

O DIREITO À SAÚDE DO TRANSFRONTEIRIÇO NAS CIDADES GÊMEAS DO PARANÁ

THE RIGHT TO TRANSFRONTIER HEALTH IN THE TWIN CITIES OF PARANÁ

Solange AIKES*

Maria Lucia Frizon RIZZOTTO**

Resumo: Tipo de pesquisa: descritiva, exploratória e de campo, com abordagem qualitativa. Objetivo: compreender qual a visão de gestores do SUS sobre o direito à saúde do transfronteiriço em cidades gêmeas do Paraná. Materiais e método: pesquisa descritiva, exploratória e de campo. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com informantes-chaves, o material empírico seguiu a análise de conteúdo proposta por Bardin, sendo identificados três núcleos temáticos: (1) mobilidade fronteiriça e demandas de saúde do transfronteiriço; (2) direito humano à saúde do transfronteiriço; (3) paradiplomacia e territorialização das políticas sociais. Resultados: houve unanimidade de compreensão acerca do direito de acesso aos serviços de saúde pelos transfronteiriços nos casos de urgência e emergência, mas observou-se divergências sobre o atendimento nos demais casos, sendo os principais obstáculos apontados o financiamento público e a ausência de políticas para as regiões de fronteira.

Palavras-chave: Saúde na fronteira. Direito à Saúde. Direito Sanitário.

Abstract: Objective: To understand the view of SUS managers on the right to cross-border health in twin cities of Paraná. Materials and method: descriptive, exploratory and field research. Data were obtained through semi-structured interviews with key informants, the material produced was analyzed under Bardin's perspective. Results and discussion: Three thematic nuclei were identified: (1) Border mobility and cross-border health demands; (2) Human right to cross-border health; (3) Paradiplomacy and territorialization of social policies. Final considerations: There is a heterogeneity of understanding when cross-border processes are linked to the enjoyment of rights and the care provided is based on the fundamental human right to life.

Keywords: Cross-border health. Right to Health. Health Law.

Submetido em 31/07/2019.

Aceito em 02/11/2019.

* Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira. UNIOESTE. E-mail: <solange.aikes@gmail.com>.

** Doutora em Saúde Coletiva. UNIOESTE. Rua Mato Grosso, 15 19, AP 801. E-mail: <frizon@terra.com.br>.

Introdução

Com a emergência dos Estados nacionais modernos se estabelece uma territorialidade controlada, cuja existência legal dos indivíduos/cidadãos está circunscrita aos limites do território nacional, regida pela noção de igualdade jurídica. Assim, pode-se dizer que as relações de poder espacialmente mediadas são também produtoras de identidades, pois controlam, distinguem e conseqüentemente nomeiam e classificam os indivíduos (HAESBAERT, 2014).

Os limites territoriais, ou seja, as fronteiras nacionais historicamente foram abordadas do ponto de vista da segurança nacional. Por muito tempo os governos dos Estados nacionais marginalizaram os espaços fronteiriços, mas cotidianamente os povos desses espaços transformaram essa realidade, desenvolveram estratégias para assegurar a continuidade das interações, dando origem ao conceito de transfronteirização. Assim, o limite internacional foi sendo reconstruído cotidianamente dando origem à nova territorialidade, a transfronteiriça, passando de um conceito de fronteira/separação para um de fronteira/cooperação (ALBUQUERQUE, 2012).

O meio geográfico que melhor caracteriza a interação transfronteiriça é aquele formado pelas cidades gêmeas as quais apresentam grau de interação sináptica. Nas cidades gêmeas, as interações não se desenvolvem somente no sentido econômico, envolvem um conjunto de interações materiais e imateriais, culturais e identitárias. Essa fronteira cooperação alteram a condição objetiva e subjetiva de cidadão nacional e de estrangeiro, obrigando a uma reavaliação de conceitos como nacionalidade, cidadania e soberania. Constituem-se em espaços onde o local e o internacional se articulam, estabelecem vínculos e dinâmicas próprias, construídas e reforçadas pelos povos transfronteiriços (CAMPOS, 2017).

Tal dinâmica frequentemente não encontra correspondência nas políticas estatais, nos direitos civis, políticos e sociais nacionalizados, em especial o direito à saúde, que a partir da Declaração Universal dos Direitos humanos é reconhecido como um direito universal. No Brasil, a atual Lei da migração nº 13.445/2017 pautada em princípios de universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos, reconhece o sujeito fronteiriço e garante o acesso aos serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória. Essas alterações, em escala internacional, no comportamento do fenômeno migratório no Brasil, apontavam para uma necessária atualização do arcabouço jurídico que sustentasse as políticas migratórias, tornando imperioso o sepultamento do Estatuto do Estrangeiro (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Oliveira (2017), muito embora não seja uma “lei dos sonhos”, a sociedade brasileira, em particular imigrantes e emigrantes, tem muito a comemorar, dado que, mesmo com os vetos presidenciais de última hora, avanços fundamentais para garantias de direitos e proteção da pessoa migrante foram colocados em vários dispositivos da nova lei. As disputas seguirão polarizadas, mas o passo maior já foi dado com a aprovação da lei na qual predomina o enfoque dos direitos humanos.

