais, diferenciando-a dos demais trabalhos concernentes à temática em questão. Por fim, pelo conteúdo dos trabalhos encontrados sobre o tema é possível identificar a existência real de um problema envolvendo o estrangeiro e o acesso à saúde, exigindo a atividade de pesquisa para a compreensão de seus reflexos na sociedade local.

## Referencial teórico

Para atingir os objetivos acima apresentados, o presente trabalho utiliza como referencial teórico a teoria dos direitos fundamentais (ALEXY, 2008) e a teoria do desenvolvimento (SEN, 2010) de modo a proporcionar um entendimento amplo sobre a natureza do direito à saúde e da necessidade de sua garantia de forma plena, para então analisar os impactos do SUS no município de Ponta Porã, em especial por estar localizado em faixa de fronteira.

A teoria desenvolvida por Alexy (2008) nos permite uma compreensão da natureza dos direitos fundamentais dentro do ordenamento jurídico das constituições democráticas, a exemplo da constituição alemã e francesa. O autor alemão separa um capítulo inteiro de sua obra para abordar os direitos a prestação em sentido estrito, ou seja, os denominados direitos

fundamentais sociais, explorando sua natureza e os argumentos que defendem a sua previsão constitucional. Complementando essa abordagem, os trabalhos desenvolvidos por Sarlet (2011; 2012) possibilitam uma compreensão do papel dos direitos fundamentais no ordenamento jurídico brasileiro, destacando a correlação desses direitos com a garantia de uma vida mais digna, discriminando, ainda, o papel do Estado, da sociedade e dos particulares para a efetividade do fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana.

A escolha da teoria do desenvolvimento de Sen se mostrou a mais apropriada por atribuir ao acesso à saúde um caráter de liberdade essencial para o desenvolvimento. Em sua teoria ele destaca a importância de se garantir oportunidades sociais ao indivíduo, por exemplo, o acesso à educação e à saúde, pois, tais liberdades subjetivas contribuem para o progresso econômico. O autor destaca o fato das liberdades não serem apenas os fins primordiais do desenvolvimento, ocupando também o papel de meios principais para atingi-lo. O desenvolvimento deve ser visto como um processo de expansão das liberdades reais, que as pessoas desfrutam para ter uma vida mais digna e com qualidade (2010).

No tocante ao direito à saúde e ao objeto da presente pesquisa, o processo de desenvolvimento dos municípios em região de fronteira, bem como, das políticas públicas ali implementadas, deve buscar a eliminação da privação da pessoa, no sentido de que a oferta deve ser suficiente para que, mesmo que o indivíduo não necessite do acesso à saúde, possa exercê-lo regularmente mesmo diante do atendimento de estrangeiros pelo SUS (SEN, 2010).

Ainda na tentativa de compreender as relações estabelecidas entre os países fronteiriços é fundamental a análise da formação geopolítica das fronteiras, em especial entre o Brasil e o Paraguai, objeto do presente estudo. Para tanto, as obras de Machado (2005) e de Oliveira (2005), se mostram de extrema importância para o entendimento de conceitos fundamentais para a compreensão das relações construídas entre os dois países. Scherma (2015) e Albuquerque (2005) também trazem contribuições sobre a evolução da relação fronteiriça entre o Brasil e o Paraguai.

Por fim, uma compreensão sobre as políticas públicas, em especial, àquelas aplicadas às regiões de fronteira se mostra essencial para a conclusão do presente trabalho. Nesse sentido, alguns trabalhos mereceram destaque, seja por auxiliar na definição das políticas públicas, como ocorre no caso das obras de Gianezini *et al* (2017), Frey (2000) e Souza (2006), ou pela importância do levantamento de dados anteriormente realizado, como se vê nas obras de Rocha (2019), Kruger *et al* (2017) e Giovanella *et al* (2007).

## Revisão bibliográfica

Visando explicar a pesquisa realizada na presente dissertação, torna-se necessária a discriminação do processo de revisão bibliográfica utilizado pelo autor. Foi realizada uma busca na plataforma de catálogos de teses e dissertações da Capes utilizando os descritores “direito à saúde” entre aspas, o que resultou na localização de 1.566 trabalhos, sendo 1.131 dissertações e 265 teses. Uma vez que a utilização do termo mais abrangente resultou em um número alto de trabalhos, impossibilitando a correta realização da pesquisa, optou-se pelo acréscimo do descritor “fronteiras”, também entre aspas e acompanhado do conector AND, resultando em 25 trabalhos, sendo 21 dissertações e 4 teses. A mesma pesquisa foi realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações na mesma data. Ao utilizar os descritores “direito à saúde”, entre aspas, a pesquisa retornou 762 resultados, divididas em 604 dissertações e 158 teses. Acrescentando o conector AND e o descritor “fronteiras” entre aspas, o resultado foi reduzido para 20 trabalhos, divididos em 17 dissertações e 3 teses. Dos 25 trabalhos encontrados no banco de dados da CAPES e 20 trabalhos do IBICT, 8 trabalhos eram repetidos e, após serem descartados, a pesquisa totalizou 30 dissertações e 7 teses. Uma nova pesquisa foi realizada no catálogo de teses e dissertações da CAPES, utilizando os descritores “relações de interdependência” AND “saúde”, resultando na localização de 28 trabalhos, divididos em 18 dissertações e 10 teses. Ao realizar a mesma pesquisa na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, o resultado apresentou a existência de 8 dissertações e 6 teses. Dentre os bancos de dados utilizados 7 trabalhos estavam duplicados, obtendo como resultado o total de 35 trabalhos, divididos em 12 teses e 23 dissertações. Analisando os dados apresentados, a pesquisa findou com a localização de 72 trabalhos.

Com o levantamento realizado tornou-se necessária a análise qualitativa das teses e dissertações de modo a identificar a pertinência em relação ao tema proposto. Em uma primeira análise, baseada exclusivamente no título das obras, foram excluídos um total de 47 trabalhos, uma vez que não mantinham relação direta com a presente pesquisa. Posteriormente, por meio da leitura do resumo e da estrutura de seus sumários foram excluídos mais 5 trabalhos sob o mesmo argumento. Destaca-se que a pesquisa deixou evidente a escassez de trabalhos que estabelecem um diálogo entre a teoria da relação de interdependência e o direito e o acesso à saúde (apenas 2 trabalhos tinham relação com o tema), reforçando a importância do diálogo interdisciplinar sob a presente temática. Ao final da revisão bibliográfica, foram separados para uma análise completa o total de 20 trabalhos, divididos em 2 teses e 18 dissertações.

A mesma pesquisa foi realizada utilizando no catálogo de teses e dissertações da CAPES usando os descritores “políticas públicas de saúde” AND “fronteira”, resultando na localização de 56.778 trabalhos. Já na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, a mesma pesquisa retornou 33 resultados, divididos em 25 dissertações e 8 teses.

De modo a identificar obras que fossem pertinentes ao desenvolvimento do trabalho, o autor focou no resultado obtido na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, considerando a quantidade menor de trabalhos localizados. A maioria das obras analisadas, pelo próprio título eram descartadas por não se mostrarem construtivas para o presente trabalho.

Destaca-se, ainda, que ao longo do levantamento bibliográficos foram analisados artigos e livros extraídos do referencial bibliográfico dos mencionados trabalhos. Da mesma forma, foram selecionados alguns artigos acadêmicos e dispositivos legais para complementação de assuntos específicos abordados ao longo da presente dissertação.

A temática de atendimento à saúde do estrangeiro residente em linha de fronteira tem despertado o interesse de alguns pesquisadores que vivenciam ou residem próximo a essas localidades. De fato, a criação de blocos econômicos regionais e os demais impactos decorrentes do processo de globalização provocaram mudanças na percepção da fronteira e na forma como o Estado realiza a gestão dos municípios ali localizados (FERREIRA, 2015). Entretanto, apesar das questões existentes nessas regiões, as políticas públicas nacionais tendem a ser formuladas de forma genérica, para atender as necessidades de todo o país, o que resulta na ineficácia da prestação do serviço público nessas localidades. Isto resta ainda mais evidente diante da tentativa de garantia do direito à saúde, ação que se torna complexa considerando que os recursos são destinados com base no número de seus habitantes enquanto a demanda de atendimento é somada pela presença de estrangeiros (AZEVEDO, 2015). Os trabalhos de Dokko (2014), Clarisse Ferreira (2015) e Renata Ferreira (2017) apresentam estudos de casos em município de fronteira com o Paraguai, Argentina e Bolívia que demonstram a complexidade dos sistemas híbridos existentes nessas regiões de fronteira. Dokko (2014) traz um retrato da saúde pública dos municípios de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, enquanto a obra de Clarisse Ferreira (2015), somada ao trabalho de Rocha (2019), possibilitam o entendimento do Sistema Integrado de Saúde (SIS – Fronteiras), o que foi a melhor tentativa de solução dos problemas de saúde nas regiões de fronteira. Outra fonte de pesquisa fundamental foi encontrada nos trabalhos de Giovanella *et al* (2007) que detalhou a visão dos secretários de saúde pública de 69 municípios localizados em região de fronteira, mapeando a realidade desses locais.

Para atingir os objetivos estabelecido pelo presente trabalho, o estudo das políticas públicas de saúde foi fundamental, uma vez que proporcionou verificar de que modo o governo enxerga a saúde pública nas regiões de fronteira e, observa se há uma preocupação com a realidade específica dessas regiões. Para tanto, além de dados e informações retiradas de sites governamentais e da legislação nacional, algumas obras analisadas foram de vital importância para o entendimento das políticas públicas brasileiras, tais como, Kruger *et al* (2017) e Souza (2006). Outras obras analisadas foram os trabalhos de Cleide Santos (2018), Lenir dos Santos (2012) e Lima (2006), que abordam de forma mais detalhada a estrutura do financiamento do Sistema Único de Saúde.

Por fim, é necessário destacar o papel central da coleta de dados realizada por meio de entrevista às autoridades e órgãos oficiais do município de Ponta Porã/MS, com a finalidade de constatação do atual cenário de procura e efetivo atendimento de estrangeiros e brasiguaios pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

## Metodologia

A presente dissertação consiste em uma pesquisa qualitativa, básica, de cunho exploratório, pautada em análise bibliográfica e documental.

Como pesquisa qualitativa se considera aquela que “não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). No presente caso o aprofundamento recai sobre a situação fática das políticas públicas de saúde implementadas no município de Ponta Porã, localizado em faixa de fronteira Brasil-Paraguai.

Conforme Gerhardt e Silveira (2009) a pesquisa básica seria aquela que “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais”. Evidente que a presente pesquisa também se enquadra no presente conceito, pois se propõe a analisar aspectos relacionados ao acesso à saúde pública no município de Ponta Porã, de modo a possibilitar uma melhor análise das políticas públicas a serem implementadas no futuro naquela localidade.

Sobre a pesquisa de cunho exploratório Marconi e Lakatos (2003) a definem como aquela na qual o “objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos”.

A pesquisa ainda é pautada em análise bibliográfica, também denominada de fontes secundárias, na qual utilizou-se de diversos artigos científicos, dissertações e teses, na tentativa de proporcionar ao leitor um contato direto com um amplo material já produzido sob o tema em análise. Da mesma forma, também será realizada análise documental, ou de fontes primárias, uma vez que ocorreu a utilização de documentos de arquivos públicos, estatísticas e dados do município em análise e legislação pertinente (MARCONI; LAKATOS, 2003).

## Método

No presente trabalho foi utilizado o método indutivo, que consiste na investigação de casos particulares com vistas a abstrair tendências gerais, com as quais é possível se construir interpretações de caráter teórico-analítico, ou seja, objetiva chegar a conclusões sobre conteúdos muito mais amplos do que as premissas que foram utilizadas na pesquisa, devendo, assim, considerar três elementos fundamentais, quais sejam, a observação de fenômenos, a descoberta da relação entre eles e a generalização da relação (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo de caso do município de Ponta Porã, tendo em vista o grande tráfego de pessoas nacionais e estrangeiras que compartilham um estilo de vida comum, inclusive quanto aos reflexos das políticas aplicadas nessas localidades, bem como, devido a sua importância comercial e cultural em sua respectiva região.

Para atingir os objetivos propostos, bem como, apresentar uma solução viável para o problema de pesquisa apresentado, o presente trabalho se dividiu em três partes principais.

No capítulo inicial houve uma abordagem histórico-normativa para destacar a qualidade do direito à saúde como um direito fundamental. A discussão sobre construção histórica do direito à saúde dentro do ordenamento jurídico brasileiro foi fundamental para compreender a extensão de tal direito. Ainda neste capítulo o autor abordou aspectos gerais sobre operacionalização do SUS e os desafios que encontra para sua efetividade na região pesquisada.

Posteriormente, o trabalho passou a analisar as políticas públicas de saúde implementadas pelo governo brasileiro, em especial, aquelas especificamente pensadas para a realidade das fronteiras. A partir de uma análise dessas políticas tornou-se possível verificar a ocorrência do problema de pesquisa proposto, bem como, adentrar na validação da hipótese levantada.

Por fim, no último capítulo o autor expõe os dados levantados no município de Ponta Porã, a partir de entrevistas com autoridades e servidores ligados à área da saúde, visando

realizar um retrato da realidade de atendimento de nacionais e não nacionais pelo SUS. Tal levantamento de dados permitiu analisar o cenário da saúde pública em um dos municípios fronteiriços mais importantes para o Estado de Mato Grosso do Sul.

## 2 O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

O estudo acerca do direito à saúde tem se mostrado cada vez mais relevante no Brasil, uma vez que é exigido pelo texto constitucional a sua garantia plena e universal, o que implica em altos gastos com a efetivação de políticas públicas em todo o território nacional. Apesar de tais ditames legais, a precariedade do sistema de saúde brasileiro provoca discussões sobre a extensão da exigibilidade de tal direito e se ele deve se sobrepor sobre o interesse da coletividade.

O debate sobre o acesso à saúde em municípios localizados em faixa de fronteira ainda ganha elementos particulares, uma vez que o discurso que justifica as limitações do sistema se ampara no argumento de que, nessas localidades, o financiamento é insuficiente pelo fato de que não nacionais atravessam a fronteira em busca de atendimento gratuito no Brasil.

Antes de adentrar essas discussões específicas e entender como se dá o acesso à saúde nos municípios localizados na fronteira, devemos compreender qual a natureza desse direito. Desse modo, no presente capítulo será realizado um levantamento histórico-normativo do direito à saúde, bem como, verificado como ocorre a sua efetivação em um contexto geopolítico binacional, questão que configura o primeiro dos três objetivos específicos desta dissertação.

### 2.1 UM SISTEMA ÚNICO COMO FORMA DE UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Após a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos a busca pela efetivação dos direitos ali descritos ganhou força, em especial, nas novas democracias que surgiam no mundo. Trata-se de documento considerado como ponto de partida para os movimentos contemporâneos de defesa dos direitos humanos (SORTO, 2008). Embora previsto de forma indireta no referido documento, o acesso à saúde ocupa um espaço de direito social necessário para a garantia de uma vida mais digna ao ser humano.

No Brasil, elevado ao patamar de direito social fundamental, pela Constituinte de 1988, o direito à saúde passou a ocupar lugar de destaque dentro das políticas públicas nacionais e se mostrou de vital importância para o desenvolvimento regional. A garantia de

Para compreender essa posição de destaque dentro do ordenamento jurídico brasileiro, bem como, as consequências políticas da garantia de um direito social universal, faz-se necessária uma breve análise da teoria dos direitos fundamentais desenvolvida por Robert Alexy (2008).



### 2.1.1 A teoria dos direitos fundamentais como subsídio para a positivação do direito à saúde

Alexy se refere à teoria jurídica dos direitos fundamentais como sendo uma teoria dogmática, mais precisamente uma dogmática jurídica (teoria que consiste na descrição das regras jurídicas em vigor), a qual apresenta três dimensões: uma *analítica*, que diz respeito à dissecação sistemático-conceitual do direito vigente, que se estende desde uma análise de conceitos elementares (conceito de norma, liberdade e igualdade, etc.), às construções jurídicas, o exame da estrutura do sistema jurídico e a fundamentação no âmbito dos direitos fundamentais; outra *empírica*, compreendida, primeiro, em relação à cognição do direito positivo válido, tendo que pressupor conceitos amplos e polifacetados de direito e de validade e, depois, em relação à aplicação de premissas empíricas na argumentação jurídica; e a última, *normativa*, que além do direito positivo válido, diz respeito à elucidação e à crítica da práxis jurídica, sobretudo da práxis jurisprudencial, se propondo, a partir do direito positivo válido, determinar qual a decisão correta em um caso concreto (ALEXY, 2008).

Em sua visão, o referido autor reconhece a natureza da Ciência do Direito como uma disciplina prática, uma vez que a pergunta central, em um caso real ou hipotético, diz respeito ao que deve ser. Assim, para que a ciência jurídica cumpra com sua tarefa prática de forma racional, torna-se necessária a combinação das três dimensões, ou seja, *“combinar as três dimensões é uma condição necessária da racionalidade da ciência jurídica como disciplina prática”* (ALEXY, 2008, p. 37). Ainda:

Para se obter a uma questão sobre o que deve ser juridicamente, é necessário conhecer o direito positivo. O conhecimento do direito positivo válido é tarefa da dimensão empírica. Nos casos mais problemáticos, o material normativo que pode ser obtido por meio da dimensão empírica não é suficiente para fundamentar um juízo concreto de dever-ser. Isso leva à necessidade de juízos de valor adicionais e, com isso, à dimensão normativa. Clareza conceitual, ausência de contradição e coerência são pressupostos da racionalidade de todas as ciências. Os inúmeros problemas sistemático-conceituais dos direitos fundamentais demonstram o importante papel da dimensão analítica no âmbito de uma ciência prática dos direitos fundamentais que pretenda cumprir sua tarefa de maneira racional (ALEXY, 2008, p. 37-38).

A proposta de Alexy em sua obra foi construir uma teoria jurídica geral dos direitos fundamentais, uma teoria integradora, que engloba da forma mais ampla possível os enunciados gerais, verdadeiros ou corretos, passíveis de serem formulados no âmbito das três dimensões, passando a combiná-los de forma otimizada. Atribui, ainda, o caráter geral à teoria, por se

ocupar de problemas relacionados a todos os direitos fundamentais. Não fosse esse o caso, estaria diante de uma teoria particular de direitos fundamentais específicos.

A teoria dos direitos fundamentais tem como objetivo uma teoria integradora, entretanto, sua concepção se dá como uma teoria estrutural. Possui como principal material a jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal e tem como ideia guia a questão da decisão correta e da fundamentação racional no âmbito dos direitos fundamentais. Seu papel é construir a base e a estrutura para o que vem depois, uma vez que a racionalidade de qualquer ciência exige uma clareza analítico-conceitual. Tal necessidade ganha destaque no campo dos direitos fundamentais, os quais são tradicionalmente marcados por uma tradição analítica muito menor que as demais áreas do direito (ALEXY, 2008)

A dogmática dos direitos fundamentais, enquanto disciplina prática, visa, em última instância, a uma fundamentação racional de juízos concretos de dever-ser no âmbito dos direitos fundamentais. A racionalidade da fundamentação exige que o percurso entre as disposições de direitos fundamentais e os juízos de dever-ser seja acessível, na maior medida possível, a controles intersubjetivos. Isso, no entanto, pressupõe clareza tanto acerca da estrutura das normas de direitos fundamentais quanto acerca de todos os conceitos e formas argumentativas relevantes para a fundamentação no âmbito dos direitos fundamentais. De forma nenhuma é possível dizer que tal clareza já exista em grau suficiente. Quando se examina a caracterização teórico-estrutural dos direitos fundamentais e de suas normas na jurisprudência e na literatura, o que se encontra é um quadro quase desconcertante. Mesmo uma observação à primeira vista simples, como a que afirma que os direitos fundamentais são, de um lado, “direitos individuais” e, de outro, “princípios objetivos”, quando analisada mais de perto, suscita problemas. O que se quer dizer com “objetivo” e com “princípios”? (ALEXY, 2008, p. 43-44)

Nesse ponto, para o correto entendimento da teoria apresentada<sup>1</sup>, cabe elucidar o conceito de norma de direitos fundamentais antes mesmo da abordagem dos direitos fundamentais em si. Apesar de estreita conexão entre ambos, Alexy (2008) propõe ser insuficiente considerar que norma de direito fundamental é aquela que outorga algum direito fundamental. O referido autor recomenda tratar o conceito de norma como sendo mais amplo.

Após analisar todos os aspectos que constituem o conceito de norma, destacando a dificuldade doutrinária na determinação de um único conceito, Alexy (2008) conclui que “*as normas de direitos fundamentais são todas as normas para as quais existe a possibilidade de uma correta fundamentação referida a direitos fundamentais*”. Há aqui o reconhecimento como norma de direito fundamental tanto a norma constitucionalmente estabelecida à qual foi atribuído o caráter fundamental - no caso da Constituição de 1988, àquelas previstas no Título

---

<sup>1</sup> Não existe aqui qualquer pretensão de exaurir o tema, uma vez que amplamente abordado no capítulo 2 da obra Teoria dos Direitos Fundamentais, de Alexy.

II (arts. 5º à 17) -, quanto as normas atribuídas, assim consideradas aquelas cuja atribuição é possível uma correta fundamentação referida a direitos fundamentais.

Para elucidar melhor a dificuldade doutrinária de determinação do que é direito fundamental pode-se destacar que a própria Constituição de 1988 não se mostra homogênea ao se referir aos direitos fundamentais, utilizando terminologias e conceitos diversos ao longo de seu texto. É possível observar o uso de “*direitos humanos*” no art. 4, inciso II; da terminologia “*direitos e garantias fundamentais*”, no Título II, bem como, no art. 5º, § 1º; menciona o termo “*direitos e liberdades constitucionais*”, no mesmo art. 5º, desta vez em seu inciso LXXI; e, ainda, “*direitos e garantias individuais*”, em seu art. 60, § 4º, inciso IV. Isso demonstra claramente a inexistência de consenso no tocante a matéria dos direitos fundamentais (SARLET, 2009).

O conceito de norma abarca tanto as regras quanto os princípios, mas a distinção entre esses institutos é necessária por se tratar da base da teoria da fundamentação no âmbito dos direitos fundamentais, bem como, de ponto de partida para a análise da possibilidade e dos limites da racionalidade de tais direitos.

O principal ponto utilizado para a distinção de regras e princípios é seu caráter mandamental, ou seja, os “*princípios são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes*”. Por outro lado, se enquadram como regras as normas que “*são sempre satisfeitas ou não satisfeitas*”, as quais devem ser executadas nos moldes expressos na lei, nem mais, nem menos. (ALEXY, 2008, p. 90-91).

Outro fator de igual relevância para a distinção de regras e princípios é o seu comportamento diante de conflitos de princípios e conflitos de normas. Estas só se resolvem diante de uma cláusula de exceção que elimine o conflito ou diante de declaração de invalidade da regra, pois, a validade jurídica da norma não é graduável. De forma diversa ocorre com o conflito entre princípios, os quais devem ser solucionados de acordo com o seu “*peso*” no caso concreto, ou seja, quando dois princípios colidem, um deles terá que ceder ao outro, o que não significa que se estará diante de uma declaração de invalidade de um deles, nem mesmo que deverá ser introduzida uma cláusula de exceção. Enquanto os conflitos entre as normas ocorrem na dimensão da validade, os conflitos entre princípios ocorrem na dimensão do peso (ALEXY, 2008, p. 93-94).

Vale aqui destacar que no ordenamento jurídico brasileiro há uma distinção entre fontes formais e fontes não formais. O art. 4º da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro elenca como fontes formais a lei, a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito. Como

fontes não formais são consideradas a doutrina e a jurisprudência. Entretanto, ao se referir aos princípios gerais de direito o legislador não os equipara aos princípios constitucionais. Estes, previstos no art. 1º da Constituição de 1988 são fundamentais, superiores e possuem aplicação preferencial sobre qualquer norma ordinária. São a esses princípios que Alexy se refere em sua obra (GONÇALVES, 2017).

De um modo geral é atribuído aos direitos fundamentais o caráter de norma principiológica. Entretanto, cabe destacar que para Alexy tais direitos podem assumir o papel ou de regra, ou de princípio, sendo possível uma dupla caracterização quando forem construídos de forma a que ambos os níveis sejam neles reunidos (ALEXY, 2008).

Sarlet (2009) ainda destaca, ao mencionar Villalon (2006), que existe uma relação intrínseca dos direitos fundamentais com a ordem constitucional vigente, uma vez que aqueles *“nascem e acabam com as Constituições”*.