No caso das cidades fronteiriças, essa legislação parece insuficiente para dar conta da dinâmica que

se estabelece nos diferentes setores sociais, em especial o setor saúde. O que acaba transferindo para o nível local a decisão sobre os limites a serem definidos no que concerne ao direito à saúde do transfronteiriço. Tais limites são operacionalizados a partir de noções de direito mais ou menos elásticas e/ou de valores subjetivos. Dessa forma para este trabalho definiu-se como objetivo: compreender qual a visão de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o direito à saúde do transfronteiriço em cidades gêmeas do Paraná.

1. Materiais e métodos

Pesquisa descritiva, exploratória e de campo, com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, realizada com gestores municipais de saúde e profissionais que trabalham em setores estratégicos da saúde, com o mínimo de um ano de atuação na gestão municipal. Para critério de fechamento amostral, observou-se a saturação de informações, considerando também o período para realização da pesquisa (MINAYO, 2017). O grupo entrevistado foi multiprofissional, totalizando treze participantes que atuam ou atuaram recentemente em cargos de gestão nos serviços de saúde pública das quatro cidades gêmeas do Paraná, sendo quatro de Foz do Iguaçu, três de Barracão, três de Guaíra e três de Santo Antônio do Sudoeste.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra em programa de edição de textos para posterior análise descritiva, utilizando a análise temática de conteúdo, que se organiza em torno de três fases: pré-análise, exploração dos dados, e interpretação dos dados (BARDIN, 2011). Foram identificados três núcleos temáticos: (1) mobilidade fronteiriça e demandas de saúde do transfronteiriço; (2) direito humano à saúde do transfronteiriço; (3) paradiplomacia e territorialização das políticas sociais. Na interpretação dos dados buscou-se identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, procurando compreender a lógica interna por meio de um diálogo com a literatura.

Para garantia do sigilo, os participantes foram identificadas por meio de letra P, seguida de um número inteiro: P1, P2...P13, assim como a omissão de trechos que pudessem identificá-los. A pesquisa obteve parecer favorável para a sua execução pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer nº 1.741.583.

2. Resultados e discussão

Inicialmente apresenta-se uma breve descrição das características das quatro cidades gêmeas campo desta pesquisa. Foz do Iguaçu compõe a tríplice fronteira, formada pelas cidades de Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina) e Ciudad del Este (Paraguai), e se caracteriza como uma construção social e espaço compartilhado entre os três países. A construção da Usina Binacional de Itaipu foi importante para o desenvolvimento econômico regional, além das Cataratas do Iguaçu que é sua principal atração turística e de desenvolvimento econômico. Sua fronteira se caracteriza como fluvial articulada por ponte (ALBUQUERQUE, 2012).

Guaíra também situada no Oeste do Paraná tem forte presença indígena, especialmente Guarani. A

cidade cujo nome oriundo do guarani *kuaira* significa lugar de difícil acesso ou intransponível, faz fronteira com Salto del Guairá (Paraguai). Com a construção de Itaipu e a submersão das Sete Quedas, saltos oriundos de acidente geográfico no leito do rio Paraná, que tiveram seu fim com a formação do Lago de Itaipu, houve enfraquecimento econômico. O turismo de compras se mantém devido à proximidade com Salto del Guairá. Possui fronteira fluvial articulada por ponte (ANGNES, 2013).

Santo Antônio do Sudoeste, localizado no Sudoeste do Paraná, faz fronteira com o município de San Antonio (Argentina), localizado na província de Misiones. O rio Santo Antônio divide os dois municípios, que estão interligadas por uma ponte. Atualmente é um polo industrial de confecção de roupas, mas também se baseia na pecuária e agricultura. Em Barracão as cidades trigêmeas de Barracão (sudoeste do Paraná) Dionísio Cerqueira (oeste de Santa Catarina) e Bernardo de Irigoyen (Argentina), apresentam uma fronteira invisível. Num espaço urbano de aproximadamente 1.561 km², essas cidades são divididas por limites internacionais, estaduais e municipais, formando uma conurbação de fronteira seca (ANGNES, 2013).

2.1 Mobilidade fronteiriça e demandas de saúde do transfronteiriço

Os movimentos migratórios registrados na faixa de fronteira correspondem a uma busca preferencial pelos países limítrofes, a mobilidade pendular ocorre particularmente nas cidades gêmeas. Surge a busca pela efetivação de direitos que se confundem entre os lados da fronteira, muitas vezes dificultados pelos obstáculos de políticas de controle inadequadas (MOURA; CARDOSO, 2013). Fato já retratado por outros estudos (ALBUQUERQUE, 2012 AIKES; RIZZOTO, 2018; CAMPOS, 2017; FERREIRA; BRATICEVIC; MARIANI, 2015) e que novamente esteve amplamente reconhecido no relato dos participantes da presente investigação “[...] em região de fronteira existem os itinerários de atendimento, as pessoas vão onde seu problema é resolvido(P2)”.

As fronteiras geopolíticas nem sempre coincidem com as fronteiras culturais, sanitárias e epidemiológicas. Os desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países sul-americanos, aliados às variedades dos perfis das cidades fronteiriças, aprofundam as dificuldades encontradas pelos sistemas de saúde nesses territórios, revelam a complexidade e os impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde (CERRONI; CARMO, 2015). A realidade das cidades fronteiriça tem impacto no planejamento e na execução de políticas públicas de saúde, o gestor local compreende essas singularidades desse território sanitário:

[...] eu acho que impacta no perfil epidemiológico, impacta no controle financeiro, impacta na nossa cultura em saúde [...] o impacto do estrangeiro é de toda ordem, em nenhum momento eu acho que a gente tem que se esquivar, não tem como fechar a fronteira, essa é a nossa geografia, eu acho que nós temos que nos fazer ouvir nos órgãos competentes para que a gente consiga dar dignidade a esses atendimentos (P4).

As diferentes sociedades criaram e criam políticas de proteção social de acordo com as condições

históricas e valores próprios, o que implica em distintos modelos de proteção social e distintos *status* de cidadania. A proteção social é um dos principais fatores de justiça social, pois protege os cidadãos em situações de dependência ou vulnerabilidade. Apesar dos avanços dos sistemas de saúde na América do Sul, ainda prevalecem modelos segmentados por classes sociais, grande participação de dispêndio privado e da oferta privada de serviços em muitos países (a despeito do caráter universal de algumas políticas sociais), com clientelas fechadas em sistemas próprios de proteção social (militares, por exemplo) e subsídios diversos para esquemas privados de acesso (VIANA; FONSECA; SILVA, 2017).

Os princípios presentes no SUS e a qualidade do atendimento da saúde pública brasileira nas cidades de fronteira são tidos como determinantes para a efetivação do direito à saúde.

[...] não sei como funciona lá, eu conheci um hospital lá [Paraguai], não é nem perto de um posto nosso, a diferença é muito grande. Eu tenho uma lembrança de uma gestante que veio aqui e pediu ajuda [...] ela tinha um ultrassom desenhado a caneta, e ela queria mostrar aquilo para o médico (P5).

Estudos apontam como principais motivos para a busca de serviços de saúde no Brasil, por estrangeiros, a proximidade geográfica, facilidade de atendimento, confiança e gratuidade do SUS (CAMPOS, 2017; AIKES, RIZZOTO, 2018; AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010). Esse entendimento também foi vocalizado pelos entrevistados: “[eles] não têm saúde pública no patamar que nós temos”(P1). “[...] acham que o acesso é mais fácil e acaba sendo mais resolutivo”(P3).

A busca pela saúde nos municípios fronteiriços não se restringe à esfera pública. Percebe-se que o serviço privado também é procurado pelo transfronteiriço como relata um dos informantes: “[...] Eles querem fazer tudo aqui no Brasil, pagam, mesmo que seja no serviço particular, eles preferem aqui” (P1). Na prática, todos os sistemas de saúde do mundo misturam o público e o privado. É importante compreender, em cada sistema, se aquilo que é de interesse de todos (interesse público) consegue prevalecer sobre o interesse de alguns (interesse privado).

Os mapas de cuidado de usuários brasileiros mostram como as pessoas, sempre que podem, tentam compor um cuidado integral, fazendo uma combinação público-privado, pelo menos nas regiões Sul e Sudeste onde a presença dos planos de saúde é bastante expressiva. Considerando a ainda não alcançada coordenação do cuidado pela atenção básica à saúde, as pessoas circulam por dois subsistemas sem contatos formais entre si, sobrando para elas, cada vez mais, a gestão solitária de seu próprio cuidado (CECILIO; REIS, 2018). Isso se aplica também ao fronteiriço, tornando-se um desafio a garantia da saúde como direito de todos em uma sociedade que transforma o cidadão em um agente consumidor e a saúde em mercadoria (SILVA; WANDEKOKEN; BENEDITO, 2017).

Na saúde, a descentralização político-administrativa durante a implantação do SUS foi concebida primeiramente compreendendo a descentralização dos serviços para os municípios, o que gerou uma competição intermunicipal desleal e destrutiva por recursos financeiros escassos. A estrutura municipalizada não foi capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do SUS considerando a

heterogeneidade que caracteriza a federação brasileira. O reconhecimento dessa situação abriu caminho para a regionalização no início da década de 2000. Nesse sentido, outro marco importante foi o Pacto pela Saúde, firmado em 2006, para consolidação do SUS. O Pacto de Gestão reforçou a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas. Entretanto o que se verifica é que a territorialização do SUS vem sendo utilizada como limitador de acesso.