#### 2.1.1.1 Direitos fundamentais como direitos subjetivos

Autores como Alexy (2008) e Kelsen (1999) destacam a dificuldade de entender a essência do direito subjetivo, tendo em vista o uso do termo para designar situações diversas. Ao citar Dernburg, Kelsen destaca o fato de que os direitos em sentido subjetivo já existiam antes mesmo de uma ordem estadual autoconsciente ter sido elaborada, *“sua origem fundava-se na personalidade dos indivíduos e no respeito que eles conseguiram obter e impor pela sua pessoa e pelos seus bens. Somente através da abstração é que mais tarde se deveria extrair gradualmente da concepção de direitos subjetivos preexistentes o conceito de norma jurídica”*, ou seja, os direitos em sentido subjetivo seriam anteriores à própria ordem jurídica (KELSEN, 1999, p. 91).

Para reforçar a pluralidade de significados atribuídos ao termo direito subjetivo, Alexy menciona diversas distinções doutrinárias:

A mais importante contribuição analítica da discussão sobre direitos subjetivos consiste na análise e na classificação daquelas posições jurídicas que, leiga ou tecnicamente, são chamadas de “direitos”. Nesse âmbito são possíveis distinções como aquela entre direitos patrimoniais absolutos e relativos, de um lado, e direitos formativos, de outro; ou a distinção proposta por Jellinek entre direitos de status negativo, positivo e ativo; ou, ainda, a distinção de Kelsen entre direitos reflexos, direitos subjetivos em sentido técnico, permissões administrativas positivas, direitos políticos e direitos fundamentais e de liberdade (...) bem como a diferenciação de Bucher: *“(o) direito em sentido subjetivo é uma competência para a criação de normas outorgada ao seu titular pelo ordenamento jurídico”* (ALEXY, 2008, p. 190-191)

Diante de divergência terminológica, o referido autor recomenda como solução, a utilização da expressão direito subjetivo como um supraconceito, no qual serão feitas diferenciações e classificações terminológicas em cada caso específico (ALEXY, 2008, p. 193).

Para explicar o direito subjetivo Kelsen apresenta duas teorias, uma tradicional, denominada teoria da vontade, segundo a qual considera o direito subjetivo como um poder de vontade conferido pela ordem jurídica, neste caso, um poder jurídico conferido ao indivíduo pela própria ordem jurídica. Em contraponto, a teoria do interesse propõe a existência de um dever jurídico, no qual o direito subjetivo é um simples reflexo desse dever. A natureza jurídica do direito subjetivo emerge, neste caso, do próprio interesse juridicamente protegido. (KELSEN, 1999, p. 88-95).

Nessa mesma linha de pensamento, Sarlet destaca a posição de Vieira de Andrade, o qual determina que *“o reconhecimento de um direito subjetivo (...) está atrelado à proteção de uma determinada esfera de auto-regulamentação ou de um espaço de decisão individual, tal como é associado a um certo poder de exigir ou pretender comportamentos ou de produzir autonomamente efeitos jurídicos”* (2009, p. 152).

Dessa natureza aplicada aos direitos fundamentais decorre a obrigação estatal quanto à sua garantia, podendo, ainda, o indivíduo utilizar-se de mecanismos garantidores para fazer valer o seu direito.

#### 2.1.1.2 Direitos fundamentais e o direito à saúde

Dentro da teoria dos direitos fundamentais de Alexy, o direito à saúde se enquadra no rol de direitos a prestação em sentido estrito, ou os denominados direitos fundamentais sociais. Tais direitos podem ser conceituados como aqueles *“direitos do indivíduo, em face do Estado, a algo que o indivíduo, se dispusesse de meios financeiros suficientes e se houvesse uma oferta suficiente no mercado, poderia também obter de particulares”* (2008, p. 499).

Alexy ainda menciona que na visão de Hesse esses direitos fundamentais devem ser considerados como normas objetivas supremas, o que resulta em uma obrigação positiva para o Estado em fazer todo o possível para garantir a efetivação de tais direitos, mesmo que não houvesse um direito subjetivo associado (2008, p. 501).

Dentro de sua teoria dos direitos fundamentais, o referido autor faz um contraponto entre os argumentos favoráveis e contrários aos direitos fundamentais sociais. Destaca a existência de dois principais argumentos favoráveis: o primeiro que sustenta que não há qualquer valor na

liberdade jurídica, ou seja, “a permissão de se fazer ou deixar de fazer algo”, quando não é garantido ao indivíduo a liberdade real, fática, que só existe diante da garantia dos direitos fundamentais sociais; por outro lado, o segundo argumento favorável ressalta a necessidade de atividades estatais para garantia da liberdade fática dos indivíduos, não sendo possível encontrar o “*substrato material em um espaço vital por eles controlados*” (ALEXY, 2008, p. 504).

A liberdade jurídica para a pessoa desprovida de condições mínimas para o sustento de uma vida digna, nada mais é do que uma norma vazia, sem qualquer impacto em sua vida. A eliminação de sua situação de necessidade e a garantia de um mínimo existencial é prioritário para esse indivíduo. Os direitos sociais ocupam, aqui, o papel de garantidor desse mínimo existencial. Não o bastante, como destaca Sen (2008) a garantia de acesso à saúde, bem como de outras liberdades, é fundamental para que se possa alcançar o desenvolvimento humano.

Os direitos fundamentais sociais foram conquistados a partir de diversos movimentos reivindicatórios ocorridos ao longo do século XIX, em decorrência, em especial, do impacto da industrialização e dos problemas sociais e econômicos que se proliferavam dentro das doutrinas socialistas. São os denominados direitos de segunda dimensão ou geração, os quais exigiam do Estado um comportamento ativo, garantidor de direitos essenciais para a justiça social, tais como, saúde, educação, trabalho e assistência social (SARLET, 2009, p. 47).

A importância desse rol de direitos fundamentais está na sua efetivação, a qual possibilita a garantia de um patamar existencial mínimo e, conseqüentemente, o acesso a todo o rol de direitos positivamente estabelecidos. Como exemplo, não podemos falar em gozo do direito de ir e vir à um indivíduo acamado por problemas de saúde, o que já reflete a importância do direito à saúde como componente dos direitos fundamentais sociais. Pode-se dizer, ainda, que o próprio exercício do direito à vida fica comprometido diante de uma péssima condição de saúde. A prestação positiva por parte do Estado desses direitos sociais garante o correto acesso e gozo das demais liberdades jurídicas já conquistadas.

Tal posição de destaque ocupada pelo direito à saúde é recente dentro do ordenamento jurídico brasileiro, uma vez que, inicialmente nem o *status* de direito lhe era garantido. Uma breve análise do conceito de saúde e de sua trajetória histórico-normativa dentro do território nacional é suficiente para demonstrar a relevância e o impacto de sua elevação ao posto de norma fundamental.

### 2.1.2 Noções introdutórias sobre o direito à saúde

A tentativa de conceituar a saúde remonta aos primórdios da civilização, sempre alinhado à conjuntura social, histórica, econômica, política e cultural. Duas pessoas em uma mesma época do tempo, porém de culturas diferentes podem ter percepções diferentes do que vem a ser saúde.

De um modo geral, os conceitos tanto de saúde quanto de doença sempre foram construídos considerando atributos internos e externos ao ser humano. Na Antiguidade a aceção de saúde estava diretamente ligada a uma explicação sobrenatural. As pessoas acometidas pelas mais diversas enfermidades aceitavam seu destino como resultante de transgressões contra as divindades. Não incomum, ocorria a exclusão do enfermo do meio coletivo, sem qualquer estudo progressivo sobre o estado de saúde da pessoa, ou ainda, sobre as causas da enfermidade existente. Esse modelo mágico-religioso pregava a saúde como uma dádiva e a doença, conseqüentemente, como um castigo (SILVA, 2016).

Ainda na Antiguidade, modelos holísticos de saúde começavam a ser desenvolvidos dentro das medicinas chinesa e hindu, afastando a ideia de castigo atribuído às enfermidades, e as associando à um desequilíbrio interior. Os egípcios foram os primeiros a traçar o modelo empírico-racional, o qual excluía o fator sobrenatural da condição de saúde do indivíduo (SILVA, 2016).

Somente na antiga Grécia (século VI a.C.) é possível verificar a existência de um estudo mais aprofundado sobre as doenças e suas causas. O personagem principal dessa evolução foi Hipócrates, considerado por muitos o “pai da medicina”, o qual deu grande importância, em seus estudos, à análise do ambiente onde viviam seus pacientes, considerando tal fator como determinante para a proliferação das enfermidades. Foi à primeira manifestação na defesa de que fatores ambientais poderiam influir no avanço de doenças e epidemias. Outro personagem de importância na criação de um conceito atual de saúde foi Platão, o qual idealizou a existência de um equilíbrio interno entre a alma e o corpo do homem, o que posteriormente seria desenvolvido no sentido de equilíbrio entre o homem com a organização social e com a natureza, ampliando ainda mais a concepção de saúde (FIGUEIREDO, 2007).

A Idade Média foi um período de completo retrocesso no tocante à saúde, período em que todas as causas de enfermidades eram tidas como castigos de Deus, dando um sentido religioso para qualquer problemática envolvendo a saúde de um indivíduo. Qualquer estudo científico era tido como prática de misticismo e paganismo. O único benefício retirado deste período, no que tange ao direito à saúde, foi à criação do que podem ser considerados os

primeiros hospitais, os quais eram responsáveis pelo conforto espiritual dos enfermos. Essa situação perdurou até a Renascença, período em que se renovou a preocupação com os métodos científicos e o estudo do corpo humano, práticas iniciadas no período greco-romano, abolindo o pensamento místico medieval e as práticas exotéricas que ocuparam o lugar da ciência.

Pautada nos princípios Renascentistas e sob a influência da Revolução Científica iniciada no século XVI, a medicina foca na experimentação, observação e explicação das doenças. Passa a tratar o corpo em partes cada vez menores, analisando o funcionamento mecânico do corpo humano (SILVA, 2016).

A Revolução Industrial ocorrida em meados do século XVIII e durante o século XIX foi de fundamental importância para a evolução da concepção de saúde, uma vez que o grande movimento de urbanização próximo às fábricas existentes na época propiciou a fácil proliferação de doenças entre operários, patrões e seus familiares, tendo em vista as precárias condições sanitárias existentes nos locais de trabalho, o que culminou na criação de movimentos de luta social, que passaram a exigir a melhoria destas condições sanitárias, dada à necessidade de resguardo à saúde dos operários e de seus familiares. Tal fator foi de fundamental importância para o surgimento de uma preocupação com o estabelecimento de melhores condições sanitárias, assumindo o Estado esta função de garantidor da saúde pública (MARSHALL, 1967).

Desse modo, no século XX, o Estado começa a assumir sua responsabilidade como garantidor da saúde a seus nacionais, ou ao menos de melhores condições sanitárias de saúde, passando finalmente a ser tratado como saber social e política de governo. A criação da ONU e a posterior promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos vieram ratificar este pensamento protecionista da saúde como fundamental para a garantia de uma condição digna de saúde.

De modo a efetivar a proteção pelo direito à saúde, bem como, determinar parâmetros a serem seguidos em âmbito internacional foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelecendo em sua Constituição, um conceito geral do que vem a ser saúde, devendo ser assegurada por todos os países vinculados a este documento (SILVA, 2016).

Vale menção ao disposto no preâmbulo do referido documento:

Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança;

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.



Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.

O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, 1946).

Tem-se, portanto, uma ampliação do conceito existente em torno da ideia de saúde, destacando-se a importância entre um equilíbrio interno e externo do homem. Essa abrangência do que deveria ser considerado saúde recebeu diversas críticas após a sua publicação, entretanto, passou a ser adotada pelas Constituições contemporâneas, as quais compreenderam não ser suficiente garantir a ausência de doenças ao ser humano, sendo necessário a implementação de um conjunto de políticas públicas que possibilitem uma condição de vida mais digna.

No ordenamento jurídico brasileiro a saúde passa a ser reconhecida de forma plena, com destaque especial na Constituição de 1988. Entretanto, o caminho até sua positivação dentro do texto constitucional teve grandes impasses. Antes de conquistar o patamar de direito fundamental e ser garantida a sua universalidade, o acesso à saúde era restrito à assistência médica individual, sendo exercido somente pelos trabalhadores que conseguissem obter um emprego formal e que contribuísse diretamente com a previdência social. Àqueles excluídos do mercado de trabalho eram considerados pela legislação sanitária como indigentes, ficando na dependência de ações de organizações filantrópicas. A universalização do direito à saúde apareceu disposta a resolver esse problema, porém, trazendo consigo duas dimensões: a primeira ampla e legal, garantindo o direito à saúde para todas as pessoas sem qualquer tipo de distinção, e a segunda restrita e real, refletida na negativa desse mesmo direito, tanto em razão da inexistência de vaga ou da falta de estrutura, recursos ou profissionais habilitados (SOUSA, 2014).

### **2.1.3 Uma breve análise da evolução do direito à saúde no sistema jurídico-político brasileiro**

A jornada da saúde pública no Brasil tem início com a chegada da Corte Portuguesa já no século XIX. Nesse momento a preocupação com a saúde pública se limitava ao combate de epidemias, mais especificamente a lepra e a peste, bem como, à algum tipo de controle sanitário realizado nos portos e nas ruas. Apenas após o ano de 1870 é possível identificar ações estatais voltadas para a área da saúde (BARROSO, 2007).

A Constituição Imperial (1824), primeira Constituição brasileira outorgada por Dom Pedro I, fazia uma única menção ao termo saúde. Em seu artigo 179, inciso XXIV, o texto constitucional determina que “*nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria ou comércio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, a segurança e saúde dos cidadãos*” (BRASIL, 1824).

Apesar de previsão quase inexistente, a Constituição de 1891, promulgada durante a primeira República brasileira, faz ainda menos, inexistindo em todo o seu texto qualquer dispositivo legal que mencione uma proteção à saúde, seja ela individual ou coletiva (BRASIL, 1891).

A presença da Corte no Brasil mudou a realidade do Rio de Janeiro. Para compreender a dimensão dessa transformação, basta destacar que no final do século XIX e início do século XX a cidade do Rio de Janeiro passou de 520 mil habitantes para 1,2 milhão. Como é de se imaginar, o aumento populacional não veio acompanhado de uma infraestrutura, o que resultou em graves problemas de saúde pública, ocasionados pela existência de inúmeros locais insalubres, e por uma inexistência de fiscalização e legislação regulatória (BASTOS; JUNIOR, 2020).

Com péssima infraestrutura e o grande aumento populacional doenças como febre amarela, malária, tuberculose, varíola e a peste começaram a assolar a região. Registros mostram que em 1904, apenas no Rio de Janeiro, morreram mais de quatro mil pessoas devido à varíola (BASTOS; JUNIOR, 2020). A preocupação se intensificou quando as epidemias de febre amarela, varíola e peste começaram a ameaçar o comércio de café, interferindo diretamente no modelo econômico agrário-exportador da época (LEAL; GAERTNER, 2016).

Diante de reformas estruturais no município do Rio de Janeiro promovidas pelo então Presidente da República, Rodrigues Alves, ocorreu a nomeação de Oswaldo Cruz como diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios

Interiores, a qual era responsável pela coordenação dos serviços sanitários dos portos e a realização de estudos sobre as doenças infecciosas (FIOCRUZ, 2005).

De modo a combater o avanço das doenças, no ano de 1904 foi promulgado o Regulamento dos Serviços Sanitários da União, por meio do Decreto nº 5.156. de 8 de março de 1904, que, além de prever a elaboração do Código Sanitário, também instituiu o Juízo dos Feitos de Saúde Pública, responsável por julgar crimes contra a higiene e salubridades públicas (BRASIL, 1904).

Em outubro daquele mesmo ano foi promulgada a Lei nº 1.261, que tornava obrigatória a vacinação e revacinação contra a varíola. A obrigatoriedade não era algo inédito, pois já havia resoluções que obrigavam os adultos e crianças a se submeterem à vacinação, porém não eram cumpridas. Com a nova normativa aqueles que não comprovassem ser vacinados não conseguiriam contratos de trabalho, matrículas em escolas, certidões de casamento, autorizações para viagens, todas medidas coercitivas para estimular a vacinação. Tal medida desencadeou uma série de protestos da população, o que ficou conhecido como Revolta da Vacina, que chegou a levar mais de 2 mil pessoas às ruas da capital, as quais só foram vencidas após repressão do Exército. O governo se viu obrigado a desistir da vacinação obrigatória, o que, curiosamente, foi retomado em 1908, em um movimento voluntário da população diante do pior surto de varíola que o Rio de Janeiro já havia presenciado (FIOCRUZ, 2005).

Na década de 1920 intensificam-se as ações de promoção de políticas de educação sanitária por meio do então criado Departamento Nacional de Saúde. Surgiram órgãos focados no trato da tuberculose, lepra e doenças venéreas, bem como, a preocupação com a assistência hospitalar infantil, higiene industrial e saneamento (BASTOS; JUNIOR, 2020).

Em 1930 ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, o qual fica sob a direção de Gustavo Capanema durante os anos de 1934 a 1945. Sua gestão foi um marco no processo de construção institucional da saúde pública, promovendo uma reforma estrutural dentro das políticas de saúde pública, alinhando a estrutura administrativa aos princípios básicos da política do então Presidente Getúlio Vargas (BASTOS; JUNIOR, 2020).

Neste mesmo período houve a promulgação da Constituição Federal de 1934, conhecida como Constituição da Segunda República. Superando os textos normativos anteriores, ela prevê em seu artigo 10, inciso II, uma competência concorrente entre União e Estados para cuidar da saúde e assistências sociais (BRASIL, 1934). Evidente, portanto, que há uma maior importância atribuída à saúde pública na Era Vargas, muito embora, alguns autores reconhecem a institucionalização da saúde pública e o caráter privilegiado das políticas sociais como artifícios para mascarar o Estado autoritário que estava surgindo (CARVALHO; PINTO, 2011).

A criação de um Ministério único que compartilhava as agendas de saúde e educação serviu mais para burocratizar do que para resolver os problemas existentes. Apesar de uma promessa de uma nova ordem de saúde, na qual o Estado cuidaria do bem-estar sanitário da população, tal medida ajudou algumas áreas carentes, porém, se mostrou desastrosa em estados da federação mais ricos, que já contavam com uma razoável estrutura. O país vivia uma situação ímpar, pois, mesmo diante de uma expansão médico-hospitalar, com o surgimento de novas técnicas de controle das endemias, muitos brasileiros ainda morriam de esquistossomose, tuberculose, doença de Chagas, hanseníase, doenças gastrointestinais e sexualmente transmissíveis, pois lhes era negado o acesso à saúde pública (CARVALHO; PINTO, 2011).

Apenas três anos após a constituinte de 1934, ocorre a promulgação da Constituição de 1937. No tocante à saúde pública, novamente o texto constitucional se reserva a determinar a competência para legislar sobre a temática. Entretanto, inova ao mencionar de forma explícita a competência da União para legislar sobre normas fundamentais de defesa e proteção à saúde, especialmente da saúde da criança (art. 16, XXVIII, CF, 1937). Como competência estatal, independente de autorização, era cabível legislar sobre assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais (art. 18, alínea c, CF, 1937).

No ano de 1941, no município do Rio de Janeiro, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil<sup>2</sup>. Como tema central foi discutida a situação sanitária e assistencial dos Estados.

---

<sup>2</sup> Atualmente a Conferência Nacional de Saúde (CNS) se encontra em sua 16ª edição. A 2ª CNS aconteceu apenas no ano de 1950 e teve como tema central a legislação referente à higiene e à segurança do trabalho. A 3ª CNS veio acontecer em 1963 já com uma temática mais ampla. Abordou a situação sanitária da população brasileira; a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; a municipalização dos serviços de saúde e; a fixação de um plano nacional de saúde. A 4ª CNS foi realizada em 1967 e teve como tema central os recursos humanos para as atividades em saúde. No ano de 1975 ocorreu a 5ª CNS com os seguintes temas centrais: implementação do Sistema Nacional de Saúde; programa de saúde materno-infantil; sistema nacional de vigilância epidemiológica; programa de controle das grandes endemias e; programa de extensão das ações de saúde às populações rurais. A 6ª CNS veio ocorrer no ano de 1977, com o menor espaço de tempo entre duas edições da CNS e tendo como temas centrais: a situação atual do controle das endemias; a operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; a interiorização dos serviços de saúde e; a política nacional de saúde. A 7ª CNS aconteceu em 1980 e discutiu a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos. A 8ª CNS aconteceu no ano de 1986 e foi um marco na história das conferências e na história da saúde pública no Brasil. Foi a primeira conferência aberta para a sociedade e seu relatório final serviu de base para a construção do SUS na Constituição de 1988. A 9ª CNS ocorreu em 1992 e teve como tema central a municipalização da saúde pública. A 10ª CNS foi realizada em 1996 e discutiu, dentre outros temas, a saúde, cidadania e políticas públicas, bem como, a gestão e organização dos serviços de saúde. A 11ª CNS ocorreu no ano de 2000 e se centrou em temáticas que discutiam a efetivação do SUS. Em 2003 aconteceu a 12ª edição da CNS com tema central: saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. A 13ª CNS teve como tema central a saúde e a qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento e aconteceu no ano de 2007. A 14ª CNS ocorreu em 2011 com tema central: todos usam o SUS. A 15ª CNS aconteceu em 2015 e discutiu

Dentre os demais temas abordados receberam destaque: a organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; a determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e; o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

Em 1946 temos uma nova Constituição democrática. Não houve inovação no texto legal, uma vez que seguiu a linha de explicitar apenas a competência para legislar sobre saúde. Para tanto, determinou em seu art. 5º, inciso XV, alínea b, que se tratava de competência da União legislar sobre normas gerais de direito financeiro, de seguro e previdência social, de defesa e proteção da saúde e de regime previdenciário. É possível observar que a terminologia utilizada permanece nos mesmos moldes do texto constitucional anterior, prezando pela “defesa e proteção da saúde” (BRASIL, 1946).

No executivo, apesar da volta da redemocratização com a mudança de governo, a saúde pública ainda não havia ganhado destaque. Em 25 de julho de 1953, por meio da Lei nº 1.920, foi criado o Ministério da Saúde (anteriormente ligado ao Ministério da Educação), o qual ficou responsável pelos problemas atinentes à saúde humana e assumiu o desafio de resolver problemas de saúde pública com baixo orçamento e diante de uma estrutura burocrática que dificultavam o desenvolvimento de políticas e prestações de saúde (LEAL; GAERTNER, 2016).

Uma mudança mais significativa ocorreu após o Golpe Militar de 1964, uma vez que um direito até então tratado de forma coletiva (saúde pública), passa para um modelo mais individualista, deixando de ser pensado para toda a população nacional. Só passaria a ter acesso à saúde os trabalhadores que estivessem no mercado formal. Aqueles que possuíam trabalhos informais, ou mesmo, que não possuíam emprego, estavam desamparados pelo Poder Público, no que se refere ao direito à saúde (LEAL; GAERTNER, 2016).

Como consequência dessa mudança de posicionamento no qual a saúde passa a ser vista como um direito individual, há uma abstenção da responsabilidade estatal quanto à garantia de acesso à saúde à população, passando o Estado a negligenciar o desenvolvimento de novas políticas públicas de saúde (CARVALHO; PINTO, 2011).

O direito à saúde era abarcado pela Previdência Social e várias medidas foram implementadas para transferir a responsabilidade estatal em garantir o acesso à saúde para o indivíduo, uma vez que, para garantir o seu direito bastava ser um trabalhador formal.

---

como tema central a saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Por fim, a 16ª edição da CNS ocorreu no ano de 2019 com o tema central “democracia e saúde”.

Ao longo do regime militar, os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) foram unificados, com a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Vinculados ao INPS, foram criados o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Todo trabalhador urbano com carteira assinada era contribuinte e beneficiário do novo sistema, tendo direito a atendimento na rede pública de saúde. No entanto, grande contingente da população brasileira, que não integrava o mercado de trabalho formal, continuava excluído do direito à saúde, ainda dependendo, como ocorria no século XIX, da caridade pública (BARROSO, 2007).

A Constituição Federal do regime militar só foi promulgada em 1967, mas não inovou no tocante à saúde. Permanece atribuindo à União a competência para legislar sobre normas de defesa e proteção da saúde (art. 8º, XVII, alínea c, CF, 1967), e acrescenta de forma expressa no texto legal que compete à União estabelecer planos nacionais de educação e de saúde (art. 8º, inciso XIV, CF, 1967).

Ainda durante o período da ditadura várias iniciativas foram colocadas em prática, na tentativa de estruturar o sistema de saúde público, sem, contudo, resgatar o caráter universal, anteriormente existente. Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública, a qual tinha como objetivo erradicar e controlar epidemias pelo país. No ano de 1975 ocorre a implantação do Sistema Nacional de Saúde, com a finalidade de sistematizar as ações até então desempenhadas pelo governo, bem como, oficializar a dicotomia existente na saúde pública, na qual a medicina preventiva é de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto, a medicina curativa fica a cargo do Ministério da Previdência. O ano de 1981 é marcado pela criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária e em 1983 ocorre a criação do programa das Ações Integradas de Saúde, efetivando convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, o da Previdência e Assistência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde, com o principal objetivo de racionalizar ainda mais os recursos (BASTOS; JUNIOR, 2020).