Uma territorialização distorcida da atenção básica elevou a dificuldade do atendimento do transfronteiriço, como pode-se observar nas falas: “[...] o SUS é universal, fazer essa distinção do público universal com uma atenção básica territorializada, é um viés de atendimento, ela nos traz esse desafio.(P2)” e “[...] nós não temos condições de abrir totalmente deixar a atenção básica aberta, porque para fazer uma atenção básica efetiva, você tem que conhecer a população do seu território (P4).”

Isso pode ser observado entre os próprios brasileiros, que usam a territorialização como uma distinção e uma ferramenta de seleção: “[...] a gente tem um município bem próximo, que o interior é mais próximo aqui, eles procuram ser atendidos aqui. Não é um problema só do estrangeiro (P5)”.

A regionalização do SUS, ainda sem efetivação, poderia ser uma estratégia para o enfrentamento do problema não só do fronteiriço, mas da população dos pequenos municípios (a maioria no Brasil) que encontram dificuldades para acessar os serviços de média e alta complexidade. A efetivação da regionalização requer a capacidade política de identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, sendo fundamental o esforço coletivo de construção, com a sociedade, de uma visão compartilhada para o futuro da ação dos governos na região, nem sempre compatível com a composição partidária dos governos locais. A lógica de planejamento integrado, compreendendo noções de territorialidade é reforçada e reitera os objetivos de se garantir o acesso de todo e qualquer cidadão às ações e aos serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, com otimização dos recursos disponíveis, e cooperação solidária entre os entes federados na provisão do cuidado (RIBEIRO, 2015).

Entende-se que há uma série de demandas não supridas em relação às necessidades dos municípios de fronteira devido a essa organização hierárquica, agravadas pela demanda de estrangeiros e reduzida cooperação entre os sistemas assistenciais de saúde do outro lado da fronteira. A construção será tão mais sólida quanto maior for o grau de participação dos atores locais, respeitadas suas territorialidades (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

A prevalência de sistemas segmentados de saúde, com acesso diferenciado para distintos grupos populacionais, mostra a dificuldade de formar coalizões progressistas suficientemente fortes para romper com arranjos institucionais profundamente enraizados na sociedade latino-americana, e implantar sistemas públicos universais baseados na noção de saúde como direito inerente à condição de cidadania (VIANA; FONSECA; SILVA, 2017).

2.2 Direito humano à saúde do transfronteiriço

A saúde como direito e fator de justiça social mobiliza movimentos sociais transnacionais que, ao redor do mundo, lutam pela viabilização de políticas que universalizem esse bem e promovam reformas em sistemas de saúde para assegurar os direitos humanos. A ideia que perpassa esse ideário, fixado na Constituição Federal Brasileira de 1988, ora sob ataque, era da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, estratégia fundamental para uma cidadania ampliada (CECILIO, REIS; 2018; VIANA; FONSECA; SILVA, 2017).

No art. 1º, inciso III, da Constituição Federal se inicia a proteção constitucional do direito à saúde, corolário do direito à vida com a dignidade da pessoa humana que, por sua vez, é complementado pelo inciso IV do art. 3º que constitui como objetivo da República a promoção do bem de todos. No art. 5º, há a inviolabilidade do direito à vida e, finalmente, no art. 6º, o direito à saúde é expressamente garantido dentre os direitos sociais. Outro artigo importante em nossa Carta Magna é o art. 196 que prescreve a saúde como direito de todos e dever do Estado (CUNHA, 2017).

O direito à proteção e promoção da saúde engloba uma gama de posições jurídico-subjetivas de natureza diversa (defesa, proteção, organização e procedimento, prestações materiais), de caráter originário e derivado, cujas peculiaridades repercutem sobre a eficácia prática da proteção constitucional. As maiores controvérsias, todavia, prendem-se aos limites e possibilidades do direito à saúde como direito a prestações materiais (fáticas) oponível ao poder público pelo cidadão (CECILIO, REIS; 2018).

No Brasil, o SUS se estabeleceu como resposta a uma concepção de cidadania plena, proporcionando o acesso à atenção à saúde da grande maioria dos brasileiros, como direito humano (GIOVANELLA *et al.*, 2018). O direito à saúde nas regiões de fronteira apresenta uma instabilidade de compreensões de acordo com a postura ética e política dos envolvidos com seu alcance, garantia e fruição (NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015).

Nos dados analisados identifica-se que o direito à saúde está relacionada com o direito à vida, muito próximo do que está na Carta Universal dos Direitos Humanos e no que determina a legislação brasileira, por falas como: “[...] quando é urgência e emergência, nós fazemos questão, todo mundo tem direito a vida, não negamos para ninguém”(P2); “[...] acho que não se deve negar nenhum serviço, porque ninguém está livre de estar em outro país e precisar de algum serviço, a gente precisa garantir o serviço”(P9) e “[...] no SUS, em qualquer lugar no mundo, a saúde tem que ter solidariedade, mas em especial na fronteira, isso tem que ser lei”(P6).

O direito à saúde está vinculado à proteção da vida, da integridade física e corporal e da dignidade inerente a cada ser humano. Entender a saúde como direito humano nas cidades gêmeas é uma questão central para subsidiar diálogos sobre os processos de transfronteirização. Não se trata de justificar os direitos humanos filosoficamente, pois eles já estão declarados e reconhecidos em diversos documentos internacionais. É necessário materializar a sua aplicação, nacional e internacionalmente. Os direitos humanos como valores fundamentais transcendem a soberania dos Estados, já que como o próprio nome diz derivam

da condição humana, todavia, o que ocorre até hoje é que continuam a depender dos Estados nacionais (SARLET; FIGUEREDO, 2019).

Apesar disso, verifica-se, nas falas, a necessidade de políticas e legislações específicas que subsidiem as ações locais ou ainda questões sobre os direitos ao transfronteiriço:

[...] Não havia uma política, nem do gestor estadual, nem do municipal, nem do gestor federal, com intuito de esclarecer as pessoas sobre os seus direitos, esclarecer a comunidade brasileira que residem no Paraguai que eles têm direito de serem atendidos aqui e ponto final (P13).

Na relação entre direitos de cidadania e o Estado, existe uma tensão interna entre os próprios direitos que compõem o conceito de cidadania. Por um lado, os direitos de primeira geração (civis) exigiriam, para a sua plena realização, um Estado mínimo, e por outro, os direitos de segunda geração (sociais) demandariam uma presença mais forte do Estado para serem concretizados. A concepção jurídica formal brasileira de nacionalidade e cidadania interfere na fruição e no usufruto dos direitos sociais. As políticas de garantia de direitos sociais estão circunscritas aos limites da nacionalidade e ao monopólio estatal de arrecadação de tributos. Os deslocamentos e a busca de direitos sociais do outro lado da fronteira geralmente são vistos pelos agentes dos governos como ações ilegais e ilegítimas (ALBUQUERQUE, 2012). É interessante observar que na linha da fronteira, o direito ao atendimento à saúde, é em parte vinculado à contribuição social, em que os que não contribuem com o sistema, não possuem o *status* de cidadão (BONTEMPO, 2013).

Outro aspecto a ser considerado, no momento que se debate a cidadania social é o critério de atribuição de nacionalidade. Com base na soberania, os Estados nacionais definem quem são os seus nacionais, o que acaba instituindo as fronteiras entre o cidadão e o estrangeiro. Ela expressa dispositivos de inclusão e exclusão territoriais marcados por lugares de nascimento e moradia e pela existência ou ausência de documentos pessoais. Deslocar-se de um país para o outro significa geralmente transitar entre a condição de cidadão a de estrangeiro e vivenciar os paradoxos da cidadania moderna (ALBUQUERQUE, 2012). A concepção jurídica de cidadania pautada apenas pelo critério *jus solis*, limita e restringe o direito à saúde da população na região de fronteira, onde a nacionalidade é alvo de negociação.

Nesse momento em que o Estado abarca os nacionais, os transfronteiriços começam a ser classificados e conseqüentemente sofrem discriminações no sistema de saúde brasileiro, principalmente com limitação nos tipos de serviços que serão prestados. O entendimento sobre o direito à saúde, próprio de cada gestão municipal, orienta um maior ou menor controle do acesso, em que alguns, com base na legislação existente, limitam aos casos de urgência e emergência: “[...] o arcabouço normativo do SUS é claro no tocante ao atendimento ao estrangeiro toda pessoa em território nacional independente da sua condição, tem direito de ser atendido em condições de urgência/emergência”(P3).

Outros universalizam o acesso na atenção básica “[...] eu desconsidero o bem maior que é a vida humana em função da questão normativa [...] tem direito e não tem direito? Então ele que morra! Quer dizer, o Brasil pelo seu

entendimento jurídico, coloca a vida humana como um bem acima de qualquer outro regramento”(P5).

Em ambos a questão financeira se apresenta como maior impeditivo: “[...] a UPA é porta aberta nós atendemos a todos, nós tivemos casos de paraguaio com meningite [...] está vivo hoje porque o sistema acolheu, e foi gasto no mínimo uns 20/30 mil reais para salvar aquela vida e era cidadão paraguaio”(P7).

Agustini e Nogueira (2010) demonstraram que a preocupação mais frequente dos secretários municipais de saúde de municípios fronteiriços em relação às ações de saúde é a de estabelecer mecanismos de cooperação financeira entre os países. Em geral, a insatisfação é gerada em virtude de o planejamento e o financiamento de serviços de saúde municipais brasileiros estarem baseados na população residente e relacionados à alimentação dos sistemas de informação. Isso se constitui em outra dificuldade dos municípios localizados em regiões de fronteira, que encontram barreiras para inserir os estrangeiros, sem documentos nacionais, no sistema. A falta de critérios objetivos para o atendimento ao estrangeiro tem se refletido na diversidade de interpretações a respeito do direito ao acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS e transferindo aos profissionais de saúde, a seletividade do acesso ao sistema público de saúde nas cidades fronteiriças em relação aos não nacionais, o que exige posicionamentos éticos desses profissionais podendo gerar sofrimento (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Para Sarlet e Figueredo (2019), nem é preciso reivindicar a interpretação jurídica dos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário para concluir que o estrangeiro tem direito a atendimento médico no País, a própria Constituição e a legislação ordinária dão conta de responder. Entretanto, a autora entende que essa garantia legal impacta no custo e pode levar o sistema de saúde a um colapso.