O Brasil começa a passar por uma nova transformação nos anos de 1983 e 1984, nos quais movimentos sociais reivindicavam a realização de eleições presidenciais diretas. Várias manifestações demonstravam a insatisfação popular com o regime militar. Os principais ocorreram nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Em abril de 1984 o movimento reuniu um número estimado de mais de 1,5 milhão de pessoas no Vale do Anhangabaú, na cidade de São Paulo, para declarar apoio ao Diretas Já. Foi até hoje uma das maiores manifestações ocorridas no Brasil.

O fim do regime militar e o processo de redemocratização agitaram o país política e economicamente, além de resgatarem diversos debates, dentre eles o de universalização dos

serviços públicos de saúde. Nesse cenário ocorre o que foi considerado um marco para a história da saúde pública no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 17 a 21 de março de 1986, contando com a participação de mais de 4 mil pessoas e que tinha por objetivo discutir três temas principais: “*A saúde como dever do Estado e direito do cidadão*”, “*A reformulação do Sistema Nacional de Saúde*” e, por fim, “*O financiamento setorial*”. O resultado desta conferência foi vital para a introdução de uma forma ampla do direito à saúde na Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A 8ª CNS foi um marco histórico principalmente por ter sido a primeira a abrir as portas para toda a sociedade, conseguindo reunir mais de 4 mil pessoas de quase todas as instituições que atuava no setor da saúde, além de representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos. Seu relatório final foi resultado de três dias de discussão em 135 grupos de trabalho, nos quais foram discutidos temas como “saúde como direito”, “reformulação do sistema nacional de saúde” e “financiamento setorial” (BRASIL, 1986).

#### 2.1.3.1 A universalização do direito à saúde

A ideia de saúde como um direito passa a ser profundamente debatida dentro da 8ª CNS. Pela primeira vez há uma preocupação em compreender a extensão do conceito de saúde e, em especial, questionar o que é preciso para a sua efetivação para a população brasileira como um todo, analisando a estrutura da saúde pública existente até então. Cabe aqui uma transcrição de algumas das conclusões extraídas do Relatório Final da Conferência no tocante a temática “*direito como saúde*”:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais

políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986, p. 12)

É possível observar o uso do sentido mais abrangente do termo “*saúde*”, não limitando-o enquanto ausência de doença, mas elencando diversas condições necessárias para o reconhecimento da saúde de um indivíduo (STEDILE, et al 2015).

Outro ponto de destaque é o reconhecimento do dever do Estado em proporcionar uma vida digna, devendo garantir o acesso universal e igualitário das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso consolida a mudança do modelo individualista adotado durante todo o regime militar, voltando a aplicar um modelo coletivo, com foco em todos os habitantes nacionais.

Ao tratar a saúde como um direito e conceituá-lo de uma forma ampla, os grupos de trabalho da Conferência reconhecem a necessidade de garantia de outros aspectos da vida humana, por estarem intrinsecamente ligados ao próprio exercício do direito recém reconhecido.

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio-ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (BRASIL, 1986, p. 12-13).

Após reconhecer que a problemática que envolve a saúde pública é consequência de uma política social voltada para o controle das classes dominadas, colocada em prática durante todo o regime militar, o relatório final discrimina as posturas governamentais responsáveis por tal situação e apresenta como responsabilidade básica do Estado frente ao direito à saúde, o seguinte rol:

- a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;
- normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados. (BRASIL, 1986, p.15)



Verifica-se uma preocupação profunda em analisar o atual quadro da saúde pública e subsidiar a implantação de um novo sistema que possa garantir o acesso universal à saúde e proporcionar uma estruturação real da saúde pública. Há um cuidado em dar clareza ao fato de que a simples positivação do direito à saúde não é suficiente para a sua efetivação, sendo indispensável a responsabilização do Estado e a consolidação de políticas públicas eficientes (CARVALHO; PINTO, 2011).

Por fim, cabe destacar a indicação de uma total reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, recomendando-se no relatório final a criação de um Sistema Único de Saúde, separando totalmente a saúde da previdência, por meio da realização de uma ampla Reforma Sanitária. Como documento idealizador do que veio a se tornar o SUS, o relatório ainda discrimina todos os princípios que devem reger o novo sistema, reconhecendo-o como o principal objetivo, a ser executado com *“expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”* (BRASIL, 1986).

O resultado da 8ª CNS foi a criação de um documento que determinou todas as diretrizes a serem seguidas pela comissão constituinte no momento da formulação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diferentemente das anteriores, a Constituição Cidadã não se limita a prever a competência para legislar sobre a saúde pública, mas, sim, a eleva a condição de direito fundamental universal, designando como responsabilidade do Estado a sua efetivação.

Carvalho e Pinto (2011) destacam a existência de uma realidade social totalmente diferente no Brasil daquela existente na Europa ou nos países norte-americanos, uma vez que, naquele, há uma necessidade de observância de uma ética social preocupada com o bem comum, justiça e equidade, antes mesmo do que com direitos individuais e virtudes pessoais. De tal forma, o reconhecimento do direito à saúde como universal e igualitário ocupa papel privilegiado na garantia de uma vida digna e da preservação da pessoa humana.

### 2.1.3.2 O direito à saúde e a Constituição de 1988

Apesar da maioria das Constituições brasileiras terem feito menção à saúde, foi na Constituição de 1988 que ela foi elevada ao patamar de direito fundamental, assim como os demais direitos sociais elencados no artigo 6º do referido diploma, o que demonstrou a clara intenção do legislador brasileiro em estabelecer uma sintonia com as declarações internacionais que vinham sendo consolidadas. Para estabelecer como se daria o direito à saúde o legislador disponibilizou seção especial junto ao capítulo da Seguridade Social, no qual se verifica um

aprofundamento na concepção de saúde e no dever do Estado de promovê-la. Vale mencionar o disposto nos artigos 196 e 197, que dizem o seguinte:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

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 (BRASIL, 1988).

Observa-se que o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 reconheceu o dever do Estado em promover, mediante políticas sociais e econômicas, a efetividade do direito à saúde a todos e de forma igualitária, o que compreende a promoção, proteção e recuperação de tal direito. O artigo 197 traz ainda, como responsabilidade do poder estatal, o dever de zelar pelas ações e serviços de saúde. O legislador não se absteve ao impor ao Estado o dever de promoção e proteção do direito à saúde, seguindo o pensamento ético-jurídico que estava sendo disseminado no meio internacional e as diretrizes firmadas na 8ª CNS.

Vale destacar, ainda, o disposto no artigo 129, inciso II da Constituição de 1988, que atribui ao Ministério Público o dever de “*zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia*” (BRASIL, 1988), o que demonstra a intenção do legislador em assegurar o direito à saúde em sua plenitude, através da outorga de normas suficientes para garantir sua efetividade.

Embora a garantia do direito à saúde tenha ocorrido de forma tardia no Brasil, seu reconhecimento pela Constituição de 1988 foi generoso, não se limitando a garantir apenas o direito à assistência à saúde, o que vinha acontecendo em diversos países, nem tão pouco, limitar essa proteção às populações mais carentes, garantindo um direito à saúde universal e igualitário. Além disso, houve a incorporação de fatores sociais e econômicos que interferem na saúde do indivíduo, reconhecendo que a saúde decorre da qualidade de vida e não apenas de serviços curativos e preventivos (SANTOS, 2012).

O texto constitucional consegue, por meio do reconhecimento do direito à saúde como um direito fundamental, garantir (teoricamente) a efetividade da dignidade da pessoa humana e, conseqüentemente, o direito à vida e a uma existência digna e de qualidade (LEAL; GAERTNER, 2016). O constituinte de 1988 se mostra coerente dando destaque para os direitos

sociais, em especial o direito à saúde, uma vez que elencou a dignidade da pessoa humana como um de seus princípios fundamentais (art. 1º, III, CF/88).

Tamanho destaque aos direitos fundamentais e à dignidade da pessoa humana se deu por dois principais motivos: primeiro, como uma reação ao regime autoritário do qual o país estava saindo (o que também se deu na Alemanha e, posteriormente, Portugal e Espanha); segundo, como uma forma de outorgar a esses princípios fundamentais a “*qualidade de norma embaixadora*” de toda a ordem constitucional brasileira (SARLET, 2015).

Também é na Constituição de 1988 que ocorre a criação do SUS que visa, juntamente com a Previdência e Assistência Social, formar um sistema integrado, com a finalidade de assegurar a dignidade material de todas as pessoas. Trata-se de instrumento concretizador do direito à saúde, um sistema público e nacional, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

#### 2.1.3.3 O Sistema Único de Saúde

O SUS é regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, criada para assegurar o efetivo cumprimento das normas dispostas no texto constitucional, a exemplo do disposto no artigo 2º, parágrafo primeiro, da referida lei, que dispõe que o dever do Estado compreende o provimento das condições indispensáveis ao pleno exercício do direito à saúde, consistindo tanto na formulação quanto na execução de políticas econômicas e sociais, com a finalidade de reduzir os riscos de doenças e assegurar um acesso universal e igualitário à essas ações (BRASIL, 1990).

A Administração Pública passa a ter como meta constante a efetividade desse direito fundamental, objetivando a garantia de um bem-estar físico, mental e social, alcançando os patamares delimitados pela Organização Mundial da Saúde, e proporcionando uma vida mais digna a todo ser humano. Fica evidente que a Constituição Federal da República de 1988 cumpriu bem o papel de asseguradora do direito fundamental à saúde, ao menos do ponto de vista formal.

A possibilidade de discussão e criação do SUS pela Constituição de 1988 foi fundamental para a garantia do direito à saúde tratando-se de importante momento histórico no qual as reivindicações populares por melhores atendimentos puderam ser ouvidas e levadas em consideração. A população brasileira sempre enfrentou sérias dificuldades para receber um atendimento de saúde adequado, ocupando o SUS, o papel de tentativa de resposta a esse grave problema. Lembrando que a realização da 8ª CNS em 1986 foi a responsável por determinar as

diretrizes da universalização da saúde e controle social efetivo determinando, assim, o que viriam a ser os princípios norteadores do vindouro Sistema Único de Saúde. Tal evento foi fundamental para a criação do SUS, tendo suas proposições mais importantes levadas em consideração na confecção da Constituição de 1988 (OLIVEIRA, 2012).

A reforma responsável pela criação do SUS teve como característica a ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até aquele momento, tratando-se de verdadeiro reordenamento ideológico, tendo em vista os princípios que fundamentaram a política de saúde, e institucional, considerando a criação de um novo sistema único. Pode-se dizer ainda, que a criação do SUS rompeu com o caráter individualista da assistência à saúde adotado durante o regime militar, e voltou a ser direcionada para a coletividade, amparada agora pelos princípios da universalidade e igualdade, além de reconhecer a saúde como um direito, inerente à ideia de cidadania, de democracia substancial, de direitos substantivos e visando certa igualdade de bem-estar (MENICUCCI, 2014).

É importante destacar que, apesar da necessidade de inúmeros avanços, o SUS foi diretamente responsável pelo aumento do acesso ao cuidado com a saúde, em especial pela parcela mais carente da população brasileira. Evidente, entretanto, a necessidade de investimento em recursos humanos, ciência e tecnologia na área da saúde, mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores públicos, bem como, de um processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização na atenção básica, para que o SUS supere os desafios atuais e cumpra seu papel constitucionalmente previsto (PAIM *et al*, 2011).

O caráter universal do direito à saúde é de fato a novidade mais impactante para a sociedade brasileira e para o governo que passou a ter que implementar as políticas públicas necessárias para a sua efetividade. A incorporação desse caráter universal aos direitos sociais poderia ter ocorrido sob duas perspectivas: (a) uma social democrática, que se preocupa em conceber os direitos sociais, neste caso o direito à saúde, como inerentes a todo indivíduo; (b) outra, liberal, que entende que o acesso a esses direitos deve ocorrer através do mercado. A visão social democrática (a) é a que foi adotada durante a reforma sanitária brasileira e que determina a instituição de um direito à saúde para todos, sendo obrigação do Estado sua garantia, por meio de financiamento com recursos públicos gerados por contribuições sociais, taxas, impostos e outras fontes de arrecadação. A visão liberal (b), no entanto, prevalece desde 1990 no cenário internacional e entende a existência de uma universalização restrita, não devendo a cobertura de saúde se dar pelo sistema público, por este não comportar toda a população, correndo um risco de sobrecarga do sistema financeiro do país. Nesta última visão,

cabe ao Estado uma intervenção residual garantindo um acesso público às pessoas sem condições de custear o acesso à saúde e um acesso privado àqueles com melhores condições financeiras (SOUSA, 2014).

Essa reforma sanitária impactou também a rede privada. Enquanto o modelo estatal sofria uma grande transformação, especificamente entre os anos de 1990 e 2000, as redes privadas confrontavam o recém-chegado SUS. A principal ameaça era a universalidade da saúde. Entretanto, foi possível perceber que dentro da sociedade capitalista, a implementação de direitos sociais não exclui o mercado, vindo este a agir de forma suplementar, com foco na parcela da população que pode pagar por tais serviços. Passam a ser colocadas em prática estratégias de privatização, a exemplo da popularização de planos de saúde privados, se aproveitando das limitações e deficiências do sistema público (SOUSA, 2014).

As transformações decorrentes dessa mudança de estrutura e da implementação de um sistema universal de saúde se estenderam por todo o Brasil, tendo consequências particulares dependendo da região observada. A exemplo dessas particularidades, a faixa de fronteira apresenta questões individuais não observadas em outras regiões do país. O fluxo de não nacionais, especialmente presente nas cidades gêmeas<sup>3</sup>, criou um cenário próprio dessas localidades.

#### **2.1.4 Um breve panorama sobre os 30 anos do SUS**

No ano de 2018 a Organização Pan-Americana de Saúde realizou uma pesquisa qualitativa sobre a evolução do SUS nos seus 30 anos de execução, na tentativa de extrair importantes reflexões sobre a sua efetividade e sobre os desafios enfrentados nesse período. Da pesquisa realizada originou-se o Relatório 30 anos de SUS.

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa a partir da aplicação de um questionário para atores estrategicamente selecionados pelo seu conhecimento e relevância na gestão e funcionamento do SUS. Participaram da pesquisa gestores e ex-gestores do SUS, acadêmicos,

---

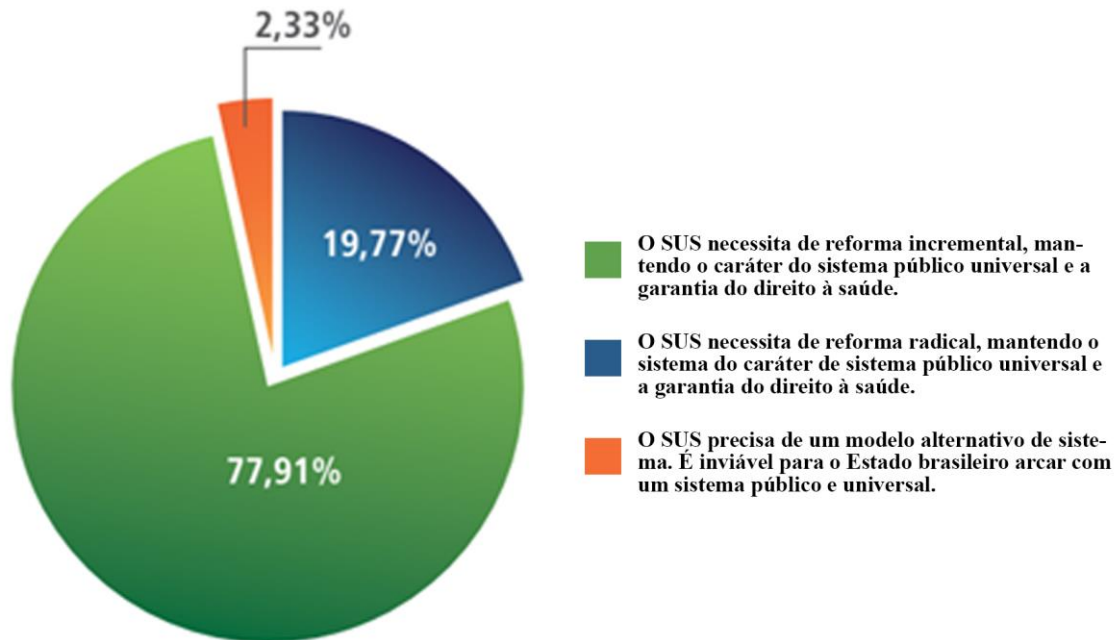
<sup>3</sup> Conforme o art. 1º, da Portaria nº 125, de 21 de março de 2014, são consideradas cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania. Vale destacar ainda, que o art. 2º da referida Portaria complementa o conceito dizendo que não serão consideradas cidades-gêmeas aquelas que apresentem, individualmente, população inferior a 2.000 habitantes.

parlamentares, dirigentes do setor privado de saúde e outros especialistas, totalizando 86 respostas ao questionário aplicado (OPAS, 2018).

Do relatório é possível extrair algumas informações relevantes sobre o funcionamento do SUS nos últimos 30 anos. Alguns pontos serão aqui abordados para trazer maior elucidação sobre os impactos do sistema de saúde pública brasileiro.

Um primeiro ponto que merece destaque é sobre a perspectiva dos entrevistados sobre a sustentabilidade do SUS após 30 anos de execução. Desse questionamento a pesquisa apresentou o seguinte gráfico:

Figura 1 – Opinião dos atores estratégicos sobre a perspectiva para a garantia da sustentabilidade do SUS



Fonte: OPAS, 2018.

É possível perceber no gráfico apresentado que há uma unanimidade sobre a necessidade de reforma, em algum nível, do sistema de saúde brasileiro. Sobre a forma que essa reforma deve ocorrer, o maior percentual dos entrevistados (77,91%) entende pela necessidade de uma reforma progressiva e incremental, enquanto um menor percentual (19,77%) acredita ser necessária uma reforma radical do sistema, embora, ambos os grupos acreditem na manutenção da universalidade e da garantia constitucional do direito à saúde. Destaca-se, ainda, que um pequeno percentual (2,33%) acredita que o SUS é inviável, não podendo o Estado brasileiro custear esse acesso público e universal, o que demandaria, então, a criação de um modelo alternativo (OPAS, 2018).

Ao serem questionados mais especificamente sobre a garantia constitucional do direito universal à saúde, a maioria dos participantes da pesquisa (63,53%) reconheceu tal direito como cláusula pétrea, o que impossibilitaria renunciar a tal direito por sua natureza. Outra parcela (36,47%) se manifestou pela necessidade de limites nessa universalidade, enquanto, um terceiro grupo (24,71%) propôs uma revisão do princípio da universalidade. Nessa etapa da pesquisa, um grupo menor (11,76%), ainda sugeriu a revisão do princípio da integralidade, como uma possível forma de garantia da universalidade (OPAS, 2018).

De fato, a integralidade do acesso à saúde tem se mostrado um desafio inclusive nos sistemas de saúde pública do Reino Unido, o *National Health Service* (NHS) e da Itália, o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), referencias enquanto modelos de sistema público de saúde. A rápida evolução da medicina proporciona a existência de tratamentos e procedimentos cada vez mais caros, os quais, teoricamente, estariam abarcados pela integralidade do acesso à saúde. Interessante observar que na pesquisa realizada pela OPAS houve uma divisão no quesito integralidade, na qual a primeira metade (50,60%) entende pela necessidade do SUS definir um rol de ações e serviços públicos com base em evidências científicas, de modo a garantir o acesso total da população e a outra metade (43,37%) é favorável à integralidade das ações e serviços públicos de saúde gratuito e universal, entretanto, entendem ser necessária a manutenção de mecanismos de regulação. Uma pequena parte, ainda, se posiciona pela criação de um pacote de serviços e ações de saúde, considerando os custos e efetividade, a ser destinado apenas às populações vulneráveis, devendo o restante da população utilizar os serviços de saúde por meio de planos privados (OPAS, 2018).

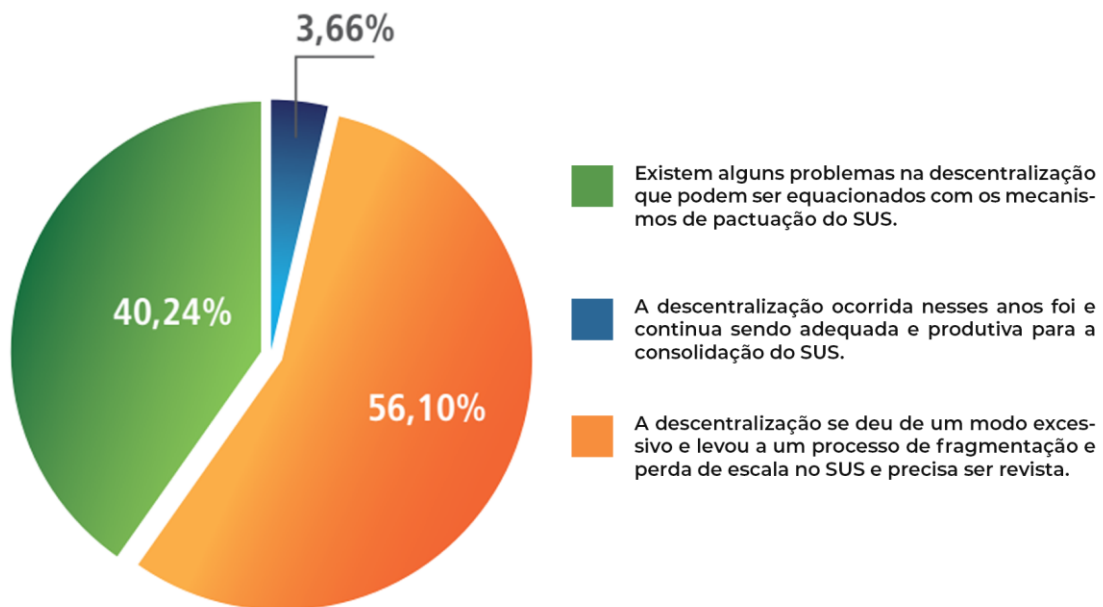
Vale destacar aqui que a universalidade e a integralidade do acesso à saúde se apresentam como mecanismos indispensáveis para o desenvolvimento da população, uma vez que constituem ferramentas de remoção de uma importante fonte de privação de liberdade - ausência de saúde para buscar melhores condições de vida (SEN, 2010). Essa percepção, de certo modo, é observada na pesquisa apresentada, uma vez que a maioria dos participantes se manifestaram pela manutenção da universalidade e pela integralidade do sistema.

Outro importante aspecto investigado na referida pesquisa é sobre a judicialização do acesso a saúde, uma vez que há um entendimento por 90,48% dos entrevistados de que “*existe uma certa responsabilidade do SUS no processo de judicialização*” (OPAS, 2018).

Há, ainda, por parte dos entrevistados um entendimento massivo (96,34%) de que existe problemas no processo de descentralização do SUS. Inclusive, mais da metade dos entrevistados (56,10%) destacam o fato da descentralização ter ocorrido de modo excessivo, o que “*levou a um processo de fragmentação e à perda de economia de escala no SUS*”. Por

outro lado, o entendimento sobre a regionalização do SUS, pela maioria dos entrevistados (82,50%), é de que a mesma foi desconsiderada por muito tempo, o que resultou em graves prejuízos à consolidação do SUS. O mesmo ocorre quando o questionamento é sobre a municipalização do sistema de saúde, no qual 92,68% dos entrevistados apontam a existência de problemas, divergindo quanto à necessidade de revisão nas relações interfederativas (48,78%) e a necessidade de substituição da ideia de municipalização pelo conceito de regiões de saúde (43,90%) (OPAS, 2018).

Figura 2 – Opinião dos atores estratégicos sobre o processo de descentralização do SUS



Fonte: OPAS, 2018.

Apontado como um dos principais desafios da operacionalização do SUS, a descentralização é um dos princípios organizadores da política de saúde pública que determina que a gestão do SUS deverá ocorrer de forma integrada entre a União, os Estados e os municípios. Por meio da descentralização a responsabilidade quanto ao fornecimento e a garantia de acesso a uma saúde pública de qualidade é distribuída entre as três esferas governamentais. O objetivo principal é garantir uma maior eficiência e qualidade na prestação dos serviços de saúde. Entretanto, na prática essa política tem resultado em uma sobrecarga dos municípios e quase isentado a União da sua participação ativa. Tal problema foi observado inclusive pelo poder judiciário que tem entendimento consolidado, em diversas decisões judiciais, de que existe a solidariedade de todos os entes federativos no fornecimento da saúde.



Quando questionados sobre o financiamento do SUS houve um entendimento quase unânime (94,94%) de que existe um subfinanciamento do sistema de saúde público brasileiro, no qual há uma sobrecarga dos estados e municípios devido a uma ausência de participação do governo federal. Em contrapartida, 3,80% dos entrevistados consideram impossível o país dispor de recursos suficientes para financiar um sistema de saúde universal e integral (OPAS, 2018)

Um último ponto que vale destaque no presente trabalho se refere a análise a respeito dos recursos humanos necessários à correta garantia do SUS. Nesse aspecto 86,07% dos entrevistados concordam sobre a carência de profissionais de saúde, em especial dos médicos. Desses, a maioria (74,68%) reconhece que essa ausência é mais intensificada em áreas de menor desenvolvimento. Na visão dos entrevistados, uma possível solução seria a adoção de planos de carreira com contratos CLT.