Apesar da dualidade de compreensão, os gestores entendem que isso deve ser observado, mas a falta de clareza e legitimidade do atendimento acaba repercutindo no paciente “[...] eu acho que quem sofre com isso, é o próprio paciente, que precisa da assistência, a gente vivendo em um município de fronteira, tem que ter esse bom senso de cuidar de tudo (P11)”.

A concepção da universalidade dos direitos humanos é baseada no modelo de organização da sociedade, que perpassa a ordem econômica capitalista. Consiste no reconhecimento de que são direitos de todos, não havendo diferenças entre os seres humanos. Essa universalidade também se refere ao alcance que estes direitos devem ter. Nesse sentido, torna-se explícita a obrigatoriedade dos países em protegerem e promoverem os direitos, de acordo com os documentos internacionais ratificados e também em consonância com o desejo de promover a diminuição das desigualdades dentro de um país em particular e entre os países com os quais se relaciona. Entende-se que para a aplicação da universalidade no contexto de migrações é dado que desde a entrada do migrante no país há um controle estatal de seu trânsito, e cabe ao Estado aplicar políticas que promovam os direitos, nesse sentido quando se diz que o Estado quer limitar a universalidade, ele na verdade limitaria direitos fundamentais (BARRETO; SIMÕES; SERAFIM, 2018).

2.3 A territorialidade das políticas sociais e a paradiplomacia

As políticas públicas relacionadas à fronteira deveriam garantir o atendimento à saúde para a população transfronteiriça e auxiliar os gestores municipais de saúde na elaboração de estratégias, melhorando os sistemas locais de saúde. A fronteira caracteriza um território sanitário único que precisam ser consideradas na formulação de políticas públicas “[...] *esses municípios compõem um território sanitário único, deve-se organizar políticas únicas para esse território sanitário, dizer assim o que cada país coloca de recursos, de estrutura de assistência, de políticas de organização do sistema*”(P2).

As diretrizes do SUS têm uma forte relação com a definição de território com diversos recortes espaciais utilizados para a gestão de serviços como o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência de unidades de saúde, entre outros. Os critérios utilizados na delimitação desses recortes nem sempre consideram as características sociais da região (BARCELLOS; MOREIRA; MONKEN, 2008).

Uma proposta de mudança de práticas sanitárias, baseada na ação sobre territórios deve considerar os sistemas de objetos naturais e os construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos de interação no território, como são percebidos pela população e, até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde. A análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações para operacionalizar a tomada de decisão e a definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo saúde/doença. Não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados. A territorialidade é um processo de caráter ‘inclusivo’, incorporando velhos e novos espaços de forma oportuna e/ou seletiva, não separando quem está ‘dentro’ de quem está ‘fora’. A multiterritorialidade é a forma moderna de reterritorialização, um grupo social mais coeso constrói seus (multi)territórios integrando suas experiências culturais, econômicas, políticas em relação ao espaço, ou seja, são sobreposição e/ou combinações de territórios. Quanto mais ampla e flexível a rede, aliada à autonomia de que se dispõe, maiores as possibilidades de que diferentes territórios se tornem um recurso na configuração da multiterritorialidade (HAESBAERT, 2014).

Para que o SUS tenha sua atuação regulada por políticas territorializadas, articuladas na gestão de territórios, é preciso conhecer as dinâmicas territoriais que caracterizam e condicionam o processo saúde/doença e a capacidade de resposta dos entes federados ao perfil epidemiológico e às prioridades, que devem ser socialmente identificadas e politicamente acordadas. Tal conhecimento não se obtém apenas por meio dos aportes técnico-científicos das burocracias governamentais, é obtido por meio das interações entre os diferentes atores sociais (RIBEIRO, 2015).

[...] Os programas de saúde executados no Brasil são normatizados. Entretanto essas diretrizes são nacionais, e o Brasil é de dimensão continental automaticamente, existem realidades

regionais em que essas orientações precisam ser adaptadas (P3).

O desafio é o diálogo articulado, dando voz aos moradores fronteiriços a fim de ressignificar as instituições supranacionais, aprofundando a integração com os países limítrofes e expandindo a possibilidade de uma agenda compartilhada para a solução de problemas comuns nas fronteiras (MOURA; CARDOSO, 2013).

[...] a criação de estruturas mais transfronteiriças de gestão desses territórios sanitários seria benéfico para a região do ponto de vista econômico, do ponto de vista da educação e do desenvolvimento do setor (P11).

O Projeto de Lei nº. 313/2008 propôs a criação do Estatuto da Fronteira com o objetivo de garantir por meio de um instrumento legal a elaboração de políticas públicas transnacionais específicas para promoção e desenvolvimento dos municípios de fronteira. O relator no congresso nacional rejeitou a proposta, pois avaliou que a aprovação criava direitos e obrigações para outros países da América do Sul. Lemos e Ruckert (2011) definem políticas regionais como as ações dos poderes centrais, regionais e locais sobre os diversos territórios que visam estabelecer parceria entre os atores do desenvolvimento e procuram corrigir os desequilíbrios socioeconômicos. O enfraquecimento das zonas periféricas reforça a necessidade de políticas territoriais de desenvolvimento regional, entre essas, a integração entre zonas de fronteira. As políticas de valorização dos potenciais internos das regiões geram coesão social, pois valorizam a produção local e a cooperação dos atores regionais.

A efetiva integração nas regiões de fronteira pressupõe políticas articuladas internacionalmente para o desenvolvimento social e para a superação das assimetrias legislativas. A incipiência de iniciativas que compreendam e legitimem os processos de transfronteirização, principalmente aqueles relacionados aos direitos sociais, faz com que a população transfronteiriça enfrente discriminações, tornando o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde instável e descontínuo (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

A geografização da cidadania supõe que se considerem os direitos territoriais, culturais e do entorno. As populações locais devem ter direito a palavra, como membros vivos de uma realidade regional que lhes diz respeito e sobre a qual não dispõem de recurso institucional que os represente (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

A paradiplomacia, conceito utilizado nas relações internacionais, busca explicar a atuação dos entes subnacionais, que assumem papel de relevância na integração regional (GOMES, 2017). Quando exercida em âmbito regional, articulando territórios contíguos, a atuação paradiplomática pode introduzir elementos favoráveis à integração uma vez que busca atingir objetivos mutuamente benéficos, minimizando o desgaste da imposição de agendas nacionais, frequentemente apontadas como pouco sintonizadas com as necessidades locais (MALLMANN; CLEMENTE, 2016).

Abreu (2013) relata que existe o receio de institucionalizar a paradiplomacia no país, por medo de perder a soberania. No entanto, o Estado é tolerante, na medida que a percebe como fenômeno inevitável,

manifestando essa tolerância em ações conduzidas por alguns tomadores de decisão dos órgãos federais que relativizam o princípio da soberania, inspirados no princípio da subsidiariedade.

A garantia dos direitos humanos deve ser assegurada dentro de relações internacionais mais solidárias e isso depende dos governos e da atuação estatal: “[...] *tem a questão das assimetrias que acho bem interessante discutir, estava se pensando em ter um apoio melhor entre os países, isso está se perdendo e com mudanças políticas que estão vindo, isso vai se perder mesmo.* (P2)”.

A integração sul-americana encontra dificuldades internas que são causadas pelas desproporções econômicas e as diferenças culturais, sociais e político-ideológicas, além de conflitos territoriais históricos. As dificuldades de criação de acordos bilaterais em países latino-americanos são resultantes de políticas não cooperativas. Sob a ótica de gestores, os trabalhadores e a população não são apontados como coautores na condução das políticas públicas de saúde e ainda prevalece a hegemonia do modelo médico assistencial (SILVA; WANDEKOKEN; BENEDITO, 2017).

O crucial é a permanente tensão entre um Estado garantidor de direitos e um Estado privatista, o que determina o insuficiente financiamento público para as necessidades da população por meio das políticas públicas. As inovações institucionais para favorecer a articulação entre os sistemas de saúde das cidades localizadas nos limites internacionais não conseguiram alterar o panorama institucional transfronteiriço. Apesar dos enormes desafios colocados para a gestão integrada da oferta de serviços públicos nestas regiões, ainda não estão pacificados e regulamentados modelos de gestão cooperativos. Especificamente na faixa de fronteira, o desafio é ainda mais complexo, pois envolve contextos socioeconômicos, políticos e culturais de diferentes países que, por sua vez, exigem pactos, protocolos e normativas de governança para a cooperação transfronteiriça (FAGUNDES; KREUTZ; CASTAMANN, 2017).

Considerações Finais

A globalização econômica e tecnológica, com abertura das fronteiras entre nações ampliou ainda mais os processos de transfronteirização nas cidades gêmeas, que apesar de ocorrerem há décadas, não são legitimados. A efetiva integração em saúde nas cidades gêmeas pressupõe políticas articuladas internacionalmente para o desenvolvimento social e para a superação das assimetrias. Por vezes os gestores relataram gerir essas discussões de forma solitária, sem que houvesse uma atuação nacional sobre essas questões, principalmente aquelas de ordem prática, encontradas no cotidiano das cidades gêmeas.

Os processos de transfronteirização são bem perceptíveis nesses locais, sendo um grande laboratório para compreender essas dinâmicas, quando essa transfronteirização está vinculada à fruição de direitos o que se observa é uma heterogeneidade de compreensões, e que os atendimentos efetivados têm como grande pano de fundo o direito humano fundamental à vida.