Antes de finalizar a análise do relatório apresentado pela OPAS, cabe destacar aqui alguns dados importantes levantados durante aquela pesquisa: (a) houve uma redução da taxa de mortalidade infantil entre os anos de 1980 a 2015, de 85 para 14 por mil crianças nascidas vivas; (b) o efeito combinado da Atenção Primária a Saúde, realizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o Programa Bolsa Família foi importante para redução da mortalidade pós-neonatal; (c) locais com investimento em ESF's mostraram redução nas taxas de mortalidade por AVC (31%) e por doenças cardiovasculares (36%);

Percebe-se que o sistema público de saúde brasileiro, apesar de implementado com diversos problemas, conforme observação dos próprios dirigentes públicos e profissionais de saúde, tem se mostrado indispensável para o acesso de grande parcela da população à saúde básica.

### 3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI

A existência de uma realidade única presente nas regiões de fronteira é um fato. A proximidade geográfica e a dinâmica cultural, de hábitos e costumes facilitam o trânsito de estrangeiros e brasileiros não residentes no país, os quais usufruem de direitos fundamentais sociais inicialmente previstos para os nacionais. No tocante ao acesso à saúde pública o problema se intensifica por se tratar de direito constitucionalmente reconhecido como universal e de dever do Estado (art. 196, CF/88). Tal direito deve ser garantido por meio da implantação de políticas públicas suficientes que possibilitem o acesso à saúde pública a todos que dela necessitarem.

Dessa forma, visando atingir o segundo objetivo específico da presente dissertação, este capítulo se propõe a estudar a evolução das políticas públicas de saúde no tocante às regiões fronteiriças, para verificar se há uma atenção específica no momento de sua elaboração com a realidade vivida pelos municípios em faixa de fronteira, ou se são políticas pensadas de modo genérico, o que poderia se mostrar insuficiente para o atendimento das necessidades dessas regiões.

#### 3.1 ASPECTOS GERAIS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FRONTEIRA

As políticas públicas assumem fundamental importância no desenvolvimento de zonas periféricas, em especial no Brasil que possui uma grande extensão territorial. Historicamente o desenvolvimento do país se dá das capitais e localidades economicamente mais importantes (regiões litorâneas) para as extremidades. Os municípios localizados em faixa de fronteira, geralmente, possuem baixa capacidade de arrecadação e dificuldade de captação de recursos, o que reforça ainda mais a necessidade de implantação de políticas públicas para possibilitar o desenvolvimento dessas regiões em equilíbrio com o restante do país (AIKES, 2017).

O processo de formação histórico dessas regiões resultou em baixa densidade demográfica, visto que, a concentração da população permanecia nas regiões litorâneas, de maior desenvolvimento, e próximas aos centros decisórios da nação. A grande distância dos municípios localizados próximos às fronteiras não era favorável a comunicação, proporcionando um relativo isolamento, inclusive no tocante às políticas públicas de desenvolvimento, sendo-lhes conferidos incentivos pontuais de ocupação territorial (KRUGER *et al*, 2017).

A implementação de políticas públicas nessas regiões é fundamental para a expansão das liberdades reais do indivíduo, proporcionando assim o desenvolvimento desses locais e a eliminação (ou diminuição) das desigualdades com as regiões centrais do país (SEN, 2010).

Entretanto, antes de adentrar na análise de como essas políticas ocorrem nessas localidades, mostra-se necessário analisar, mesmo que de forma breve, o que se consideram políticas públicas.

A definição do termo política pública encontra desafios até hoje, pois, não existe uma única decisão ou um consenso sobre o seu conceito. Diversos autores trazem suas contribuições sobre o tema, mas quatro deles são, geralmente, considerados os “pais” fundadores da política pública: Laswell (1936); Simon (1957); Lindblom (1959; 1979), e; Easton (1965). Entretanto, a definição mais conhecida é aquela apresentada por Laswell que cunhou o termo análise de política pública, “*como uma forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo*”. Para Laswell “*decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz*” (SOUZA, 2006, p. 23-24).

Pode-se considerar, portanto, que a política pública é um campo multidisciplinar com foco em explicar a natureza da política públicas e os processos dela derivados (SOUZA, 2006). De outro modo, é possível considerar que as políticas públicas são as intenções governamentais capazes de produzir algum tipo de transformação no mundo real (GIANEZINI *et al*, 2017).

Vale destacar, ainda, que alguns autores destacam a existência de algumas nuances que destacam a elaboração e a implementação de políticas públicas nos países latinos e nos anglo-saxões. Há naqueles uma íntima correlação com as políticas públicas e, o que nos países anglo-saxões se consideram apenas, assuntos políticos. Gianezini destaca a análise de Dimoulis (2003) para demonstrar que o assunto político se resume a algo que está em pauta na sociedade, gerando uma discussão pública, não fazendo parte, necessariamente, dos pilares que compõe o conceito de política. Tal percepção destaca a pauta de questões sociais existente nos países latinos, que buscam uma consolidação da democracia, justiça social, da felicidade das pessoas, e outras questões já superadas (ou melhor implementadas) nos países anglo-saxões (GIANEZINI *et al*, 2017).

Compreendendo o que são consideradas políticas públicas faz-se necessário analisar de que forma elas são efetivadas. O primeiro ponto de destaque é que a doutrina observa um ciclo de fases da implementação até a conclusão das políticas públicas. Frey (2000) destaca que

apesar de existirem várias propostas na bibliografia que definem como se dá a divisão do ciclo político, há pouca divergência (GIANEZINI *et al*, 2017; FREY, 2000).

Dessa forma, o presente trabalho opta por utilizar a divisão do ciclo de políticas públicas apresentada por Frey (2000), o qual distingue cinco fases: percepção e definição do problema; agenda-setting; elaboração de programas e decisão; implementação de políticas, e; avaliação de políticas e sua eventual correção.

Figura 3 – Fases do ciclo de políticas públicas



**Fonte:** FREY, 2000; GIANEZINI *et al*, 2017.

Na primeira fase, percepção e definição do problema, ocorre a identificação de um problema por algum dos atores de políticas públicas. Essa adversidade deve ser percebida como um problema político, muitas vezes sofrendo influência da mídia e outras formas de comunicação político-social para adquirir relevância (FREY, 2000).

A segunda fase chamada de agenda setting” se caracteriza pela análise prévia de relevância do tema, verificando se ele deve ser inserido na pauta política, excluído ou adiado. Nessa análise ocorre uma avaliação preliminar sobre custos, benefícios e chances do tema ganhar destaque. Na terceira fase ocorre a escolha da alternativa mais apropriada para a solução do problema. É nessa fase que ocorre a elaboração dos programas e decisões que passarão a ser adotadas (FREY, 2000; GIANEZINI, 2017).

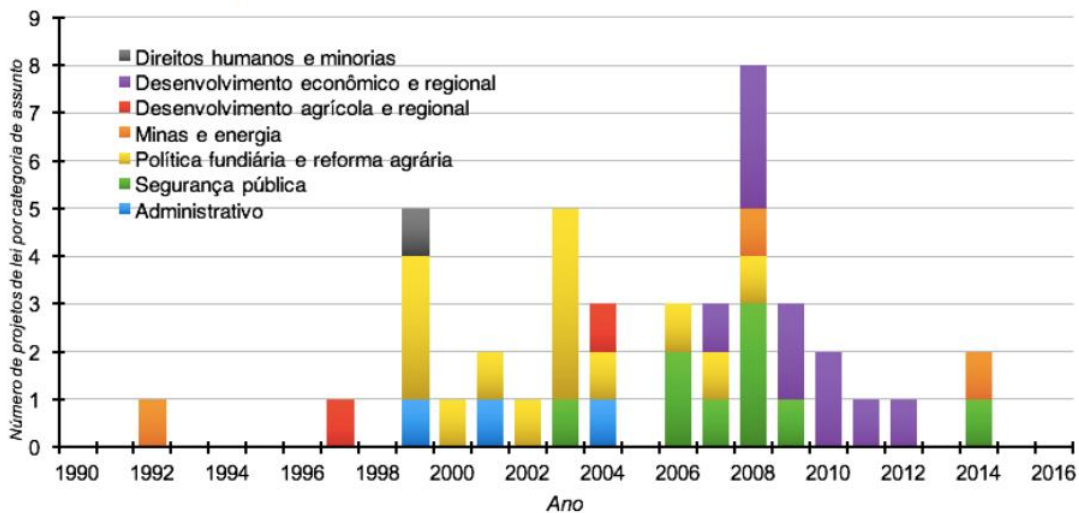
É na quarta fase, a implementação, que ocorre a concretização das alternativas implantadas. Aqui os processos e rotinas determinados na fase anterior são convertidos em ações e passam a produzir resultados (FREY, 2000; GIANEZINI, 2017).

Na quinta fase ocorre a avaliação das políticas implementadas e a correção das ações que se fizerem necessárias. O objetivo nessa fase é “*indagar os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros*”. Como consequência dessa avaliação é possível que seja determinado o encerramento, ou suspensão, do ciclo político, ou ainda, a iniciação de um novo ciclo (FREY, 2000).

As políticas públicas implementadas nas regiões de fronteira, em tese, se submetem ao mesmo ciclo de formulação, entretanto, é possível perceber que, nessas regiões, ocorre um problema na etapa inicial de percepção do problema, uma vez que ocorre um verdadeiro distanciamento das políticas de desenvolvimento implementadas em relação às necessidades locais. A complexidade das cidades fronteiriças exige uma metodologia própria, que reconheça e considere a realidade binacional e plurifacetada dessa região, bem como, a participação de agentes locais, regionais e internacionais (AIKES, 2017).

O próprio poder legislativo nunca demonstrou grande interesse por questões próprias da fronteira. Solène Marié (2017) realizou um levantamento dos projetos de lei sobre questões de fronteira propostos no período de 1990 a 2016, o qual fornece um panorama sobre os principais pontos de relevância para o governo, a partir do olhar do legislativo.

Figura 4 – Evolução do número de projetos de lei e das categorias de assuntos, no período de 1990 a 2016



Fonte: MARIÉ, 2017.

O primeiro aspecto relevante observado no gráfico é a “*quase ausência de preocupação com as temáticas fronteiriças até 1999*” (MARIÉ, 2017). Esse fato destaca a posição de

isolamento em que sempre se encontraram as regiões de fronteira, bem como, o desinteresse dos centros decisórios do país por essas localidades.

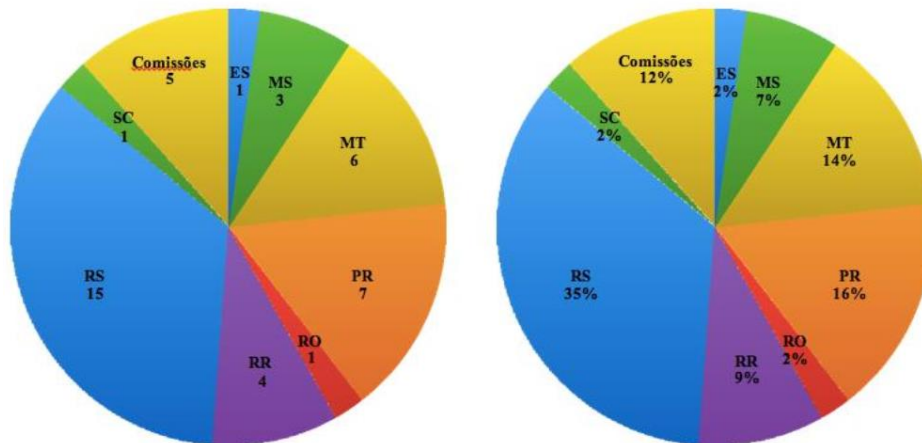
Marié (2017) identifica a existência de três fases em se tratando de quantidade de projetos propostos. A primeira fase se estendeu de 1990 a 1998, período em que praticamente não houve a apresentação de projetos relacionados à fronteira, se limitando à um projeto apresentado no ano de 1992, com foco em minas e energia, e outro em 1997, visando o desenvolvimento agrícola e regional. A segunda fase identificada foi do ano de 1999 a 2009, período que se destacou positivamente pela quantidade de projetos apresentados, demonstrando um foco maior em temáticas relacionadas à fronteira. A quantidade de projetos criados e apresentados nesse período passou de 2 (na fase 1) para 34 projetos. Por fim, o terceiro período, que se estende de 2010 a 2016 marca uma queda na quantidade de projetos apresentados, demonstrando um desinteresse ou falta de envolvimento do legislativo nos temas fronteiriços.

Outro ponto relevante é a natureza temática dos projetos de lei. Até o ano de 2004, a principal preocupação estava em assuntos de política fundiária e reforma agrária. Nos anos seguintes, a segurança pública ocupa lugar de destaque, sendo ultrapassada apenas pelo desenvolvimento econômico regional após o ano de 2008.

É possível concluir, portanto, que a preocupação legislativa com questões próprias de fronteira passou a ganhar algum destaque apenas nas duas últimas décadas, tendo como questões prioritárias a política fundiária e reforma agrária, a segurança pública e o desenvolvimento econômico e regional. Um último ponto que merece destaque no estudo realizado por Marié (2017) é a percepção de que não existe no legislativo brasileiro, até o momento investigado, uma comissão permanente dedicada apenas aos temas de fronteira, nem mesmo frentes parlamentares dedicadas à fronteira. Esses instrumentos facilitariam a percepção dos problemas nativos dessas regiões, bem como, agilizariam o posicionamento de suas demandas na pauta legislativa e a consequente instituição de políticas públicas mais eficazes.

Outra vertente da pesquisa explora as unidades federativas responsáveis pela propositura do projeto de lei. As informações apresentadas demonstram uma representação muito maior da região sul (53% dos projetos), em especial do Estado do Rio Grande do Sul. A representação da região Centro-Oeste aparece em segundo lugar, com 21% dos projetos de lei, entretanto, no período de 1990 a 2016, apenas 3 projetos foram apresentados pelo Estado do Mato Grosso do Sul, o equivalente a 7% dos projetos analisados (MARIÉ, 2017).

Figura 5 – Unidade federativas dos proponentes principais do projeto de lei (1990-2016), em número de projetos e em porcentagem do total de projetos.



Fonte: MARIÉ, 2017.

Apesar dos dados apresentados, ao analisar a região abrangida pelos projetos de lei a autora identifica que 86% dos projetos se destinam a todo o território nacional. A região Sul que foi responsável pela propositura de 53% dos projetos é objeto específico de apenas 5% deles. Enquanto, a região Norte recebe uma destinação específica de 9% dos projetos (MARIÉ, 2017).

É possível destacar com base nos dados apresentados que o Estado do Mato Grosso do Sul, por meio de seu Legislativo, não tem desenvolvido uma preocupação ativa com as regiões de fronteira. A nível nacional, o fator que chama a atenção na pesquisa realizada é que, “*dos 43 projetos de lei identificados, só um deles foi impulsionado no contexto do Mercosul*”. O que demonstra uma ausência de preocupação com o diálogo internacional (MARIÉ, 2017).

No executivo a realidade não difere muito. Apenas em 1999 ocorreu a criação de programas que não tivessem uma preocupação voltada em sua maior para a segurança da fronteira. Entretanto, tais programas sofreram com alocação de recursos e ausência de diretrizes claras, recebendo uma avaliação negativa. A partir desse momento, já no ano de 2004, a faixa de fronteira passa a ser definida como área especial de planejamento para a promoção de políticas públicas desenvolvimentistas (KRUGER *et al*, 2017).

Essa maior preocupação com o desenvolvimento das regiões fronteiriças começou a ganhar corpo dentro das políticas públicas a partir da inserção da sustentabilidade na agenda internacional ocorrida no ano de 1992, na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, da qual emergiu as bases que deram origem aos objetivos da Declaração do Milênio, estabelecidos pela ONU no ano de 2000. (KRUGER *et al*, 2017). O presente trabalho não irá adentrar nos desdobramentos da referida Conferência,

mencionando apenas a sua importância como marco temporal para uma maior preocupação com as regiões de fronteira.

Para analisar o impacto da inclusão do desenvolvimento na agenda nacional, Kruger *et al* (2017) realizou importante levantamento das políticas públicas federais implementadas na faixa de fronteira:

Tabela 1 – Políticas Públicas implementadas na faixa de fronteira brasileira

Política Pública	Órgão Responsável	Objetivo	Ações	Abrangência	Período	Escopo de Atuação/ Tema prioritário
Programa Calha Norte (PCN)	Ministério da Defesa	Promover a ocupação e o desenvolvimento ordenado da Amazônia Setentrional, respeitando as características regionais, culturais e o meio ambiente.	Ações em duas dimensões de atuação: Vertente Militar - Manutenção da Soberania e Integridade Territorial; e Vertente Civil - Apoio às Ações de Governo na Promoção do Desenvolvimento Regional.	369 municípios, em 8 Estados (AC, AM, AP, MG, parte do MS, PA RO e RR)	A partir de 1985	Social, Econômico e Ambiental/Segurança e Desenvolvimento
Áreas de Livre Comércio (ALC)	MDIC e SUFRAMA	Gerar emprego e renda, melhorar infraestrutura, capacitação de recursos humanos, dentre outros.	Ações de apoio a projetos de produção; infraestrutura econômica; pesquisa e desenvolvimento; capacitação de recursos humanos e promoção do turismo mediante convênios celebrados com órgãos do governo federal, estadual e municipal, instituições de ensino, universidades e entidades sem fins lucrativos.	Tabatinga (AM), Macapá/Santana (AP), Guajará-Mirim (RO), Boa Vista e Bonfim (RR) e Eptaciolândia e Cruzeiro do Sul (AC)	A partir 1989	Econômico e Social/Comércio
Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF)	Ministério da Integração Nacional	Retomar o processo de desenvolvimento da região.	Ações: estruturação e dinamização de Arranjos Produtivos Locais (APL); apoio à implantação de infraestrutura complementar, social e produtiva; apoio à geração de empreendimentos produtivos; organização social e do associativismo; e formação de agentes para o desenvolvimento integrado e sustentável na FF.	Municípios da FF	A partir de 1999, reestruturado em 2005, encerrado em 2015	Social e Econômico/Desenvolvimento e Integração
Facilitação de Transportes Rodoviários nas Fronteiras	ANTT e o Ministério do Turismo	Gerenciar eficientemente o transporte turístico terrestre, vinculando o sistema de Cadastro do Ministério do Turismo (CADASTUR) ao Sistema de Certificação da ANTT.	Ações em prol do desenvolvimento de uma política clara e consistente que permita o gerenciamento eficiente do transporte turístico terrestre brasileiro para unificar as informações e criar um selo a ser afixado nos veículos que possibilite ao agente fiscalizador percepção da regularidade do transportador turístico.	Municípios da FF	A partir de 2001	Social e Econômico/Transporte e Turismo
Questões Migratórias	Ministério do Trabalho e Emprego	Legalizar a residência e o trabalho de nacionais no exterior e vice-versa.	Ações para a criação de um marco regulatório único para tratar fluxos de trabalhadores transfronteiriços, visando	Variável, de acordo com localização, interesses e	A partir de 2002	Social e Econômico/Migração



			desfazer as assimetrias geradas pela adoção de uma política diferenciada, formatada de acordo com o lugar geográfico, os interesses brasileiros e a relação com o país vizinho.	relação com o país vizinho		o e Trabalho
Concertação de Fronteiras e FRONTUR	Ministério do Turismo	Viabilizar e comercializar o turismo integrado na FF.	Ações para fomento do turismo no cenário de fronteiras, reunindo todos os órgãos e entidades relacionados ao turismo transfronteiriço para discutir e encontrar soluções para facilitação do fluxo internacional de turistas.	Municípios da FF	A partir de 2003	Social e Econômico/Turismo
Projeto Intercultural Bilingue Escolas de Fronteira	Ministério da Educação	Construir um modelo comum de ensino em escolas da zona de fronteira a partir de um programa de educação intercultural (português e espanhol).	Ações para a promoção de um intercâmbio entre professores dos países limítrofes ao Brasil, com vistas a integração de estudantes e professores. Os professores, de ambos os países, realizam o planejamento das aulas juntos e determinam em quais partes do projeto serão realizados intercâmbios, para que ocorra não o ensino de língua estrangeira, mas o ensino em língua estrangeira, criando um ambiente real de bilinguismo para os alunos.	Cidades-gêmeas no Brasil com países limítrofes	A partir de 2005	Social/Educação
Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteira)	Ministério da Saúde	Melhorar o serviço de saúde na fronteira.	Ações para a realização de um diagnóstico da saúde local e elaboração de um plano operacional para a qualificação dos profissionais e aprimoramento da rede de serviços de saúde nos municípios fronteiriços.	121 municípios que estão situados dentro dos 10 km a partir da linha de fronteira	De 2005 a 2014	Social/Saúde
Fronteiras e Questões migratórias (SINIVEM/PRONASCI)	Ministério da Justiça – Departamento de Polícia Federal	Mapear criminosos para reduzir os índices de criminalidade regionais e mitigar os impactos dos fluxos migratórios em direção ao território nacional.	Ações com vista ao mapeamento dos criminosos, por meio de um amplo e irrestrito processo de cooperação entre os órgãos governamentais de inteligência policial.	Municípios da FF	A partir de 2007	Social/Segurança
Programa Amazônia Protegida (PAP)	Exército Brasileiro	Aumentar o número de pelotões de fronteira na floresta e modernizá-los, além de criar novas brigadas.	Ações voltadas para a criação de novas brigadas, modernização de pelotões e reestruturação dos já existentes.	FF da Amazônia	A partir de 2008	Social/Segurança
Regularização Fundiária	INCRA	Priorizar a regularização fundiária e a ratificação de títulos na FF.	Ações relativas a legitimação de posses rurais; ratificação dos imóveis rurais que foram objetos de titulação indevida pelos Estados; análise de ações de usucapião e de cadeias dominiais; estudos quando da criação de projetos de assentamento rurais e comunidades quilombolas; verificação do cumprimento das cláusulas resolutivas dos títulos emitidos; desafetação e	Municípios da FF	A partir de 2009	Econômico e ambiental/Regularização Fundiária e Licenciamento Ambiental

			emissão de Concessão de Direito Real de Uso no caso das unidades de conservação; fiscalização da função social da terra; atualização do cadastro rural; certificação do georreferenciamento; cessão e doação de áreas para municípios, associações, igrejas; discriminação e arrecadação de terras devolutas; emissão de termos declaratórios - Braviaco; etc			
Programa de Promoção da Sustentabilidade de Espaços Sub-Regionais (PROMESO)	Ministério da Integração Nacional	Aumentar a autonomia e a sustentabilidade sub regional, estimulando: a organização social, o desenvolvimento de potenciais endógenos e fortalecimento das bases produtivas.	Ações em dois eixos: estímulo e fortalecimento dos fóruns mesorregionais para que sejam canais de participação da sociedade civil na definição de ações a serem contempladas com investimentos públicos; ativação econômica por meio do fomento aos APL identificados como prioritários nas mesorregiões.	Alto Solimões, Vale do Rio Acre, Grande Fronteira do Mercosul e Metade Sul do Rio Grande do Sul.	A partir de 2009	Econômico, Social e Ambiental

**Fonte:** KRUGER *et al*, 2017.

O primeiro ponto a ser observado na tabela apresentada é o fato de que “até o início do século XXI, muitos Ministérios não dispunham de políticas específicas voltadas para a área fronteira e a integração transnacional” (KRUGER *et al*, 2017, p. 47). O foco das ações públicas se limitava a questões de segurança pública e ocupação do território.

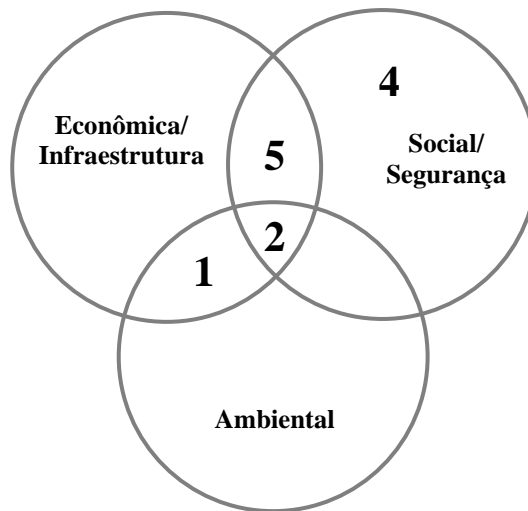
O fomento para o financiamento de setores produtivos do país ocorreu após a criação de Fundos Constitucionais que destinavam 3% do resultado da arrecadação do IR e IPI para esse fim. Tal possibilidade decorre da previsão da redução das desigualdades regionais como um dos objetivos fundamentais da República, implementado no texto constitucional pela Constituinte de 1988 (KRUGER *et al*, 2017).

Ao realizar uma análise temática das políticas públicas implementadas é possível observar uma priorização das questões econômicas, de infraestrutura, de segurança e sociais. As questões ambientais, apesar de pertinentes em várias das regiões que possuem faixa de fronteira, foram previstas em apenas três políticas públicas implementadas e, em nenhuma delas, de forma exclusiva. Quanto ao investimento, o autor observou uma tendência de investimentos maiores nas políticas de ordem socioeconômica e de infraestrutura (KRUGER *et al*, 2017).

Das políticas públicas implementadas, 11 das 12 analisadas citam a temática social. Entretanto, a grande maioria como uma consequência do desenvolvimento regional buscado pelo investimento econômico e de infraestrutura. Duas das políticas, apesar de também se

identificarem com a temática social, dão destaque exclusivo para questões de segurança. Apenas uma delas têm foco na educação – Projeto Intercultural Bilíngue Escolas de Fronteira, com área de atuação nas cidades-gêmeas brasileiras – e outra na saúde – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, com área de atuação em 121 municípios.

Figura 6 – Quantidade de políticas públicas por tema prioritário



**Fonte:** Produzido pelo autor com base na pesquisa de KRUGER *et al*, 2017.

Destaca-se que, apesar do conjunto das políticas analisadas se apresentarem com foco no desenvolvimento dessas regiões fronteiriças, quase nenhuma delas aborda de forma abrangente as liberdades subjetivas necessárias para a garantia de desenvolvimento, na visão proposta por Sen (2010). Há um nítido desequilíbrio de políticas públicas adotadas entre as temáticas econômica, social e ambiental (KRUGER *et al*, 2017).

Outra importante conclusão retirada desse estudo é a existência de um único programa pensado exclusivamente na estruturação da saúde pública dessas regiões de fronteira. O SIS-Fronteiras foi o único programa de política pública que se propôs a compreender as dinâmicas fronteiriças e a apresentar uma possível solução para a realidade ímpar dessas localidades.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA FRONTEIRA

Considerada a dinâmica da região de fronteira, a saúde se apresenta como uma das principais áreas que necessita de atenção e investimento no que tange as políticas públicas. Dois fatores justificam essa atenção especial: o primeiro se resume a necessidade e planejamento territorial local, uma vez que a saúde pública nessas localidades não se restringe ao atendimento

da população nacional; o segundo fator se apresenta na inexistência de fronteiras epidemiológicas entre esses municípios, compartilhando doenças e enfermidades de toda a espécie (GADELHA *apud* AIKES, 2017).

A garantia de acesso à saúde pública adequada é de vital importância para o desenvolvimento do indivíduo e o consequente desenvolvimento dessas regiões de fronteira, eis que proporciona melhoria da qualidade de vida da população e, conseqüentemente, viabiliza a realização de transformações econômicas, sociais e políticas (SEN, 2010).

(...) a saúde é considerada um indutor desenvolvimentista, em virtude das peculiaridades do complexo industrial que comporta, relacionadas ao seu dinamismo, elevado grau de inovação e potencial de geração de renda e emprego. É um conjunto articulado de atividades econômicas relacionadas diretamente ao bem-estar social. Dadas essas características, é complicado pensar processos de integração e desenvolvimento regional que não tivessem em suas bases o desempenho do setor saúde (GALLO *apud* AIKES, 2017).

Ao buscar o desenvolvimento atrelado à garantia de liberdades subjetivas ao indivíduo, as políticas públicas deveriam priorizar questões sociais, como o acesso à saúde, inclusive do estrangeiro, focando em auxiliar na elaboração de estratégias a serem aplicadas pelos gestores municipais, melhorando os sistemas de saúde locais e facilitando o acesso.

O que se visualiza na prática é a existência de previsões legais e políticas públicas genéricas, ou mesmo omissas, diante da realidade das regiões de fronteira. Se esquece, ou se desconsidera que nessas regiões há uma diversidade de territorialidades, costumes e práticas que extrapolam os limites do Estado-nação, tornando necessária a participação de atores supracionais, nacionais, regionais e locais na definição das políticas públicas (CARNEIRO FILHO, 2013).

Nesse aspecto é possível verificar a ocorrência de iniciativas de cooperação entre os gestores brasileiros e estrangeiros que vivenciam diariamente a dinâmica fronteiriça. Na pesquisa realizada por Giovanella *et al* (2007) é observado que quase 50% dos municípios investigados apresentavam alguma forma de cooperação.

Tabela 2 – Presença de ações conjuntas de saúde nas fronteiras

Tipos de Iniciativa	Mato Grosso do Sul com o Paraguai (%)	Rio Grande do Sul com o Uruguai (%)	Rio Grande do Sul com a Argentina (%)	Santa Catarina com a Argentina (%)	Paraná com a Argentina (%)	Paraná com o Paraguai (%)
Presença de relações formais ou informais com serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira e/ou de iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira	63,6	70	38,9	10	50	60

Fórum ou grupo que trate de questões específicas de saúde na fronteira no município ou região	<b>18,2</b>	30	16,7	10	25	60
Ações conjuntas de controle de vetores	<b>36,4</b>	20	16,7	0	25	50
Contatos informais entre profissionais para encaminhar pacientes	<b>27,3</b>	40	5,6	10	12,5	20
Mecanismos de troca regular de informação epidemiológica	<b>27,3</b>	10	5,6	10	12,5	40
Ações conjuntas de vigilância ambiental	<b>9,1</b>	20	16,7	0	25	30
Cooperação técnica em saúde entre o município e a cidade estrangeira de fronteira	<b>18,2</b>	30	0	10	25	20
Atividades de capacitação com participação de profissionais de saúde das cidades estrangeiras de fronteira	<b>27,3</b>	20	5,6	10	12,5	10
Acordo entre os governos locais para viabilizar os atendimentos	<b>9,1</b>	10	0	10	0	0
Mecanismos de encaminhamento formal	<b>9,4</b>	10	0	0	0	0

**Fonte:** Adaptado pelo autor a partir de: GIOVANELLA *et al*, 2007.

Considerando que a área de estudo do presente trabalho é o município de Ponta Porã, localizado no Estado de Mato Grosso do Sul, será dada maior atenção aos dados extraídos daquela localidade. É possível verificar que um total de 63,6% dos municípios entrevistados possui relações formais ou informais entre o SUS e o sistema de saúde das cidades estrangeiras com as quais fazem divisa. Além disso, 27,3% deles também mantém contatos informais entre profissionais para o encaminhamento de pacientes e utilizam de mecanismos de troca regular de informações epidemiológicas. As ações conjuntas de controle de vetores acontecem em 36,4% dos municípios, enquanto a cooperação técnica com as cidades vizinhas ocorre em 18,2%. Por fim, vale destacar que as soluções mais formais – acordos entre governos locais e mecanismos de encaminhamento formal – foram verificadas na minoria dos locais investigados – 9,1% e 9,4%, respectivamente.

A pesquisa realizada por Giovanella (2007) demonstrou uma consciência na maioria dos secretários municipais de saúde (70% dos entrevistados) sobre a necessidade de realização de acordos entre os municípios brasileiros e seus vizinhos estrangeiros.

Dois terços dos secretários municipais de saúde consideram necessário firmar acordos entre o município brasileiro e a cidade estrangeira vizinha para tratar questões de saúde na fronteira, principalmente nas áreas de: (i) vigilância epidemiológica de diversos agravos, como dengue, malária, AIDS, tuberculose, hepatites; (ii) prestação de serviços bilaterais e circulação de pacientes para atenção básica, pré-natal, parto, serviços hospitalares e especializados; e (iii) exercício profissional (GIOVANELLA, 2007).

Existe, portanto, uma consciência por parte dos dirigentes municipais, entretanto, as soluções buscadas quase não extrapolam a informalidade. Faltam ações específicas pensadas para a realidade da saúde da fronteira. A única política pública de saúde efetivamente pensada para as regiões fronteira foi o SIS Fronteiras, merecendo aqui uma análise de seus objetivos e resultados.

Antes de adentrar a análise do SIS Fronteiras, cabe aqui um parêntese sobre o Programa Mais Médicos. O referido programa se apresentou como um esforço do governo federal de levar mais médicos para regiões onde a escassez desses profissionais era preocupante. O mesmo não foi considerado na presente pesquisa justamente por não se tratar de uma política pública de fronteira. Trata-se de um exemplo claro de política de saúde estruturada e pensada para a solução coletiva dos problemas de saúde pública no país, o que, por si só, não soluciona as dinâmicas das regiões fronteiriças.

### **3.2.1 SIS Fronteiras no município de Ponta Porã**

A única política pública federal efetivamente pensada e implementada na região de fronteira foi a criação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras), projeto de responsabilidade da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e instituído no ano de 2005. Inicialmente apresentado como um projeto para integrar a saúde nas fronteiras de todo o MERCOSUL, o mesmo encontrou diversas dificuldades para sua implementação dentro do bloco econômico, resultando em uma política unilateral voltada para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde em regiões de fronteira (ROCHA, 2019).

O SIS Fronteiras foi devidamente instituído pela Portaria GM/MS nº 1.120, de 6 de julho de 2005, com os objetivos de contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde; verificar as demandas e a capacidade instalada nesses locais; identificar os fluxos de assistência; analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial; documentar os gastos com assistência aos cidadãos, e; integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros (BRASIL, 2005).

Entretanto, menos de um ano após a sua implementação o programa sofre uma alteração legal, promovida pela Portaria GM/MS nº 1.188, de 5 de junho de 2006, à qual, entre outras estruturações, limita radicalmente os objetivos do programa à apenas 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 (BRASIL, 2005).

Tal normativa, ainda, apresenta a estruturação do programa em três fases, sendo realizada na primeira um diagnóstico local de saúde, com observações quali-quantitativas sobre a demanda local, e a elaboração de um plano operacional com as ações e estratégias a serem adotadas. Há que se dar destaque à essa etapa pelo potencial de identificação das peculiaridades de cada um dos municípios participantes do programa. Na segunda fase seria realizada a qualificação da gestão, serviços e ações dentro dos municípios, bem como, a implementação da rede de saúde do município contemplado, permitindo a formalização de acordos entre os países fronteiriços, de modo a solucionar as demandas apontadas na fase I. Por fim, a terceira e última fase, teria por objetivo a implantação de serviços e ações de saúde desenhadas dentro do Diagnóstico local e Plano Operacional anteriormente desenvolvidos naquelas localidades (ROCHA, 2019).

Mesmo inicialmente previsto para encerrar suas atividades no final do ano de 2007, após diversas alterações o SIS Fronteiras teve seu encerramento no ano de 2014, conforme determinação da Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Um total de 121 municípios foram beneficiados com o SIS Fronteiras, sendo 57 na Região Sul do país, 48 na Região Norte e 16 na Região Centro-Oeste. Dentre eles, oito municípios ocupam a posição de cidades gêmeas com divisa com o Paraguai: Guaira (PR), Foz do Iguaçu (PR), Bela Vista (MS), Mundo Novo (MS), Paranhos (MS), Ponta Porã (MS), Coronel Sapucaia (MS) e Porto Murtinho (MS).

Conforme destacado no anexo II da Portaria GM/MS nº 1.120, de 6 de julho de 2005, é possível observar que o total de recursos destinados para os municípios do Estado de Mato Grosso do Sul<sup>4</sup>, durante as fases I e II do programa representavam um montante de R\$ 1.453.836,80 (um milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, oitocentos e trinta e seis reais e oitenta centavos (BRASIL, 2005).

Tabela 3 – Anexo II da Portaria GM/MS nº 1.120, de 6 de julho de 2005 – 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	5000090	Antônio João	39.759,20	11.927,76	13.915,72	25.843,48
2	500124	Aral Moreira	41.870,40	12.531,12	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

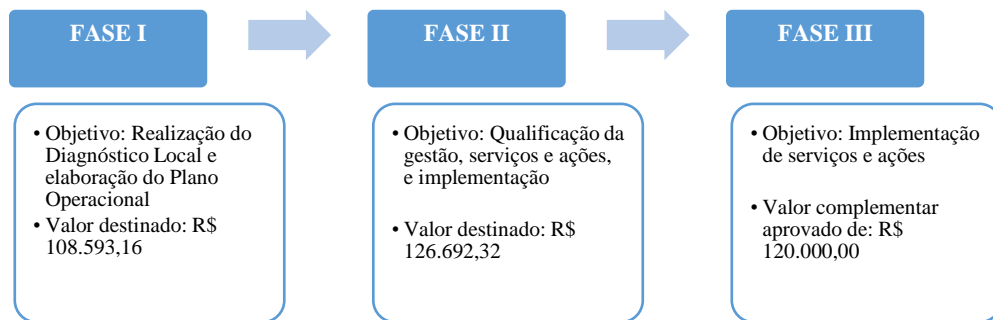
<sup>4</sup> É dado destaque apenas a esse Estado por ser tratar do objeto da presente pesquisa.

9	500635	Paranhos	54.693,60	16.408,08	19.142,46	35.550,84
<b>10</b>	<b>500660</b>	<b>Ponta Porã</b>	<b>361.977,20</b>	<b>108.593,16</b>	<b>126.692,02</b>	<b>235.285,18</b>
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:** Tabela elaborada de acordo com os dados da Portaria GM/MS nº 1.120, de 6 de julho de 2005.

Como é possível verificar, ao município de Ponta Porã (objeto da presente pesquisa), foram destinados o montante de R\$ 235.285,18 (duzentos e trinta e cinco mil, duzentos e oitenta e cinco reais e dezoito centavos), somadas as fases I e II do projeto. O município obteve a segunda maior distribuição no Estado ficando atrás apenas do município de Corumbá. Já na fase III, os valores destinados seriam variáveis, de acordo com o Plano Operacional aprovado e com base nos critérios definidos pelo Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento. No caso de Ponta Porã foi aprovado o repasse suplementar de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais).

Figura 7 – Valores destinados em cada fase do SIS Fronteiras para o município de Ponta Porã



**Fonte:** Figura elaborada de acordo com os dados da pesquisa de ROCHA, 2019.

Para compreender melhor a aplicação do recurso e o impacto do Programa na região de Ponta Porã, cabe analisar mais detalhadamente os objetivos de cada fase.

Conforme já salientado, a Fase I do SIS Fronteiras tinha como objetivo a “*realização de um diagnóstico local de saúde, quali-quantitativo e elaboração do Plano Operacional*” (BRASIL, 2006). É possível observar, portanto, que nessa etapa houve espaço para um diagnóstico preciso das necessidades locais dos municípios beneficiados. Na fase de diagnóstico e de planejamento deveria ter sido identificado os principais pontos de interesse, as principais demandas, e realizar um mapeamento real da saúde pública local. Se tratava da oportunidade de reconhecer as peculiaridades e necessidades dessas regiões com realidades binacionais, respeitando essas informações no momento da tomada de decisão. No Mato Grosso



do Sul a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio de Convênio com o Ministério da Saúde, ficou responsável de realizar esse diagnóstico (ROCHA, 2019).

Uma vez que ocorresse a aprovação do Diagnóstico Local deveria ser apresentado o Plano Operacional, o qual deveria conter: (i) as estratégias para a garantia de acesso à saúde, e; (ii) as ações necessárias com descrição, previsão orçamentária e programação física e financeira. Havendo a homologação, os recursos previstos para a Fase I do programa, já seriam repassados para o município em questão.

No município de Ponta Porã, o Diagnóstico Local apresentou alguns pontos críticos, que dificultaram a sua elaboração:

(...) dificuldades 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 continuidades aos estrangeiros; grande volume de atendimento local envolvendo procedimentos de maior complexidade; e, por fim, deficiências de infraestrutura na rede de unidades de saúde (ROCHA, 2019).

Uma vez apresentado o Diagnóstico, foi elaborado o Plano Operacional envolvendo as metas e áreas de atuação de aplicação dos recursos destinados:

Tabela 4 – Metas e incentivo do SIS Fronteiras no município de Ponta Porã – Fases II e III

Área de atuação	Meta	Recurso Financeiro – 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	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	38.500,00
Atenção à saúde	Adquirir 2 computadores e duas impressoras para o Serviço de Ambulatório do Hospital Regional Dr. José Simone Neto	7.500,00
Atenção à saúde	Reformar e pintar a parte externa das Unidades PSF Alegrete, Centro Integrado de Saúde, Unidade Geraldo Garcia I e Unidade Central	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	9.000,00
Atenção à saúde	Adquirir 20 kits de instrumental para curativos para as Unidades de Saúde	7.000,00
Atenção à saúde	Adquirir 07 kits para 07 consultórios médicos das Unidades Alegrete, Sanga Puitã e Posto Central.	7.700,00
Atenção à saúde	Adquirir 3 kits mobiliários para sala de vacina das Unidades Andreazza, Alegrete e Geraldo Garcia I	8.000,00
Gestão do trabalho e da educação em saúde	Promover seminário para 60 servidores em avaliação da Atenção Básica e Perfil Epidemiológico	3.692,02
Atenção à saúde	Capacitar 60 profissionais do Hospital Regional e da Rede de Saúde Municipal sobre atendimento de urgência e emergência	5.500,00

Gestão estratégica e participativa	Adquirir 07 kits para salas de educação em saúde das Unidades de Saúde	15.500,00
Vigilância em saúde	Adquirir 1 kit escritório para o setor de Vigilância Epidemiológica	2.000,00
Atenção à saúde	Ampliar as Unidades de Sanga Puitã; Geraldo Garcia I, Posto Central e Alegrete	116.000,00
Vigilância em saúde	Adquirir 1 veículo para rastreamento e busca ativa de casos suspeitos para a Vigilância Epidemiológica	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
Vigilância em saúde	Elaborar 300 cartilhas sobre os cuidados necessários quanto à notificação de doenças compulsórias para distribuição na Rede de Saúde	4.192,02

**Fonte:** Tabela elaborada de acordo com os dados da pesquisa de ROCHA, 2019.

Observando a tabela apresentada é possível perceber que quase a totalidade dos recursos destinados foram alocados em infraestrutura e uma pequena parte em capacitação. Não foi aproveitada a oportunidade para destinar verbas para a criação de programas, softwares, contratação de pesquisas que pudessem ajudar a solucionar os problemas identificados no Diagnóstico Local.

Na fase II, o objetivo principal era estabelecer ações que viessem solucionar as demandas identificadas no Diagnóstico Local realizado na primeira fase e com o aporte financeiro, viabilizar a sua realização por meio da qualificação da gestão, dos serviços e proporcionar a implementação da rede de saúde no município. Em sua análise, Rocha (2019) identificou a ausência de informações no município de Ponta Porã que comprovasse a implantação das ações previstas no plano operacional. Muito embora também tenha sido identificado dificuldade no cumprimento das metas e a existência de algumas pendências, a prestação de contas do município foi devidamente aprovada.

Por fim, a fase III, última etapa do projeto, tinha como finalidade complementar a implantação dos serviços e ações de saúde, ainda observando as metas estabelecidas nas etapas anteriores. O valor destinado nessa fase seria variável de acordo com a necessidade e o desempenho do município nas etapas anteriores. Ponta Porã conseguiu ter aprovado um repasse de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) para a conclusão do programa. A prestação de contas nessa fase também concluiu pelo cumprimento de todas as metas anteriormente estabelecidas, *“ainda que de maneira genérica”* (ROCHA, 2019, p. 76).

Apesar de iniciativa criada com a intenção de compreender a realidade dos municípios localizados em região de fronteira e implementar ações e estratégias alinhadas com o diagnóstico local, ao término do programa não foi possível observar uma solução durável para o problema. Como resultado, o que se conquistou foi uma melhora paliativa e provisória, que

nada resolve os principais problemas da região que são a regulamentação do atendimento ao estrangeiro e a melhora de condições de atendimento da população local (ROCHA, 2019).

## **4 A REALIDADE DA SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI – ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ**

Por fim, este capítulo adentra a discussão sobre o acesso à saúde pública no contexto da região fronteira de Ponta Porã. Compreender as complexidades dessa região é fundamental para analisar a importância de políticas públicas de saúde que realmente funcionem e busquem solucionar as dinâmicas binacionais desta localidade.

As entrevistas realizadas ajudam a compreender como se dá a dinâmica do atendimento à saúde no mundo fático, além de proporcionar um entendimento sobre a percepção do problema do ponto de vista dos atores selecionados. Desse modo é possível verificar como ocorre o acesso à saúde na região de fronteira de Ponta Porã, questão esta que compõem o terceiro e último objetivo específico da presente dissertação.

### **4.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE A EFETIVAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ**

Interessante visão sobre os limites dos estados é a trazida por G. Header (1772) ao destacar a existência de limites internos como os verdadeiros limites naturais que separam um Estado do outro. Tais limites seriam definidos pelos laços culturais – mesma língua, mesma ascendência, mesmos costumes – de um determinado povo (MACHADO, 2005).

Alguns autores falam da construção de uma cidadania global ou regional nessas regiões fronteiriças. A mistura de culturas, hábitos e costumes acaba por sugerir a criação de uma cidadania complementar, quase como uma dupla cidadania, sem, contudo, substituir a cidadania nacional (GIOVANELLA *et al*, 2007).

No caso específico de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero o limite entre as duas cidades é estabelecido por uma rua. Não há uma barreira geológica ou física construída e quem não conhece a localidade, em um primeiro momento, não consegue distinguir onde começa ou termina o território de cada uma das cidades (DOKKO, 2014).

Para compreender qualquer problemática envolvendo dois ou mais estados nacionais é indispensável uma contextualização histórica de seu relacionamento, uma vez que a relação internacional estabelecida entre esses sujeitos, na maioria das vezes pautada em disputas hostis, nos permite compreender as trajetórias tomadas por ambos no curso da história.

Inicialmente, pode-se destacar a dificuldade de obtenção de dados oficiais, principalmente do lado paraguaio, muitas vezes fazendo com que a contextualização se dê com base em previsões e estatísticas do governo e não com dados reais.

No lado brasileiro o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou no ano de 2021, uma população estimada em 95.320 pessoas no município de Ponta Porã, destacando que o último censo ocorreu no ano de 2012. Já a cidade de Pedro Juan Caballero compreende o Departamento del Amambay, o qual possui, no ano de 2019, um total de 169.615 habitantes (IBGE, 2021; INE, 2021)

Conforme demonstra Henrique Sartori de Almeida Prado (2016), ao comparar as cidades-gêmeas a partir de indicadores de PIB, IDH e população, não há uma diferença significativa, havendo uma leve vantagem para a cidade brasileira.

Tabela 5 – Indicadores das cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

<i>Indicadores</i>	<i>Ponta Porã (MS)</i>	<i>Pedro Juan Caballero (PY)</i>
<i>População Estimada</i>	86.717 (2015)	113.872 (2015)
<i>População</i>	77.872 (2010)	88.189 (2002)
<i>Densidade Demográfica (hab/km<sup>2</sup>)</i>	14,61	15,5
<i>GINI</i>	0,44	0,53
<i>PIB per capita (US\$)</i>	5.804,68 <sup>2</sup>	4.014,11 <sup>1</sup>
<i>PIB (US\$)</i>	458.332.000 <sup>2</sup>	354.000.000 <sup>1</sup>
<i>IDH</i>	0,701	0,700

Fonte: PNUD (2014), IBGE (2015)<sup>2</sup>, SEBRAE (2014)<sup>1</sup>, DGEEC (2012; 2015)<sup>1</sup>.

**Fonte:** PRADO, 2016.

Ao buscarmos dados sobre a prestação de atendimento à saúde em solo paraguaio, entretanto, verificamos uma diferença significativa no quantitativo de pessoas que tem acesso a esse direito fundamental. Tal fato se evidencia pela diferença legal das políticas públicas de saúde. Enquanto no Brasil, desde a Constituição de 1988 houve a criação de um sistema de saúde público e universal, o Paraguai continua garantindo acesso à saúde apenas àqueles que fazem parte do Instituto de Previsión Social (IPS) ou que possuam algum outro tipo de seguro de saúde. Como pode-se extrair dos dados abaixo, no ano de 2019, 16,5% da população do Departamento del Amambay possui algum tipo de seguro de saúde, ficando os outros 83,4% totalmente desamparados. É possível observar, ainda, o aumento no percentual de pessoas que não possuem nenhum tipo de seguro de saúde entre os anos de 2017 e 2019 (INE, 2021).

Tabela 6 – Población total por año, según departamento, sexo y tipo de seguro médico (%), 2017 al 2019. Promedio anual.

Departamento, sexo y tipo de seguro médico	2017	2018	2019
Total	164.494	167.012	169.634
IPS	14,9	17	12,1
Outro tipo de seguro	5,4	4	4,4
No tiene	79,7	79	83,4
No disponible	0	-	0,1

Fonte: INE, 2021.

Com uma população local em que 83,4% não possui algum tipo de seguro de saúde que lhe garanta um tratamento adequado, a solução encontrada pelos paraguaios é atravessar a fronteira e buscar atendimento no país vizinho, onde o SUS se apresenta como uma solução gratuita e universal.