As novas políticas do SUS, a regionalização e a organização das redes de atenção, em busca da integralidade e equidade são desafios, visto que por vezes o cerne de discussão político-social, inerente no

momento da proposição é menosprezado, e na prática limitado apenas a questões burocráticas e administrativas. Outra preocupação decorre da diminuição com gastos em saúde, no Brasil, a exemplo da Lei nº 13.097/2015, e das Emendas Constitucionais nº 86 e nº 95. A redução dos recursos reduz a oferta de bens e serviços de saúde, e implica em mais dificuldades para a efetivação do direito à saúde.

A diferença entre os sistemas de saúde dos países, o respeito à soberania e à autonomia municipal são outras questões delicadas. Ao contrário das políticas econômicas, em que o Estado vem tendo menos autonomia na sua definição e implementação, as políticas sociais continuam se referindo fundamentalmente ao Estado.

Referências

- ABREU, G.S. Efeitos político-jurídicos da não institucionalizada paradiplomacia no Brasil. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 3, n. 2, 2013.
- AGUSTINI, J. NOGUEIRA, V.M.R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2010, n.102, p. 222-243.
- AIKES, S; RIZZOTTO, M.L.F. Regional integration of healthcare services in twin cities, Paraná State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, n. 8, 2018.
- ALBUQUERQUE, J.L.C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica**, vol. 3, núm. 2, p. 185-205, 2012.
- ANGNES, J. S. et al. Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF): descrevendo as principais ações voltadas ao desenvolvimento regional a partir da perspectiva do poder público municipal. **Revista de Administração Pública**. v. 47, n. 5, p. 1165-1188, 2013.
- BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: **Território, ambiente e saúde**. BARCELLO, C.; MIRANDA, A.C.; MONKEN, M.(orgs.) Editora Fiocruz, 2008. p. 43-55.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª. Lisboa: Edições, v. 70, 2011.
- BARRETO, MC; SIMÕES, MC; SERAFIM, MP. Migrações e Direitos Humanos no Mercosul: Breve Análise. **Espaço Aberto**, v. 8, n. 2, p. 111-129, 2018.
- BONTEMPO, C.G.C. A Cooperação em Saúde nas Cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011). 2013. 107 f. (Dissertação de mestrado em Política Social) Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2013.
- CAMPOS, H.A. O papel estratégico de cidades gêmeas no controle de mercadorias em regiões de fronteira no contexto do MERCOSUL: Uruguiana (BR) e Paso de los Libres (AR). **Redes**, v. 22, n. 1, 2017.
- CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00056917, 2018.
- CERRONI, M.P.; CARMO, E.H. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 617-628, 2015.
- CUNHA, J.S.F. **Um tribunal para a Unasul**: tribunal da união das nações da América do Sul. Editora

Juruá, Curitiba, p.290, 2012.

FAGUNDES, H.S; KREUTZ, I.T; CASTAMANN, D. Políticas Públicas, Sujeitos Profissionais e a Fronteira Arco Sul. **Sociedade em Debate**, v. 24, n. 1, p. 93-110, 2017.

FAGUNDES, HS; NOGUEIRA, VMR; KREUTZ, IT. Políticas de saúde no Mercosul: relevância e funcionalidade da dimensão jurídico-norativa. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 150-165, 2018.

FERREIRA, C.M.P.G; BRATICEVIC, S.I; MARIANI, M.A.P. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde Sociedade**, p. 1137-1150, 2015.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GOMES, J.F. A contribuição da Rede Mercocidades para o desenvolvimento da integração fronteiriça junto ao Mercosul: o papel da paradiplomacia municipal sul-americana na concretização da integração regional em zonas de fronteiras. **Revista Intellector**, v. 13, n. 26, p. 05-19, 2017.

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

LEMOES, B.O; RUCKERT, A.A. A região transfronteiriça Santana do Livramento-Rivera: cenários contemporâneos de integração/cooperação. **Revista de Geopolítica**, v. 2, n. 2, p. 49-64, 2011.

MALLMANN, M.I.; CLEMENTE, I. Transnacionalismo, paradiplomacia e integração regional: o caso do Brasil e Uruguai. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 3, p. 417-436, 2016.

MINAYO, M.C.S; **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. Ed., São Paulo, 2008.

MOURA, R; CARDOSO, N.A. Mobilidade transfronteiriça: o ir e vir na fronteira do possível. Anais: Encontros Nacionais da ANPUR, v. 15, 2013.

OLIVEIRA, A.T.R.. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. Revista brasileira de estudos de população. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 34, n. 1, p. 171-179, 2017.

RIBEIRO, P.T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

SARLET, I.W; FIGUEIREDO, M.F. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. 2019. Disponível em: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11336/2/O_direito_fundamental_a_protecao_e_promocao_da_saude_no_Brasil_Principais_aspectos_e_problemas.pdf.

SILVA, B.F.S; WANDEKOKEN, K.D; BENITO, G.A.V. Representações Sociais sobre as Experiências de Sucesso e Insucesso na Voz dos Gestores. **Sociedade em Debate**, v. 23, n. 2, p. 281-304, 2017.

VIANA, A.L.A; FONSECA, A.M.M.; SILVA, H.P.. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.