É perceptível o impacto que a universalização do sistema de saúde teve no Brasil. A reestruturação das políticas públicas se fez necessária para incorporar as obrigações do Estado, o custeio de infraestruturas físicas, medicamentos, tratamentos, contratação de servidores, e diversos outros custos fundamentais para a garantia do direito à saúde. Até mesmo o Poder Judiciário foi impactado, movimentando diariamente inúmeras ações judiciais que visam a garantia de acesso que está sendo negada (ou mal fornecida) ao indivíduo.

O impacto dessa implementação nas regiões de fronteira não foi diferente e, pode-se afirmar que foi até intensificado justamente em função de sua realidade binacional. Um município localizado em faixa de fronteira, em especial cidades gêmeas, administra não só o fluxo nacional de pessoas que buscam atendimento na área da saúde, mas também, um fluxo migratório dos países vizinhos, que atravessam a fronteira apenas para ter acesso ao SUS, gratuito e, muitas vezes, com qualidade melhor do que o atendimento que teriam em seu país de origem.

Para verificar como ocorreu a implantação do SUS nessas localidades torna-se necessário fazer uma breve explanação sobre aspectos gerais da fronteira, bem como, de conceitos importantes para a presente análise.

#### 4.1.1 Aspectos gerais sobre a fronteira Brasil-Paraguai

A compreensão de alguns conceitos é fundamental para a análise do presente trabalho. Os conceitos de faixa, zona e região de fronteira merecem uma atenção pois nem sempre são pacíficos, existindo algumas divergências entre os pesquisadores.

Porém, antes de conceituar tais institutos, cabe realizar uma breve análise da evolução do conceito de fronteira e limite, eis que sofreu grande transformação desde sua criação até os tempos modernos. Segundo Lia Osório de Machado (2005), a primeira ideia que se propõe a definir um conceito para o limite entre dois territórios é encontrada na Europa, determinando que *“os limites de um estado seriam os limites do reino ou – em tempos pós-coloniais, os limites da colônia de onde o novo estado emergiu”*. Evidente que tal conceito se mostra superado por não comportar as atuais noções de território.

Ainda, conforme a referida autora, apenas nos séculos XVIII e XIX que o *“conceito de soberania foi formalmente traduzido na concepção do território do Estado como espaço delimitado e policiado pela administração soberana”*. Começa a surgir uma preocupação com a demarcação dos limites territoriais, em especial com o avanço dos estudos de topografia. Os primeiros tratados de limites são estabelecidos entre as principais potências europeias, também, dando origem aos primeiros moldes do que vem a ser o direito internacional moderno (MACHADO, 2005).

Como destaca José Lindomar C. Albuquerque (2010), uma diferença entre os impérios antigos e o Estado moderno é justamente a fundamentação deste no território e em fronteiras bem definidas em nome de uma soberania nacional.

Outra contribuição fundamental para o conceito de Estado-nação surge a partir da contribuição dos filósofos políticos europeus do século XVII e XVIII. A organização de grupos baseada em laços de parentesco, bem como, de comunidades nas quais a criação de uma lei, aplicada em um território específico reconhece direitos mútuos e permite a identificação desse grupo de pessoas como um “povo”. Essa linha de pensamento foi evoluindo até a concepção da nacionalidade como uma fonte de identidade desse povo. Há aqui o estabelecimento da fronteira a partir da língua, cultura, tradições e história de um povo, permitindo que seus integrantes reconheçam uns aos outros (MACHADO, 2005).

Machado ainda cita o posicionamento de Giovanni Arrighi que destaca a importância do Tratado de Vestfália, de 1648, na constituição do atual sistema de estados nacionais, uma vez que, por meio do referido tratado *“foi abolida a existência de uma autoridade ou organização acima dos Estados soberanos (ARRIGHI apud MACHADO, 2005)*.

Diante do estabelecimento desses limites juridicamente organizados, termos como faixa de fronteira, zona de fronteira e região de fronteira passaram a ganhar destaque, por apresentarem um estilo de vida híbrido, onde ambas as nacionalidades se confundem. Uma vez que o presente trabalho se propõe a analisar uma dessas regiões, uma correta conceituação se faz necessária.

Rebeca Steimann (2002) define a faixa de fronteira como sendo uma faixa estabelecida pelo próprio Estado por meio de lei. Para a autora, região de fronteira é “*a região no interior da qual os fluxos transfronteiriços acarretam efeitos concentrados*”, ressaltando, ainda, que ela pode coincidir ou não com a faixa de fronteira. Por fim, “*a soma das regiões de fronteira de dois ou mais Estados limítrofes é o que se considera aqui como zona de fronteira*”.

Dando maior ênfase à faixa de fronteira, por se tratar da área onde o município de Ponta Porã se encontra localizado, cabe mencionar que na legislação brasileira ela está prevista no artigo 20, §2º da Constituição Federal de 1988 que estabelece em até 150 quilômetros de largura a faixa de fronteira terrestre, considerada fundamental para a defesa do território nacional. Sua utilização é regulada pela Lei 6.634/79 e pelo Decreto nº 85.064/80 (SCHERMA, 2012).

Apesar da faixa de fronteira ter importância nacional desde o período colonial, uma vez que se destaca como região fundamental para a garantia da soberania e independência nacional, bem como, por sua função estratégica de segurança territorial do país, apenas em 1979 houve a sua regulamentação por meio da referida Lei nº 6.634 e, posteriormente, a reafirmação de sua relevância ao ser inserida no texto constitucional (KRUGER, *et al* 2017).

A legislação do Paraguai estabelece uma *zona de seguridad fronteriza* de 50 quilômetros, prevista na Ley nº 2.532/05 e regulamentada pelo Decreto nº 7.525/11.

Figura 8 – Faixa de Fronteira do Brasil.



Fonte: MARINHO, 2020.



O Brasil tem uma Faixa de Fronteira extensa (15.719 km), tradicionalmente tratada como local de isolamento que se configura hoje como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico marcada por profundas iniquidades sociais. Contudo, é faixa não homogênea apresentando em sua linha espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos, sociais.

Segundo dados das Comissões Brasileiras Demarcadoras de Limites, apenas com o Paraguai, o Brasil possui uma extensão de 1.365 km de fronteira, divididos entre os Estados de Mato Grosso do Sul e do Paraná. São 437 km de linha seca e 928 km de rios, lagos e canais (ENGEL, 2010).

Desde a formação dos dois Estados a delimitação de limites e fronteiras entre o Brasil e o Paraguai foi sempre conturbada. Até 1838 a diplomacia brasileira pouco se preocupava com a definição de seus limites. Entretanto, a partir de 1834 com a Guerra do Rio Grande do Sul e a agitação do Uruguai, o Brasil passou a enfrentar sério risco de segurança em suas fronteiras. Nesse cenário, a problemática dos limites passou a ser prioridade nacional (OLIVEIRA, 2008).

Negociações pacíficas começaram a ser realizadas com o governo paraguaio para a definição dos limites dos dois países. A principal preocupação brasileira era assegurar a sua livre navegação na Bacia da Prata, principal rota de contato entre o Rio de Janeiro e a província do Mato Grosso. Em contrapartida, essa livre navegação era utilizada pelo Paraguai como barganha para obter limites mais vantajosos. Os primeiros tratados entre os dois países começaram a ser rascunhados em 1844, embora não tivessem êxito em sua ratificação por parte dos governos (OLIVEIRA, 2008).

As negociações sobre os limites entre o Brasil e o Paraguai foram interrompidas aumentando a tensão entre os dois países e culminando na Guerra da Tríplice Aliança no ano de 1864. O desfecho da guerra levou a assinatura do Tratado de Limites no ano de 1872, ocasião e que o Paraguai perdeu para os territórios aliados os territórios que estavam sob litígio ou sob a soberania destes (OLIVEIRA, 2008). Diversas pendências permaneceram em debate durante algum tempo, o que apenas se resolveu no ano de 1927, ocasião em que ocorreu a assinatura do Tratado Complementar de Limites (ALBUQUERQUE, 2010).

A criação da usina de Itaipu também pode ser considerada um marco na política internacional de negociações para se estabelecer os limites e estreitar o relacionamento entre o Brasil e Paraguai, em especial por ter ampliado a influência brasileira sobre o Paraguai, reduzindo a influência da Argentina sobre o território. Estabeleceu-se uma relação concreta entre os países vizinhos favorecendo a integração regional (NETO, 2012).

É necessário destacar que apesar do reconhecimento internacional dos limites e fronteiras, as relações interpessoais continuam em constante evolução, surgindo complexos organismos de intercâmbio não-estatais, tais como, “comunidades, corporações, organizações redes de solidariedade, redes de informação, baseados nos interesses mais diversos” e que ameaçam o poder organizador e regulador dos Estados (MACHADO, 2005).

Ao considerar as relações estabelecidas entre esses países não é possível enquadrá-las em um conceito simplista de “interdependência”, que se refere a qualquer situação em que exista uma relação entre um ou mais países, produzindo efeitos recíprocos. Nas palavras de Nye, a interdependência “refere-se a situações nas quais os protagonistas ou os acontecimentos em diferentes partes de um sistema afetam-se mutuamente. Simplificando, interdependência significa dependência mútua” (2009, p. 250). O autor ainda destaca que não se trata de uma situação boa ou ruim, dependendo de como ela ocorrerá na prática.

Tais relações estão melhor conceituadas a partir da teoria de interdependência complexa que é verificada a partir da existência de múltiplos canais conectando os países envolvidos, relativizando a importância das fronteiras de modo a favorecer a atuação de determinados atores. Ainda, segundo os autores é possível sua verificação a partir do surgimento de uma agenda múltipla, sem a existência de uma hierarquia, permitindo que temas econômicos, ambientais ou sociais possam ser tão importantes quanto a segurança pública. A força militar deixa de ocupar um lugar de destaque como instrumento de política externa e elos transnacionais entre corporações de negócios ganham cada vez mais destaque no cenário internacional (KEOHANE; NYE, 2001).

Para a interdependência complexa a política mundial se estabelece a partir de uma inversão dos pilares do modelo realista. Assim, (a) os estados não seriam os únicos protagonistas importantes, ocupando essa posição, protagonistas transnacionais que atuam através das fronteiras desses estados; (b) a força também deixa de ser o único instrumento importante, passando à manipulação econômica e o uso de instituições internacionais como instrumentos dominantes, e; (c) a segurança deixa de ser a meta dominante, passando esse posto para a guerra (NYE, 2009).

Evidente que ao considerarmos os efeitos da criação de um sistema único de saúde e somarmos à existência de fronteiras cada dia mais formais e menos fáticas, diante do estabelecimento de relações comerciais e sociais entre cidades vizinhas, consideradas como cidades gêmeas conforme a legislação brasileira, é possível verificar clara relação de interdependência entre os países, podendo ser verificadas especificidades na prestação do serviço à saúde existentes apenas nessas localidades. Há clara transformação do cotidiano

dessas regiões, as quais estabelecem regras próprias para solução dos conflitos ou para suplementação da ausência de norma.

A fronteira Brasil-Paraguai se destaca pela quantidade de processos transfronteiriços existentes, possuindo um grande fluxo de comércio de fronteira, transmigração de trabalho e estudantes que se utilizam, tanto dos sistemas brasileiros, quanto paraguaios, como é o caso das inúmeras faculdades de medicina existentes no país vizinho (CARNEIRO FILHO, 2013).

#### **4.1.2 As consequências locais da implantação do SUS**

Conforme já salientado, as fronteiras adquirem uma atenção especial em razão de suas particularidades que permitem uma análise única dos processos de integração de cada país. Tal situação ocorre em razão da convivência rotineira de sistemas políticos e monetários, bem como, políticas de proteção social e de segurança muitas vezes totalmente diferentes, como ocorre no caso do sistema de saúde brasileiro e paraguaio que, embora distintos, presenciam um fluxo de produtos, serviços e pessoas, oriundos da integração dessas regiões, o que exige a construção de políticas específicas para a garantia de um direito universal à saúde.

A existência de famílias binacionais favorece a procura pelo SUS por estrangeiros com familiares no Brasil. Essa busca de estrangeiros por serviços de saúde nos municípios localizados em faixa de fronteira é uma realidade que não pode ser ignorada e que impacta na organização das políticas municipais. Além dos impactos administrativos, é necessário destacar que as zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, criando um cenário de compartilhamento de problemas de saúde que exigem ações conjuntas entre os países para o alcance de controles satisfatórios. Toda essa dinâmica intensifica as dificuldades que o sistema de saúde brasileiro já vivencia diariamente, resultando frequentemente situações não previstas no momento de aplicação das políticas públicas. Evidente, portanto, que essas questões dificultam a garantia do direito à saúde (GIOVANELLA, 2007).

Outra realidade presente nessas localidades é a busca por atendimento de saúde por parte de brasileiros que moram no país estrangeiro. Carneiro Filho (2013) destaca que esses brasileiros mantêm um vínculo com os familiares que permanecem residindo no Brasil, inclusive participando de eleições em solo nacional e fazendo uso do sistema de saúde brasileiro, utilizando serviços médicos, hospitalares e dos postos de saúde.

De modo a diminuir esses impactos é possível observar a criação de barreiras de acesso restritivas ao estrangeiro que busca o atendimento no SUS. Conforme anteriormente salientado, a Constituição Federal de 1988 assegura que a saúde é “*direito de todos e dever do estado*” e

a Lei nº 8.080 reforça que a *“a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”*, não deixando dúvidas quanto ao caráter humanitário do direito à saúde. De fato, não há expressa previsão na legislação nacional acerca do dever de atendimento do estrangeiro, entretanto, além do princípio da igualdade previsto no artigo 5º da Constituição, a atual Lei de Migração nº 13445, de 24 de maio de 2017, estabelece expressamente ao migrante localizado em território nacional, igualdade de condições com os brasileiros, inclusive quanto ao acesso aos direitos sociais, em especial no tocante a serviços públicos de saúde e assistência social, ficando vedada qualquer forma de discriminação pela nacionalidade ou condição migratória do estrangeiro, reforçando, assim a possibilidade (ou ainda, dever) em prestar atendimento ao estrangeiro (BRASIL, 2017).

A dinamicidade da fronteira é evidente em praticamente todos os tipos de relação social e cultural. O trabalho, a educação, o consumo, são marcados pela existência de uma coletividade de culturas, hábitos e padrões (AIKES, 2017). A existência de sistemas políticos, monetários, de segurança e mecanismos de proteção social divergentes criam um cenário repleto de desafios para o SUS nas cidades localizadas em faixa de fronteira, em especial para as cidades gêmeas, o que não consegue ser solucionado por políticas públicas gerais (GIOVANELLA *et al*, 2007).

Em especial no tocante a área da saúde pública, as fronteiras jurídicas não se apresentam como obstáculos para a proliferação de doenças e epidemias na fronteira. A existência de problemas de saúde compartilhados exige um trabalho conjunto para o efetivo controle da disseminação de doenças e para a garantia do acesso universal à saúde (AIKES, 2017).

A realidade vivenciada por essas localidades demonstra que não há espera por uma adequação legislativa para solucionar os seus problemas. Dentro da própria dinâmica de atendimento à saúde há a comunicação entre os sistemas de saúde de ambas as regiões, no sentido de que *“os indivíduos atravessam a fronteira na busca de serviços não oferecidos e/ou com melhor qualidade se comparados com os disponíveis onde residem”* (GALLO *apud* AIKES, 2017), o que representa uma situação totalmente inadequada do ponto de vista normativo.

Em um movimento restritivo e contrário a dinâmica fronteiriça, o Estado utiliza-se de aparatos de controle que visam restringir esses movimentos e o consequente acesso do estrangeiro ao SUS (AIKES, 2017). Além de não resolver o problema existente, essas normas restritivas criam novas situações, uma vez que, para ter acesso ao SUS, o estrangeiro e o brasileiro utilizam de artifícios para *“driblar”* a norma, por exemplo, apresentar comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros (GIOVANELLA *et al*, 2007). Essas medidas acabam atingindo o único fim de burocratizar ainda mais o acesso à saúde.

Em pesquisas realizadas em conjunto pela Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde e Núcleo de Estudos Políticos Sociais em Saúde, no ano de 2005, foram constatadas quantidades e espécies de serviços prestados em vários municípios em região de fronteira nos estados de Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, demonstrando de forma cabal que esse fluxo de atendimento pelo SUS está presente na maior parte dos municípios fronteiriços (GIOVANELLA *et al*, 2007).

Tabela 7 – Acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS, segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Variáveis	Mato Grosso do Sul com o Paraguai (%)	Rio Grande do Sul com o Uruguai (%)	Rio Grande do Sul com a Argentina (%)	Santa Catarina com a Argentina (%)	Paraná com a Argentina (%)	Paraná com o Paraguai (%)
Busca de atendimentos no SUS por estrangeiros						
Nunca acontece	<b>0</b>	0	22,2	50	37,5	20
Pouco Frequente	<b>36,4</b>	50	50	20	25	40
Frequente	<b>27,3</b>	20	16,7	10	37,5	40
Muito frequente	<b>27,3</b>	30	11,1	20	0	0
Busca de atendimentos no SUS por brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira						
Nunca acontece	<b>0</b>	0	11,1	70	0	0
Pouco Frequente	<b>9,1</b>	40	33,3	0	12,5	0
Frequente	<b>27,3</b>	20	50	20	50	50
Muito frequente	<b>63,6</b>	40	5,6	10	37,5	40
Direito ao atendimento no SUS no município						
Todos os estrangeiros	<b>36,4</b>	60	77,8	80	62,5	100
Estrangeiros com dupla nacionalidade	<b>0</b>	20	5,6	10	0	0
Estrangeiros residentes no município	<b>27,3</b>	20	0	0	12,5	0
Nenhum estrangeiro	<b>9,1</b>	0	0	0	0	0
Prestação de atendimento a estrangeiros que buscam o SUS municipal						
Somente em caso de emergência	<b>36,4</b>	40	33,3	20	12,5	20
Para outros serviços além de emergência, mas depende do tipo de ação	<b>54,5</b>	40	38,9	30	37,5	10
Sim, para todos os serviços	<b>9,1</b>	20	27,8	50	50	70
Documentação exigida para atendimento no SUS						
Documento de Identidade	<b>90,9</b>	80	38,9	80	87,5	60
Comprovante de residência	<b>72,7</b>	50	5,6	80	62,5	50
Documento de identidade + comprovante de residência	<b>72,7</b>	50	5,6	80	62,5	50

**Fonte:** Adaptado da pesquisa de GIOVANELLA *et al*, 2007.

Analisando os dados acima é possível observar que dentre os municípios pertencentes ao Estado de Mato Grosso do Sul, o qual possui a maior extensão de fronteira com o Paraguai, todos possuem algum tipo de atendimento no SUS por parte de estrangeiros e brasileiros residentes na cidade estrangeira. A pesquisa ainda revela que nas fronteiras do Paraná e do Mato Grosso do Sul, o atendimento de brasileiros residentes no país estrangeiro pelo SUS é frequente ou muito frequente em cerca de 90% dos municípios investigados. Ou seja, não apenas o atendimento dos estrangeiros pelo SUS impacta os municípios localizados em faixa de fronteira, mas também o atendimento de nacionais que optam por residir no país vizinho. Como resultado, o município que presta o atendimento não recebe o retorno financeiro por se tratar de pessoas que não são contabilizadas com residentes locais.

No que tange ao atendimento específico dos estrangeiros no Estado do Mato Grosso do Sul, a pesquisa revela que em 54,6% dos municípios entrevistados, a busca pelo atendimento no SUS por estrangeiros é frequente ou muito frequente. Apenas 9,1% dos municípios entrevistados afirmam que nenhum estrangeiro tem direito ao atendimento no SUS no município. Cabe aqui salientar que tal entendimento caminha em discordância das normas federais que regulamentam o SUS e a situação do migrante no país.

Reforçando a ideia de desenvolvimento autônomo das regiões de fronteira, mesmo diante da ausência de normativa que regulamente o atendimento de estrangeiros pelo SUS, a referida pesquisa mostra que 70% dos municípios do Estado do Mato Grosso do Sul afirmam realizar os atendimentos dos não nacionais. Apenas 28% dos municípios informaram realizar os atendimentos somente em situações emergenciais.

Quanto aos tipos de atendimentos e recursos buscados no sistema público de saúde brasileiro é possível perceber um amplo atendimento, em especial dos estrangeiros vindos do Paraguai. O atendimento não se restringe às consultas médicas. Medicamentos, vacinas, partos, internação hospitalar, exames e radiodiagnósticos são buscados em quase a totalidade das cidades que fazem fronteira com o Paraguai.

Tabela 8 – Tipos de atendimentos buscados frequente e muito frequente por estrangeiros no SUS do município por país de fronteira, segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Ações demandadas	Paraguai (%)	Argentina (%)	Uruguai (%)
Medicamentos	<b>78,9</b>	54,2	55,6
Consulta medida de atenção básica	<b>78,9</b>	45,8	66,7
Imunização	<b>77,8</b>	37,5	44,4
Parto	<b>88,9</b>	40	33,3
Exame de patologia clínica	<b>73,7</b>	30	60
Emergência	<b>78,9</b>	26,1	30
Pré-natal	<b>63,2</b>	37,5	30
Internação hospitalar	<b>72,2</b>	33,3	22,2

Atenção odontológica	<b>38,9</b>	37,5	44,4
Radiodiagnóstico e imagem	<b>80</b>	28,6	40
Consulta médica especializada	<b>42,9</b>	25	40
Procedimentos de alta complexidade	<b>28,6</b>	25	25

**Fonte:** Adaptado da pesquisa de GIOVANELLA *et al*, 2007.

Os dados apresentados destacam que a procura por atendimento de saúde pelo SUS é uma realidade. Os próprios secretários de saúde dos municípios investigados apontam a ausência ou insuficiência de serviços públicos no país, bem como, a proximidade geográfica com as cidades brasileiras como os principais responsáveis pelo fluxo de estrangeiros que buscam atendimento no SUS (GIOVANELLA *et al*, 2007).

Outro ponto de destaque é o fato de grande parte dos municípios não se preocuparem com a quantificação desses atendimentos prestados para estrangeiros. A pesquisa realizada aponta que quase 70% dos municípios entrevistados não mantêm registros de atendimento prestado ao estrangeiro, muito embora reconheçam se tratar de uma demanda elevada e que afeta diretamente a oferta dos serviços do SUS (GIOVANELLA *et al*, 2007).

Uma questão que não fica clara é se esses atendimentos de fato sobrecarregam o atendimento pelo SUS nessas localidades, uma vez que os repasses federais para estruturação do sistema público de saúde são em grande parte de alocação *per capita*, o que desconsidera todo o fluxo de estrangeiros e nacionais não residentes no Brasil que recebem o atendimento público gratuito.

O grande desafio das políticas públicas de saúde da fronteira está justamente em reconhecer as particularidades dessas regiões e desenhar estratégias especificamente pensadas a partir da situação de sobrecarga do SUS nessas localidades. A implantação de uma política de saúde pública pensada a partir da falta de leitos e falta de estrutura em um município da grande São Paulo, por exemplo, não terá a mesma eficácia em um município de região de fronteira, pois, as causas de sobrecarga do SUS divergem em sua natureza, exigindo também soluções próprias. Entretanto, apenas uma investigação local pode evidenciar existe uma percepção desses problemas por parte dos gestores públicos e se eles preveem tais necessidades na determinação de novas políticas públicas de saúde.

## 4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Além dos documentos e bibliografias analisadas se fez necessário a realização de entrevistas com o objetivo de extrair de atores selecionados a real situação do acesso à saúde pública no município de Ponta Porã.

Essa etapa do trabalho foi realizada, em parte, com dois atores centrais no desenvolvimento das políticas públicas de saúde: *(i)* o Secretário Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul e *(ii)* o Secretário Municipal de Saúde de Ponta Porã, ambos em exercício no ano de publicação deste trabalho; e, também, com dois atores operacionais, que observam os impactos reais do acesso à saúde pública e sua negativa: *(iii)* o Diretor do Hospital Regional de Ponta Porã e *(iv)* o Defensor Público do município de Ponta Porã. Ainda houve a tentativa de entrevista de ex-Ministro da Saúde para analisar a visão do governo federal sobre o tema, mas sem sucesso.

Por se tratar de um grupo de entrevistados qualitativos e não quantitativos, o autor optou pela realização de questionamentos abertos para que os entrevistados pudessem expor de forma ampla a sua visão sobre a temática. Duas das entrevistas aconteceram por vídeo conferência, enquanto as demais, por motivo de agenda, não puderam ser realizadas, ocasião em que os entrevistados encaminharam as respostas por escrito.

Para compreender de forma mais ampla a visão de cada um dos entrevistados, o autor opta por abrir um tópico para expor uma síntese de cada uma das entrevistas, correlacionando-as sempre que oportuno.

### 4.2.1 Entrevista realizada com o Secretário Municipal de Saúde

A entrevista com o Secretário Municipal de Saúde de Ponta Porã se deu por meio de resposta escrita. Não foi possível a realização de um encontro presencial ou por vídeo chamada, oportunizando um diálogo mais aberto sobre cada uma das questões.

O primeiro ponto que merece destaque é o reconhecimento por parte da Secretaria de Saúde do município da procura de atendimento ao SUS por parte de estrangeiros residentes no país vizinho. Apesar de não dispor de dados oficiais o entrevistado informou uma estimativa de 2 mil atendimentos mensais. Quando questionado sobre as principais demandas desses estrangeiros foi dado destaque às especialidades como cardiologia e ortopedia e, no contexto atual, à vacinação contra o vírus COVID-19.



Sobre a existência de protocolos específicos para o atendimento dos estrangeiros o entrevistado informou que, além da obrigatoriedade de estar com sua condição regular no país, o estrangeiro deve apresentar os seguintes documentos: Registro Nacional de Estrangeiro (RNE) ou certidão de atualização ativa, o cartão SUS e comprovante de residência. Pelo fato da entrevista não ter ocorrido de forma presencial não foi possível questionar o entrevistado sobre a ocorrência de apresentação de documentos falsos para garantir o acesso à saúde desses estrangeiros, entretanto, vale destacar que o durante a entrevista com outros entrevistados foi informado que essa é uma prática comum no município.

A realidade binacional do município cria um cenário onde as famílias que ali se formam não respeitam limites geográficos. Não há uma divisão clara entre brasileiros e paraguaios, se fazendo comum situações em que as famílias se estendem em ambas as nacionalidades, alguns morando no território brasileiro e outros no país vizinho. Segundo um dos entrevistados é comum a apresentação de comprovante de residência de um familiar para buscar o atendimento de que precisa.

Ao ser questionado sobre a existência de políticas públicas de saúde que consideram as necessidades locais foi informado apenas que sim, sendo sugerida a necessidade de um plano nacional de verbas específicas para o atendimento ao estrangeiro como uma possível solução para a questão em pauta. Sobre os impactos do SIS Fronteiras o entrevistado informou que não estava na gestão municipal no momento da implantação do programa, mas que as ações foram suficientes para solucionar os problemas da época.

O entrevistado ainda manifestou ser favorável ao atendimento do estrangeiro pelo SUS, desde que regularizada a situação atual, pois da parte do município não há negativa de atendimento aos estrangeiros em caso de atendimentos emergenciais, entretanto, não ocorre os devidos repasses financeiros para esses atendimentos. Como uma sugestão para otimizar o atendimento dos estrangeiros foi informada a necessidade de facilidades e agilidades no fornecimento dos documentos de regularização da situação desse estrangeiro pela Polícia Federal. O entrevistado também não acredita que a população local tem qualquer prejuízo pelo atendimento dos estrangeiros, uma vez que a maior parte desses atendimentos são de urgência, situação em que não há a negativa de atendimento para ninguém, brasileiro ou estrangeiro, pelas próprias diretrizes do SUS.

Por fim, ao ser questionado sobre a necessidade de diálogo com o país vizinho e de que modo a experiência com o COVID-19 intensificou essa necessidade, o entrevistado destacou a importância do diálogo para avaliar medidas a serem adotadas para contenção deste e de futuros vírus, sendo fundamental também para os estudos das políticas públicas atuais e

planejamento de outras, além da criação de protocolos, medidas e mecanismos para o enfrentamento de crises pandêmicas.

#### 4.2.2 Entrevista realizada com o Secretário Estadual de Saúde

A entrevista com o Secretário Estadual de Saúde também não foi realizada de forma presencial ou por vídeo chamada, portanto, os questionamentos apresentados não puderam ser aprofundados.

Por se tratar de gestor estadual no âmbito da saúde pública, optou-se por iniciar a pesquisa questionando sobre como está a evolução do SUS no Estado do Mato Grosso do Sul. Na visão do entrevistado, houve mudanças expressivas no financiamento da saúde pelo Ministério da Saúde, o que favorece o crescimento e organização do SUS no Estado. O entrevistado dá destaque para: (i) a priorização da atenção primária, o que incentiva o fortalecimento da adoção e cumprimento de indicadores de efetividade e desempenho no atendimento à população; (ii) a criação do Programa Saúde na Hora, que oferece incentivo financeiro para a ampliação do horário de atendimento à população, aumentando o acesso à consultas médicas e odontológicas, coletas de exames e aplicação de vacinas, e; (iii) a alteração do financiamento do SUS, que passou a ser por capitação ponderada, onde o pagamento ocorre com base no número de pessoas captaadas pelo serviço, ponderando por critérios de risco e vulnerabilidade e valor fixo por pessoa, o que, também, resulta em uma melhora no registro de usuários, pois o financiamento fica atrelado aos resultados obtidos.

Questionado sobre a existência de dados à nível estadual do atendimento de estrangeiros pelo SUS, o entrevistado destaca a possibilidade de identificação do atendimento de estrangeiro no momento do seu cadastro no local de atendimento. Destaca, ainda que, na base municipal é possível realizar o levantamento de atendimentos de estrangeiro por meio do ESUSab - o autor não conseguiu acesso a tais dados.

Figura 9 – Ficha de cadastro para atendimento na atenção básica

SAÚDE atenção básica		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR		MICROÁREA*
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				<input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO**					
NOME SOCIAL:				DATA DE NASCIMENTO:**	SEXO* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
RACA/COR* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia**		NF NS (PIS/PASEP)	
NOME COMPLETO DA MÃE*					
<input type="checkbox"/> Desconhecido					
NOME COMPLETO DO PAI**					
<input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizada		<input type="checkbox"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:**	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**		DATA DE NATURALIZAÇÃO:**	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL**		TELEFONE CELULAR ( )		E-MAIL:	

**Fonte:** Fornecido pelo Secretário Estadual de Saúde, em resposta ao questionário apresentado.

O entrevistado ainda se posicionou sobre o questionamento de que o acesso à saúde ao estrangeiro pudesse trazer algum tipo de prejuízo à população local. Em um primeiro momento, ele destacou a existência de duas situações diferentes. A primeira do estrangeiro que está regularmente no lado brasileiro, residindo e trabalhando, o qual entra para a contagem do IBGE como residente no município e, desta forma, garante o repasse de verba para o financiamento da saúde. A segunda situação, dos estrangeiros que não residem no município e mesmo assim, buscam a rede pública de saúde para atendimento, pode sim impactar diretamente os atendimentos dos brasileiros e o financiamento do SUS. O entrevistado ainda destaca a dificuldade de continuidade de tratamento do estrangeiro que, muitas vezes, tem o acesso ao SUS para o tratamento de emergência, mas não consegue sua continuidade. Para estes casos, destaca a importância da formalização de políticas específicas entre os países que fazem fronteira com os municípios brasileiros, para a garantia do acesso à saúde ao estrangeiro, sem o prejuízo para a população brasileira, ressaltando, ainda que o cenário ideal seria a possibilidade de financiamento também dos procedimentos/atendimentos ofertados aos estrangeiros que não comprovam vínculo de moradia no município, permitindo assim a correção distribuição de recursos e a possibilidade do município promover a estrutura ideal para o atendimento de nacionais e estrangeiros.

Sobre a existência de políticas públicas de saúde, o entrevistado reconhece que há a necessidade de melhorar as normativas existentes, especificamente em relação aos municípios de fronteira, diante da sua condição específica de atendimento de estrangeiros, além dos nacionais ali residentes. O entrevistado destaca a publicação do Protocolo Estadual de Atendimento de Saúde ao Migrante no Estado de Mato Grosso do Sul, aprovado pela Resolução nº 42/CIB/SES, de 19 de março de 2021. Entretanto, a referida norma apenas formaliza os procedimentos que já existiam na prática, garantindo acesso à atendimento emergencial e/ou de urgência para o estrangeiro que não estiver residindo regularmente no país, o que já era garantido pela Lei nº 13.445/17 (Lei da Migração) e pelos protocolos de atendimento do SUS.

Quanto ao fornecimento de atendimento pelo SUS ao estrangeiro, o entrevistado entende que a nossa legislação garante o direito de acesso ao estrangeiro. E sobre a existência de diálogo com o país vizinho para articular uma possível solução para o problema, o entrevistado não sabe informar se existe.

### 4.2.3 Entrevista realizada com o Diretor do Hospital Regional

O entrevistado reforça a ocorrência do atendimento pelo SUS de estrangeiros, mencionando que isso faz parte do cotidiano pela proximidade entre os dois municípios e pela diferente estruturação do sistema de saúde dos dois países.

Entre as maiores demandas buscadas por parte dos estrangeiros, o entrevistado destaca a procura pela realização de partos pelo SUS. O mesmo menciona que as paraguaias, quando estão perto de entrar em trabalho de parto ficam nos arredores do hospital, assim, uma vez que precisem do atendimento emergencial, não há como haver uma negativa. Tal prática, além de comum, traz grandes transtornos para os médicos e também para as estrangeiras, pois, a situação do parto ocorre sem um acompanhamento prévio da gestação (pré-natal) dessas mulheres e, ainda, se concretiza sem a possibilidade de um acompanhamento pós-parto, diante da irregularidade dessas mulheres no país. Além da melhor estrutura e da gratuidade do atendimento no SUS, essa conduta se justifica pela tentativa de facilitar o registro dos filhos como brasileiros, uma vez que nasceram em solo nacional.

Além dos paraguaios, o entrevistado menciona a existência de dois públicos de grande volume que também utilizam o SUS no município e que não são computados no momento do repasse de verbas para o financiamento do sistema de saúde: os brasiguaios, nacionais que residem no país vizinho, mas que, por sua condição de brasileiro, tem acesso garantido ao SUS, e; os estudantes de medicina que, apesar de viverem e utilizarem todos os recursos público no município, não são computados pelo censo como residentes do município de Ponta Porã e, sim, de sua cidade de origem. Apesar da ausência de contagem oficial, o entrevistado estima a existência de 30 mil pessoas entre estudantes e brasiguaios que, apesar de não contarem no censo demográfico do município, acabam utilizando o SUS regularmente.

O entrevistado destaca a necessidade de documentação que comprove a condição de brasileiro para o atendimento fora das situações de urgência. Por esse motivo, é recorrente a tentativa de apresentação de documentos falsos para garantir o atendimento. Nos casos de urgência, o hospital presta os atendimentos necessários, independentemente de ser brasileiro ou paraguaio e, assim que tiver alteração de quadro, o paciente é dispensado. Por ocasião do COVID-19, mesmo com o fechamento das fronteiras o hospital prestou vários atendimentos de emergência, precisando, em alguns casos, internar o paciente estrangeiros nos leitos de UTI.

Na visão do entrevistado esses foram os únicos momentos em que o atendimento de um estrangeiro, pelo SUS, pode ter privado um brasileiro do acesso à saúde, destacando que a pandemia decorrente do COVID-19 impactou negativamente todo o mundo, inclusive com

países europeus ficando seus hospitais lotados em determinados períodos. No cotidiano, segundo o entrevistado, o atendimento do estrangeiro não compromete o acesso dos brasileiros ao SUS.

Sobre a existência de dados estatísticos desses atendimentos de estrangeiros, o entrevistado afirma que há o registro de atendimento e internação, porém, esses dados não são contabilizados de forma estatística. Destaca, ainda, que não se trata de grande número de pessoas atendidas, estimando que a cada 700 internações que ocorrem em média por mês, uma ou duas seriam de estrangeiros.

Questionado sobre a participação do hospital na elaboração de políticas públicas de saúde no município, o entrevistado informou que o hospital participa do Conselho Municipal de Saúde e mantém um bom relacionamento com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo de conhecimento dos gestores as situações vivenciadas no dia a dia. Quando questionado se as normas (leis e atos administrativos) seriam suficientes para estabelecer diretrizes de atendimento de estrangeiros pelo SUS, o entrevistado destacou estar claro pelas normas do SUS e acordos internacionais que existe a obrigação de atendimento em casos de emergência/urgência. No tocante às demais situações de atendimento de estrangeiros não há normas que estabeleçam as diretrizes a ser seguida.

Sobre a existência de parcerias entre os dois municípios, o entrevistado destaca a falta de diálogo, o que resulta na inexistência de medidas e soluções que poderiam solucionar o problema de acesso à saúde por parte dos estrangeiros.

#### **4.2.4 Entrevista realizada com o Defensor Público**

Por fim, a escolha da Defensoria Pública como um dos atores a ser entrevistado se mostrou importante por se tratar de órgão que evidencia na prática a falta de efetividade dos direitos e garantias do indivíduo, servindo como um termômetro, por exemplo, para analisar se os gestores públicos vem conseguindo garantir um mínimo de acesso aos direitos sociais, neste caso, ao direito à saúde.

Questionado sobre como está o acesso à saúde pública no município de Ponta Porã, o entrevistado fez uma comparação com outras comarcas do Estado, verificando que o município de Ponta Porã possui uma estrutura que supera outras localidades, como por exemplo, Porto Murtinho, oferecendo especialidades inexistentes naquela localidade. Na visão do entrevistado, existem alguns problemas endêmicos no município, porém, que também são observados à nível estadual e federal. Destaca, ainda, que existe uma demanda considerável de ações que visam o

acesso à saúde, mas pela natureza do atendimento da Defensoria que socorre a parcela de população mais carente e não por condições específicas do município.

Dentre as principais demandas de saúde que buscam a judicialização por meio da Defensoria Pública, a procura por medicamentos ganha destaque, desde medicamentos específicos até alguns medicamentos mais comuns que, às vezes, não são garantidos ao indivíduo. Outra demanda de destaque é a busca pela garantia de procedimentos ortopédicos, os quais, por conta de longas filas de espera, acabam necessitando, em alguns casos, de judicialização para viabilizar o procedimento e sanar a enfermidade da pessoa.

Sobre o acesso do estrangeiro ao SUS, o entrevistado destaca a ausência de diferenciação entre o estrangeiro e o brasileiro, desde que aquele esteja regular em solo nacional. Entretanto, destaca que pelo Tratado do MERCOSUL a pessoa possui residência livre, precisando apenas fazer a solicitação junto à Polícia Federal para regularizar sua situação no Brasil, porém, considerando a facilidade de trânsito de um país para o outro, em razão da fronteira seca, não é incomum pessoas residirem anos no Brasil sem essa regularização e acabarem eventualmente necessitando dos serviços do SUS. O trabalho informal acaba facilitando essa situação, pois, o estrangeiro consegue manter o vínculo empregatício sem se regularizar no país.

Outro ponto que merece destaque na entrevista é a percepção, por parte do entrevistado, de um modo de vida diferente de regiões centrais do país. Ele destaca que o contato com o estrangeiro é algo que faz parte do cotidiano no município de Ponta Porã, diferente do que ele presenciava quando atuava em outras localidades. O entrevistado destaca a sua percepção de que os moradores do município de Ponta Porã não enxergam a existência de dois povos diferentes, muitas vezes possuindo familiares tanto no Brasil, quanto no Paraguai.

O entrevistado destaca a problemática em torno da Polícia Federal que, em Ponta Porã, trabalha limitando o acesso do estrangeiro, tanto com a determinação de dias específicos para se solicitar a regularização no país, quanto pela limitação de quantidade de documentação liberada no mês. O custo de solicitação do RNE para a parcela mais carente da população estrangeira também se mostra como uma barreira para a regularização. Tais situações já exigiram a propositura de ações judiciais para garantir o acesso de estrangeiros à saúde.

Assim como o Diretor do Hospital Regional, o entrevistado destacou a problemática em torno da procura por partos sem qualquer histórico de atendimento das pacientes, uma vez que não realizam os exames pré-natal no Brasil ou no Paraguai, uma vez que não possuem dinheiro para custear esse acompanhamento no país de origem.

Para o entrevistado as normas aplicadas no município de Ponta Porã para a garantia de acesso à saúde pelo SUS são as mesmas aplicáveis em outras localidades do país, não existindo normas municipais específicas. No entanto, o entrevistado dá ênfase ao fato de que a realidade binacional e o trânsito entre os dois países deve ser levado, de alguma forma, em consideração pelos dirigentes, pois, não há uma disputa pelo acesso à saúde pública, nem mesmo uma sensação de que o atendimento do estrangeiro estaria limitando o acesso de um brasileiro à uma saúde de qualidade. Há um entendimento coletivo dessa realidade binacional, existindo apenas questões pontuais a serem resolvidas, em geral, por problema de documentação e regularidade no país.

Por fim, durante o período de pandemia do COVID-19, o entrevistado destacou o fato dos leitos de UTI no município terem passado de 10 para 40, havendo uma estruturação para atender os casos decorrentes da pandemia. Por conta disso não houve uma demanda significativa de ações para garantir o acesso à saúde.

## 5 CONCLUSÃO

O atendimento do estrangeiro pelo SUS é uma realidade no município de Ponta Porã e uma característica de cidades localizadas na faixa de fronteira, em especial àquelas denominadas cidades-gêmeas, por conta de sua proximidade com a cidade vizinha e por ali existir um fluxo de interação que extrapola os limites político geográficos que separam as duas nações. Isso é ainda mais evidente em Ponta Porã por possuir uma fronteira seca que a divide de Pedro Juan Caballero. De fato, apenas uma rua separa as duas localidades, o que passa despercebido por quem não conhece a região.

Essa realidade permite o surgimento de famílias binacionais, vínculos empregatícios informais, livre trânsito de pessoas em ambas as direções e todo um complexo sistema ao qual as políticas tradicionais não conseguem ser aplicadas de forma efetiva.

A gestão dessa realidade binacional é tão complexa que a percepção que as pesquisas trouxeram é de que, por não saber como mensurar esse emaranhado de conexões, tanto a comunicação bilateral, quando as ações unilaterais são deixadas de lado, surgindo apenas em momentos de extrema necessidade. Mesmo nessas situações, não se verifica movimentos capazes de gerar frutos com potencial de solução dos problemas apresentados. Como exemplo, temos o cenário pandêmico causado no mundo pelo vírus COVID-19, o qual resultou no fechamento das fronteiras Brasil-Paraguai, ao menos no município de Ponta Porã, com a colocação de cercas na divisa. Ou seja, no momento em que há a necessidade de extrema cooperação entre os órgãos governamentais, a medida que se toma é contrária.

Reforçando a ideia de que a realidade nessas localidades supera essas barreiras fictícias, mesmo diante do fechamento das fronteiras, os estrangeiros ainda buscam o acesso à saúde gratuita no Brasil.

O presente trabalho se propôs justamente a analisar como a realidade binacional é materializada nas políticas públicas de saúde e na prestação de serviços dessa natureza de modo a garantir o acesso da população brasileira ao direito social fundamental à saúde, apresentando como hipótese o fato de que a saúde pública no município de Ponta Porã apresenta um cenário específico tendo em vista a utilização do SUS por grande número de estrangeiros não residentes no país e brasileiros residentes no exterior, um fato que é apenas parcialmente considerado na hora da definição de políticas públicas de saúde para a região fronteiriça, sendo ali aplicadas políticas genéricas pensadas para o restante do país, o que resulta em uma garantia limitada de acesso à saúde em razão da sobrecarga de atendimento



Tal hipótese se mostrou parcialmente comprovada, uma vez que, de fato, as políticas públicas de saúde pensadas para o município não diferem das implantadas em outras localidades do país. Há consciência por parte dos governantes dessa realidade ímpar dos municípios de fronteira, inclusive, havendo o reconhecimento de que não há diálogo suficiente com o país vizinho para buscar uma solução para o problema, resultando na implantação de políticas públicas de saúde que visem a promoção e melhoria do SUS em todo o território nacional.

A única política pública de saúde efetivamente pensada para a realidade desses municípios foi o SIS Fronteiras, o qual, pela forma em que foi executado, serviu para a estruturação da saúde pública naquela localidade. Questões mais amplas, como a criação de meios de verificação do atendimento de estrangeiros ou a propositura de políticas de regulação desses atendimentos não foram implementadas pelo programa.

Por outro lado, a hipótese apresentada não se mostrou comprovada no tocante ao suposto prejuízo no acesso à saúde para a população local. As entrevistas realizadas trouxeram o entendimento de que há sim um prejuízo financeiro ao considerar que o financiamento do SUS se dá, em grande parte de forma *per capita*, considerando a população residente no município de Ponta Porã. Entretanto, pela atual estrutura do município e pelo fluxo de atendimento de estrangeiros, não há um comprometimento do acesso dos nacionais ao SUS. O município padece dos mesmos problemas verificados em outras localidades (falta de medicamentos específicos, falta de profissionais médicos em algumas especialidades, ausência de procedimentos encontrados em grandes centros).

Contudo, isso não significa que as normas e políticas públicas existentes não devam ser pensadas a partir da realidade desses municípios. A legislação referente ao SUS e ao migrante se mostra suficiente no momento da realização de atendimentos de urgência e emergência, quando há risco de vida para a pessoa, porém, não abre espaço para o acompanhamento desses ou outros procedimentos. A ausência de normas ou protocolos municipais, fazem com que o atendimento dos estrangeiros se submeta à apresentação de documentos falsos para comprovar a condição de “residente” no Brasil ou ainda, à uma solução “empática/solidária”, uma vez que é comum a existência de familiares tanto no Brasil quanto no Paraguai, criando uma identidade híbrida/binacional no município.

Restou evidente no presente trabalho, a necessidade de articulação conjunta dos municípios de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero para a propositura de políticas públicas de saúde que possam efetivamente construir mecanismos para a continuidade de atendimento desses estrangeiros, sem, contudo, onerar os cofres públicos brasileiros. Não se trata de criar uma estrutura para passar a atender todos os paraguaios, mas, sim, para garantir a correta

execução do que já ocorre na prática e evitar situações que colocam em risco a vida de pacientes e deixam os médicos em situação desconfortável, como se verifica na procura por partos, nos quais as paraguaias ficam em torno do hospital regional esperando o momento de entrar em trabalho de parto para que sejam ali atendidas. Vale destacar a unanimidade no entendimento de que o atendimento dos estrangeiros é devido, o que, por si só, justifica uma maior atenção às questões de saúde pública nessas localidades.

Torna-se fundamental, também, a estruturação de mecanismos de validação e quantificação dos atendimentos realizados, tanto contabilizar os estrangeiros, quanto para os brasileiros não residentes no município de Ponta Porã, para que, de algum modo, o sistema de saúde pública do município possa receber o financiamento correto.

## REFERÊNCIAS

AIKES, Solange. **Dinâmicas de integração e o acesso à saúde em cidades gêmeas do Paraná.** 2017. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública em Região de Fronteira, Universidade Estadual do Paraná, Foz do Iguaçu, 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3566>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais.** São Paulo: Malheiros Editores, 2008. 669 p.

AZEVEDO, Suelen Terre de. **A transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo lago de itaipu.** 2015. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2015. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/1673>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/saude/index.php/judicializacao-da-saude/169-da-falta-de-efetividade-a-judicializacao-excessiva-direito-a-saude-fornecimento-gratuito-de-medicamentos-e-parametros-para-a-atuacao-judicial>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BASTOS, Arthur de Souza; JÚNIOR, Ricardo Oliveira da Silva. **A evolução do direito à saúde no Brasil.** Escola Superior de Advocacia de Goiás, 2020. Disponível em: <https://www.oabgo.org.br/esa/artigo-esa-goias/a-evolucao-do-direito-a-saude-no-brasil>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BONTEMPO, Carla Gabriela Cavani. **A cooperação em saúde nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011).** 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Política Social, Universidade Católica de Pelotas. Disponível em: <http://tede.ucpel.edu.br:8080/jspui/handle/tede/252>. Acesso em: 24 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde. Folheto n. 5. Rio de Janeiro, RJ. 1941. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_1.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 11 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Informe de interiorização.** Comitê Federal de Assistência Emergencial, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/oim-brasil-informe-de-interiorizacao-marco-2019/view>. Acesso em: 05 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Relatório Cumulativo.** Comitê Federal de Assistência Emergencial, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/interiorizacao-relatorio-cumulativo-marco-2019/view>. Acesso em: 05 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Segundo Relatório Trimestral**. Comitê Federal de Assistência Emergencial, Brasília, 2018. Disponível em: [http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/20181015\\_segundo-relatorio-tr-consolidando.pdf/view](http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/20181015_segundo-relatorio-tr-consolidando.pdf/view). Acesso em: 05 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Conare. **Refúgio em números**. 3ª edição. 2017. Disponível em: [https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/04/refugio-em-numeros\\_1104.pdf](https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/04/refugio-em-numeros_1104.pdf). Acesso em: 07 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição Política do Império do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Império, 1824. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891**. Rio de Janeiro, RJ: Presidência do Congresso, 1891. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, 1934. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937**. Rio de Janeiro, RJ: Presidência, 1937. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946**. Rio de Janeiro, RJ: Presidência, 1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Brasília, DF: Presidência da República, 1967. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904**. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, 1904. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904.** Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, 1904. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html#:~:text=Torna%20obrigatorias%2C%20em%20toda%20a,dos%20Estados%20Unidos%20do%20Brazil%3A&text=1%C2%BA%20A%20vaccina%C3%A7%C3%A3o%20e%20re vaccina%C3%A7%C3%A3o,obrigatorias%20em%20toda%20a%20Republica>. Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997.** Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19474.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19474.htm). Acesso em: 11 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017.** Institui a lei de migração. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm). Acesso em: 11 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014.** Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622\\_23\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622_23_04_2014.html). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.120, de 6 de julho de 2005.** Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120\\_06\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.189, de 5 de junho de 2006.** Aprova o termo de adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1189\\_05\\_06\\_2006\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1189_05_06_2006_comp.html). Acesso em: 14 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.

CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira. **Processos de transfronteirização na bacia do prata:** a tríplice fronteira Brasil-Argentina-Paraguai. 2013. 255 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

\_\_\_\_\_. **Tríplice fronteira Brasil-Argentina-Paraguai:** iniciativas de integração e cooperação por meio de infraestrutura, educação e saúde. *In:* SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE LOS ESPACIOS DE FRONTERA (II GEOFRONTERA):

DIFERENCIAS E INTERCONEXIONES. Disponível em:

[https://www.academia.edu/11344107/Tr%C3%ADplice\\_Fronteira\\_Brasil-Argentina-Paraguai\\_iniciativas\\_de\\_integra%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_coopera%C3%A7%C3%A3o\\_por\\_m\\_eio\\_de\\_Infraestrutura\\_Educa%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_Sa%C3%BAde.\\_Anais\\_do\\_II\\_Seminari\\_o\\_Internacional\\_de\\_los\\_Espacios\\_de\\_Frontera\\_II\\_Geofrontera\\_.Posadas-ARG\\_Universidad\\_Nacional\\_de\\_Misiones\\_2014](https://www.academia.edu/11344107/Tr%C3%ADplice_Fronteira_Brasil-Argentina-Paraguai_iniciativas_de_integra%C3%A7%C3%A3o_e_coopera%C3%A7%C3%A3o_por_m_eio_de_Infraestrutura_Educa%C3%A7%C3%A3o_e_Sa%C3%BAde._Anais_do_II_Seminari_o_Internacional_de_los_Espacios_de_Frontera_II_Geofrontera_.Posadas-ARG_Universidad_Nacional_de_Misiones_2014). Acesso em: 01 jul. 2019.

CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento; PINTO, Márcio Alexandre da Silva. **A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira**. Revista Horizonte Científico, Uberlândia, n. 2, v. 4, p. 01-22, jan 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/issue/view/315>. Acessado em: 20 abr. 2016.

CASTAMANN, Daniela. **Acesso aos serviços de saúde em municípios brasileiros limítrofes de fronteira com os países do Mercosul**. 2006. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social e Política Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000119254>. Acesso em: 01 jul. 2019.

DOKKO, Rosana Keioki. **Serviços de saúde na fronteira: estudo de caso sobre Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)**, 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Geografia, Universidade Federal da Grande Dourados, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/797>. Acesso em: 24 set. 2019.

ENGEL, Juvenal Milton. **As comissões brasileiras demarcadoras de limites: breve notícia histórica**. Disponível em: <http://scdl.itamaraty.gov.br/pt-br/historia.xml>. Acesso em: 10 dez. 2020.

EUA. **Declaração americana dos direitos e deveres do homem**. IX Conferência Internacional Americana, Bogotá. 1948. Disponível em: [https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.Declaracao\\_Americana.htm](https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.Declaracao_Americana.htm). Acesso em: 11 jul. 2019.

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes. **O sistema integrado da saúde das fronteiras: o caso de Corumbá/MS**. 2015. 173 f. Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Disponível em: <https://ppgefcpn.ufms.br/repositorio-de-dissertacoes-2015/>. Acesso em: 24 set. de 2019.

FERREIRA, Renata Estrazulas Yoshikawa. **O processo de inclusão de estrangeiros nas políticas públicas de saúde: a experiência no município de Foz do Iguaçu**. 2017. 101 f. Dissertação (Direito Político e Econômico) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/3401>. Acesso em: 27 maio de 2019.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; *et al.* **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados**. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 37-47, 2018. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/17/v.%2042%2C%20n.%20especial%202>. Acesso em: 11 jul. 2019.

FIGUEIREDO, Luiza Vieira Sá de. **Direitos Sociais e Políticas Públicas Transfronteiriças: a fronteira Brasil-Paraguai e Brasil-Bolívia**. Curitiba: Crv, 2013. 154 p.

FIGUEIREDO, Mariana Flichtiner. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. 1ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. 236 p.

FIOCRUZ. **A revolta da vacina**. Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2#:~:text=Em%20meados%20de%201904%2C%20chegava,ser%20inoculado%20com%20esse%201%C3%ADquido>. Acesso em: 14 nov. 2020.

FIOCRUZ. **Na Diretoria Geral de Saúde Pública**. Biblioteca virtual Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/na-diretoria-geral-de-saude-publica>. Acesso em: 14 nov. 2020.

FREY, Klaus. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2000. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/0>. Acesso em 15 abr. 2021.

GERALDO, Endrica. **A "lei de cotas" de 1934: controle de estrangeiros no Brasil. Cadrenos Ael: Imigração**, Campinas, v. 15, n. 27, p.171-212, 2009. Semestral. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/acl/article/view/2575>. Acesso em: 18 jun. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GERSCHMAN, Silvia. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13n5/1441-1451/>. Acesso em 5 dez. 2019.

GIANEZINI, Kelly *et al.* **Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, v. 21, n. 2, p. 1065-1084, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8262>. Acesso em: 15 abr. 2021.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residente ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde**. *Caderno de Saúde Pública (online)*, 2007, vol. 23, suppl. 2. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 14 nov. 2019.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro: parte geral**. Vol. 1. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

GRELLMANN, Liliane Nathalie Fretes Garcia. **A releitura da nacionalidade para efetivação do direito social à saúde: o exemplo privilegiado do caso fronteiriço**. 2011. 133 f. Dissertação,

Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3480>. Acesso em: 24 set. de 2019.

HOLANDA, Isabelle Nathacha de Oliveira Machado de. **Reciprocidades nas relações de interdependência**: cooperação internacional em saúde. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. DOI:10.11606/D.5.2016.tde-27062016-084058. Acesso em: 28 maio 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/ponta-pora.html?>. Acesso em: 10 set. 2021.

INE, Instituto Nacional de Estadística. **Compendio estadístico 2019**. Paraguay, 2021. Disponível em: [https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/b710\\_Compendio%20Estadistico%202019.pdf](https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/b710_Compendio%20Estadistico%202019.pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

\_\_\_\_\_. **Poblacion total por año, según departamento, sexo y tipo de seguro médico (%), 2017 al 2019**. Paraguay, 2021. Disponível em: [https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.ine.gov.py%2Fassets%2Fdocumento%2F7db30Salud\\_seguro%2520medico\\_dpto\\_EPHC%25202017\\_%25202019.xls](https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.ine.gov.py%2Fassets%2Fdocumento%2F7db30Salud_seguro%2520medico_dpto_EPHC%25202017_%25202019.xls). Acesso em: 10 set. 2021.

JACKSON, Robert; SORENSEN, Georg. **Introdução às Relações Internacionais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007. 445 p.

JATOBÁ, Daniel *et al.* **Teoria das relações internacionais**. São Paulo: Editora Saraiva, 2013. 144p.

JUBILUT, Liliana Lira. **O Direito Internacional dos Refugiados e sua Aplicação no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. São Paulo: Método, 2007.

KEOHANE, Robert O.; NYE, Joseph S. **Power and Interdependence**. 3. ed. New York: Longman, 2001. 327 p.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 282 p.

KLEFF, Michael. **1863**: Estados Unidos abolem a escravidão. 2018. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/1863-estados-unidos-abolem-a-escravid%C3%A3o/a-372001>. Acesso em: 10 jul. 2019.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; GAERTNER, Bruna Tamiris. **Aspectos histórico-constitucionais do direito fundamental social à saúde e sua conformação como um “dever do estado”**. XII Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, II Mostra Nacional de Trabalhos Científicos, 2016.

LEITE, Patrícia Soares. **O Brasil e a Cooperação Sul-Sul em três momentos de política externa**: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel e Luiz Inácio Lula da Silva. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. 228 p.



LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais.** 2006. Tese, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=6885](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6885). Acesso em: 02 out. 2019.

MACHADO, Lia Osório. Estado, territorialidade, redes: Cidades gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, María Laura. **Continente em chamas: globalização e território na América Latina.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.

MACHADO, Lia Osório *et al.* **O desenvolvimento da faixa de fronteira: uma proposta conceitual-metodológica.** In: Tito Carlos Machado de Oliveira org. Território sem limites. Estudos sobre fronteiras. Campo Grande: UFMS, 2005. Disponível em: <http://www.retis.igeo.ufrj.br/pesquisa/limites-e-fronteiras-internacionais/o-desenvolvimento-da-faixa-de-fronteira-uma-proposta-conceitual-metodo%C3%B3gica/#.YTpHH530nDc>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MADRID, Universidade Complutense, 1973, traduzido do espanhol por Marcus Cláudio Acqua Viva. *apud* FERREIRA Filho, Manoel G. et. all. **Liberdades Públicas**, São Paulo, Ed. Saraiva, 1978.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARIÉ, Solène. **Fronteiras brasileiras: evolução da agenda e redes de atores no Congresso Nacional (1990-2016).** Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, v. 6, p. 50-78, 2017.

MENDONÇA, Renato. **História da política exterior do Brasil: do período colonial ao reconhecimento do Império (1500-1825).** Brasília: Fundação Alexandre Gusmão. 246 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos (impresso), v. 21, p. 77-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em 14 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília). **Portaria nº 3.565, de 27 de dezembro de 2017.** Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1392316/do1-2017-12-27-portaria-n-3-565-de-22-de-dezembro-de-2017-1392312](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1392316/do1-2017-12-27-portaria-n-3-565-de-22-de-dezembro-de-2017-1392312). Acesso em: 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.565, de 27 de dezembro de 2017.** Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1392316/do1-2017-12-27-portaria-n-3-565-de-22-de-dezembro-de-2017-1392312](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1392316/do1-2017-12-27-portaria-n-3-565-de-22-de-dezembro-de-2017-1392312). Acesso em: 10 jun. 2019.

NETO, Tomaz Espósito. **Itaipu e as relações brasileiro-paraguaias de 1962 a 1979: fronteira, energia e poder.** 2012. 322 f. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3424>. Acesso em: 14 nov. 2019.

NYE, Joseph S. **Cooperação e conflito nas relações internacionais: uma leitura essencial** para entender as principais questões da política mundial. São Paulo: Editora Gente, 2009. 369 p.

OLIVEIRA, André Luiz. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Encontros Teológicos, n. 61, ano 72, n.1, 2012, p. 31-42. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>. Acesso em 14 nov. 2019.

OLIVEIRA, Márcio Gimene de. **A fronteira Brasil-Paraguai: principais fatores de tensão do período colonial até a atualidade**. 2008. Dissertação, Programa de mestrado em Geografia da Universidade de Brasília, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/2687>. Acesso em: 1 dez. 2020.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. A lógica espacial do território fronteiriço - os casos das aglomerações de Ponta Porã-Pedro Juan Caballero e Ládário-Corumbá-Puerto Quijarro-Puerto Suarez. *In: Mato Grosso do Sul Sem Fronteiras: características e interações territoriais*. SEBRAE, Campo Grande, p. 239-255, 2010.

\_\_\_\_\_. Tipologia das Relações Fronteiriças: elementos para o debate teórico-práticos. *In: OLIVEIRA, T.C.M (Org). Território Sem Limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 04 dez. 2019.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Convenção de Genebra de 1951**. Disponível em: [http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao\\_relativa\\_ao\\_Estatuto\\_dos\\_Refugiados.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf?view=1). Acesso em 07 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Cartagena de 1984**. Disponível em: [http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Declaracao\\_de\\_Cartagena.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf?view=1). Acesso em 15 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Declaração universal dos direitos humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Paris, 1948. Disponível em: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf). Acesso em: 11 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Nova York de 1967**. Disponível em: [http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Protocolo\\_de\\_1967.pdf](http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967.pdf). Acesso em 15 jun. 2018.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 10 ago. 2021.

PAIM, Jairnilson *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história avanços e desafios.** In MONTEIRO, Carlos Augusto (Org.). *Saúde no Brasil – Séries The Lancet.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, v. p. 11-31. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf). Acesso em 14 nov. 2019.

PINTO, Joseane Schuck. In SANTOS, João Vitor. **Migração: a última busca do direito humano à vida.** Entrevista especial com Joseane Schuck Pinto. Instituto Humanitas Unisinos. São Leopoldo, RS. 2019. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/586878-migracao-a-ultima-busca-do-direito-humano-a-vida-entrevista-especial-com-joseane-schuck-pinto>. Acesso em: 11 jul. 2019.

PRÁ, Keli Regina Dal. **O direito à saúde da população trabalhadora: um estudo na linha das fronteiras do Brasil com os países do MERCOSUL.** 2009. 195 f. Tese. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/457>. Acesso em: 24 set. de 2019.

\_\_\_\_\_. **Transpondo fronteiras: os desafios do assistente social na garantia do acesso à saúde no MERCOSUL.** 2006. 198 f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/416>. Acesso em: 24 set. de 2019.

PREUSS, Lislei Teresinha. **O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema.** 2007. 172 f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/416>. Acesso em: 24 set. de 2019.

ROCHA, Tamyris Cristiny Souza. **A saúde e as fronteiras no âmbito da integração regional: uma análise do SIS Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.** 2019. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Fronteiras e Direitos Humanos, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2019. Disponível em: <https://portal.ufgd.edu.br/pos-graduacao/mestrado-fronteiras/dissertacoes-defendidas>. Acesso em: 14 nov. 2020.

RODOTÀ, Stefano. **El derecho a tener derechos.** Bologna: Editorial Trotta, 2014. 390 p. Tradução de José Manuel Revuelta López.

RODRIGUES, Andre Pessoa. **Ponta Porã: segurança e violência.** 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/2493/1/ANDRE%20PESSOA%20RODRIGUES.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

ROMERO, Luiz Carlos. **O Sistema Único de Saúde: um capítulo a parte.** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte/view>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ROSARIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado

de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, Mar. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042020000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>.

SANTO, Neide Proença do Espírito. **Unidades de saúde na Bolívia: a realidade com a fronteira com o Brasil em Mato Grosso do Sul**. 2013. Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2013. Disponível em: <https://ppgefcpan.ufms.br/neide-proenca-do-espírito-santo-2013-2/>. Acesso em: 24 set. 2019.

SANTOS, Cleide Teresinha dos. **Financiamento público para a área da saúde em cidades gêmeas do estado do Paraná de 2000 a 2016**. 2018. 98 f. Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2018. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3980>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

\_\_\_\_\_. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

\_\_\_\_\_. **O conceito de direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. In.: Consultor Jurídico. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-fev-27/direitos-fundamentais-conceito-direitos-fundamentais-constituicao-federal-1988?>. Acesso em: 21 mai. 2018

SCHERMA, Marcio Augusto. **As fronteiras nas relações internacionais**. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, Dourados, v. 1, n. 1, p. 102-132, nov. 2012. ISSN 2316-8323. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/moncoes/article/view/2075>. Acesso em: 5 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. **As políticas brasileiras para a faixa de fronteira: um olhar a partir das relações internacionais**. 2015. Tese, Programa de Pós Graduação em Relações Internacionais da UNICAMP, 2015.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2010.

SILVA, Maria Geusina da. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu**. 2006. Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88602>. Acesso em: 24 set. 2019.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. **Direito à saúde:** evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos, v. 9, n. 2, p. 4-22, 8 jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251>. Acesso em: 10 out. 2020.

SILVA, Wagner Aparecido da. **A acessibilidade aos serviços públicos de saúde na fronteira Brasil/Bolívia:** o paradoxo entre o arcabouço legal e o cotidiano local. 2010. Dissertação, Mestrado profissionalizante, Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2010. Disponível em: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=203007](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=203007). Acesso em: 24 set. de 2019.

SOARES, Jéssica Aparecida. **A saúde pública na tríplice fronteira:** estrutura de atendimento e estratégias de usuários fronteiriços para acesso à saúde. 2017.165 f. Dissertação Mestrado em Sociedade Cultura e Fronteiras, Campus de Foz do Iguaçu, 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/2981>. Acesso em: 27 de maio de 2019.

SORTO, Fredys Orlando. **A Declaração Universal dos Direitos Humanos no seu sexagésimo aniversário.** Verba Juris ano 7, n. 7, jan/dez. 2008. ISSN 1678-183X. Disponível em: <http://www2.uesb.br/pedh/wp-content/uploads/2014/02/A-Declaração-Universal-dos-Direitos-Humanos-no-sexagesimo-aniversario.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2019.

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** Revista Katálysis (online), Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, 2014. Disponível em; [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200227&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200227&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 14 nov. 2019.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech et al . Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 2957-2971, Out. 2015 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001002957&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002957&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014>.

STEIMAN, Rebeca. **A geografia das cidades de fronteira:** um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). 2002. 128 f. Dissertação Mestrado em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2011/06/2002-geografia-das-cidades-de-fronteira-RST.pdf>. Acesso em 6 dez. 2020.

WINTER, Luciana. **Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde:** uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu-PR. 2009. 80 f. Dissertação Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2009. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ\\_0e8adf57b2ef5eb5889872d9e0fb0032](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_0e8adf57b2ef5eb5889872d9e0fb0032). Acesso em: 24 set. de 2019.

WUNSCH, Marina Sanches. **O direito à saúde como “ponte” para a efetivação de direitos humanos na agenda de cooperação do BRICS.** 2013. Dissertação, Programa de Pós-

Graduação em Direito, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4771>. Acesso em: 24 set. de 2019.

**APÊNDICE A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) participante,

Esta pesquisa é sobre o **acesso de estrangeiros ao SUS e como isso interfere no acesso à saúde dos brasileiros residentes em municípios de fronteira**, e está sendo desenvolvida por Tiago de Lima Marinho, mestrando do Curso de Pós-Graduação Strito Sensu em Fronteiras e Direitos Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados-UFGD, sob a orientação do Prof. Dr. Tomaz Espósito Neto.

Os objetivos do estudo são verificar se as políticas públicas de saúde levam em consideração as dinâmicas da fronteira no momento da sua elaboração, bem como, se o acesso de estrangeiros ao SUS interfere na garantia do acesso à saúde aos brasileiros que moram na fronteira. A finalidade deste trabalho é contribuir para a criação de políticas públicas que considerem as necessidades específicas das cidades de fronteira, em especial na garantia do direito à saúde.

Solicitamos a sua colaboração para a entrevista através da resposta ao questionário apresentado, como também a autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de ciências humanas e publicar em revistas científicas nacionais e/ou internacionais. **Quando da ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.** Conforme o artigo 9º da Resolução 510/2016, é garantido ao participante a confidencialidade das informações pessoais; podendo decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Esclarecemos que **sua participação no estudo é voluntária**, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O pesquisador se coloca a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que meus dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgações em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via deste documento.

Dourados, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dados do participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato; \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

**Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo entre em contato com o pesquisador Tiago de Lima Marinho no telefone (67) 98144-5825, ou pelo e-mail [tiagomarinho5@gmail.com](mailto:tiagomarinho5@gmail.com).**



## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

O presente questionário está sendo utilizado para dar suporte à pesquisa realizada no âmbito do Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos, da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

Todas as respostas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos, expressando a opinião pessoal e individual do entrevistado, não se confundindo com a resposta oficial do órgão da administração pública ao qual esteja/esteve vinculado, exceto quando pela natureza da informação, já expressar informação publicizada pelo referido órgão. Os arquivos de gravação em vídeo (quando for o caso) não serão veiculados em nenhum canal de comunicação, servindo apenas para subsidiar a entrevista realizada.

Destaca-se, por fim, que o entrevistado possui total liberdade ao expressar sua opinião, não existindo respostas certas ou erradas, para tanto, de modo a garantir um retrato real do cenário de pesquisa, solicitamos que todas as respostas sejam dadas de forma sincera e de acordo com a livre vontade do entrevistado.

Desde já, agradecemos a sua participação.

#### **PERGUNTAS DIRECIONADAS AO SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE:**

1. Há quanto tempo está ocupando esse cargo/função?
2. Como você avalia a evolução do SUS no Estado de Mato Grosso do Sul desde sua implantação?
3. Existem dados à nível estadual de atendimentos de estrangeiros pelo SUS?
4. Você acredita que a população local desses municípios tem algum prejuízo no acesso à saúde por conta desses atendimentos de estrangeiros ou os problemas existentes nesses locais são os mesmos de outras regiões do país?
5. Existem políticas públicas de saúde que consideram especificamente a situação desses municípios de fronteira?
6. Na sua visão, a implantação de políticas públicas de saúde com foco nas realidades desses municípios poderia diminuir ou resolver o problema de acesso à saúde da população local? Teria alguma outra solução para o problema?
7. Na sua opinião, o Brasil deveria fornecer o atendimento no SUS aos estrangeiros? Qual ou quais sugestões você poderia dar para resolver esse problema? Há diálogo com o Paraguai para tentar uma solução que envolva os dois países?

8. A experiência com o COVID trouxe que conclusões sobre a necessidade de diálogo binacional sobre a saúde nas regiões de fronteira?

**PERGUNTAS DIRECIONADAS AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:**

1. Há quanto tempo está ocupando esse cargo/função?
2. Como você avalia a evolução do SUS no município de Ponta Porã?
3. Existe demanda de atendimento de estrangeiros (especialmente os paraguaios) pelo SUS no município? Quais os tipos de demandas mais buscadas? Existem dados à nível municipal desses atendimentos?
4. Existem protocolos de atendimentos específicos para os estrangeiros? Quais documentos são exigidos para o atendimento?
5. Existem políticas públicas de saúde que consideram especificamente a situação do município de Ponta Porã, por se encontrar em região de fronteira?
6. Na sua visão, a implantação de políticas públicas de saúde com foco nessa realidade de atendimento também de estrangeiros poderia diminuir ou resolver o problema de acesso à saúde da população local? Teria alguma outra solução para o problema?
7. Existe diálogo com os órgãos de saúde de Pedro Juan Caballero? Há cooperações nesses casos de atendimento de estrangeiros?
8. Você acompanhou a execução do SIS fronteiras no município? Foi suficiente para solucionar os problemas na saúde? O que faltou?
9. Na sua opinião, o Brasil deveria fornecer o atendimento no SUS aos estrangeiros? Qual ou quais sugestões você poderia dar para resolver esse problema?
10. Você acredita que a população local tem algum prejuízo no acesso à saúde por conta desses atendimentos de estrangeiros?
11. A experiência com o COVID trouxe que conclusões sobre a necessidade de diálogo binacional sobre a saúde nas regiões de fronteira?

**PERGUNTAS DIRECIONADAS AO DIRETOR (ou seu representante) DO HOSPITAL REGIONAL DE PONTA PORÃ:**

1. Há quanto tempo está ocupando esse cargo/função?
2. Existem demandas de atendimentos de paraguaios ou brasiguaios pelo SUS no hospital? Quais os tipos de demandas são mais buscadas?

3. Existe algum protocolo específico para realizar o atendimento dessas pessoas (p. ex. precisam apresentar algum documento específico)? Ou recebem o atendimento da mesma forma que os brasileiros residentes no município?

4. O hospital mantém dados específicos sobre os atendimentos dos estrangeiros? Esses dados são públicos?

5. Você acredita que a população local tem algum prejuízo no acesso à saúde por conta desses atendimentos de estrangeiros?

6. O hospital participa da formulação de novas políticas públicas de saúde para o município? De que forma? Essas políticas levam em consideração o atendimento desses estrangeiros?

7. Na sua opinião, as normas (leis e atos administrativos) são suficientes para dar diretrizes para os atendimentos de estrangeiros pelo SUS?

8. Durante a pandemia houve muito atendimento ou internação de estrangeiros no hospital?

#### **PERGUNTAS DIRECIONADAS AO DEFENSOR PÚBLICO DE PONTA PORÃ:**

1. Do ponto de vista da Defensoria Pública, como está o acesso à saúde pública no município de Ponta Porã?

2. Existe muita demanda de judicialização do acesso à saúde? Quais as principais buscas?

3. A defensoria tem conhecimento de atendimentos de estrangeiros pelo SUS no município de Ponta Porã? Alguns desses casos necessita de intervenção do judiciário?

4. Você acredita que a população local tem algum prejuízo no acesso à saúde por conta desses atendimentos de estrangeiros?

5. Considerando a demanda de ações na área da saúde, a situação da saúde pública em Ponta Porã difere de outras comarcas do Estado?

6. Na sua opinião, as normas (leis e atos administrativos) são suficientes para dar diretrizes para os atendimentos de estrangeiros pelo SUS?

7. A experiência com o COVID repercutiu de que forma no fluxo de ações de saúde na Defensoria Pública?

8. Na sua opinião, o Brasil deveria fornecer o atendimento no SUS aos estrangeiros? Qual ou quais sugestões você poderia dar para resolver esse problema?