

OS TURISTAS MÉDICOS E OUTROS TIPOS DE VIAJANTES DA SAÚDE: UM SOBREVOO

MEDICAL TOURISTS AND OTHER KINDS OF MEDICAL TRAVELERS: AN OVERVIEW

Líria Maria Bettiol LANZA*

Francesco ROMIZI**

Julia Ramalho RODRIGUES***

Resumo: Neste artigo, pretende-se abordar o fenômeno da mobilidade humana por cuidados de saúde transnacionais, em que pessoas se deslocam de um país para outro à procura de cuidados médicos. A partir da revisão crítica de uma literatura ampliada, variegada e dispersa, ao longo do texto apontaremos sua relevância e identificaremos, descrevendo-as, suas declinações mais recorrentes; extrairemos da macrocategoria do turista médico quatro classes de viajantes da saúde: os turistas médicos stricto sensu, os turistas médicos regionais, os retornantes médicos e os transeuntes médicos transfronteiriços. Além disso, refletiremos, caso a caso, sobre algumas de suas implicações em termos de direitos e suas interfaces com as políticas públicas. Identificamos o duplo desafio de procurar e garantir o direito à saúde num contexto global de fragilização dos Estados-nações e de crescente interconexão internacional com reforço à sua mercantilização, bem como a necessidade de melhor conhecê-las e atuar sobre elas.

Palavras-chave: Turismo médico. Cuidados de saúde transfronteiriços. Transnacionalismo. Migração. Integração regional.

Abstract: This article aims to analyze address the phenomenon of human mobility for transnational healthcare in people moving from one country to another seeking medical care. From the critical review of a broad, variegated and dispersed literature, throughout the text we will point out its relevance and identify, describing them, its most recurrent modalities; we will draw from the medical tourist macrocategory four classes of medical travelers: stricto sensu medical tourists, regional medical tourists, medical returnees and cross-border medical commuters. In addition, we will reflect, on a case-by-case basis, on some of its implications on rights questions and their interfaces with public policies. We have identified the dual challenge of seeking and securing the right to health in a global context of weakening nation-states and increasing international interconnectedness and enhancing their commodification, as well as the need to better understand and act upon them.

Keywords: Medical tourism. Cross-border healthcare. Transnationalism. Migration. Regional integration.

Submetido em 17/08/2019.

Aceito em 31/10/2019.

* Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1999) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2003) e doutorado (2010) no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de SP (PUC-SP). Atualmente é docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR). Rodovia Celso Garcia Cid – PR 445 Km 380 – Campus Universitário, Londrina/PR. E-mail: <liriabettiol.j@gmail.com>.

** Possui graduação em Scienze Politiche pela Università degli Studi di Perugia (2006), Itália, mestrado em Antropologia Urbana pela Universitat Rovira i Virgili (2008), Espanha, e doutorado em Antropologia também pela Universitat Rovira i Virgili (2013). Atualmente é Pós-Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, Professor colaborador no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina. Rodovia Celso Garcia Cid – PR 445 Km 380 – Campus Universitário, Londrina/PR. E-mail: <francesco_romizi@msn.com>.

*** Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (2017). Atuou como profissional recém-formado do projeto de extensão "Migrar com Direitos" da Universidade Estadual de Londrina, financiado pelo Programa de Extensão "Universidade Sem Fronteiras" (USF/SETI). Atualmente é estudante em nível de mestrado do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Rodovia Celso Garcia Cid – PR 445 Km 380 – Campus Universitário, Londrina/PR. E-mail: <ramalhorodrigues.julia@gmail.com>.

Introdução: a saúde do comprovante de residência entrou em crise

O objetivo deste artigo é oferecer uma visão panorâmica do fenômeno multifacetado da mobilidade de pessoas que se deslocam de um país para outro à procura de tratamentos médicos – que constitui parte integrante do tema mais amplo dos cuidados de saúde transnacionais¹. Em particular, para nos aproximarmos desse tipo de ocorrência, além de mostrar sua magnitude, definiremos e descreveremos seus desdobramentos mais recorrentes; tocaremos, também, em algumas das diversas questões e problemas que ele envolve, incluindo suas complexas implicações em temas de direitos e políticas públicas.

O deslocamento em prol da saúde não constitui uma novidade na história da humanidade; sem ir muito atrás no tempo, pensemos na difusa atividade da vilegiatura em que desembocaram as preocupações higienistas da sociedade europeia oitocentista. Não obstante, nas últimas décadas, paralelamente ao que aconteceu com as migrações, esse fenômeno alcançou um grau de intensidade nunca visto antes, apresentando novos desafios às ordens governamentais e administrativas de um sistema-mundo rigidamente organizado em estados nacionais. As fronteiras das políticas públicas, ainda firmemente ligadas às territoriais, precisam sempre mais confrontar-se com as fronteiras porosas, fluidas e transnacionais das práticas de muitos de seus cidadãos e residentes, que, amiúde, concebem as fronteiras nacionais como um mero obstáculo com o qual se deparam enquanto estão fazendo negócios, adquirindo e trocando ideias e saberes, criando laços e pertencas, tendo acesso a serviços básicos como o da saúde.

Entre todos os direitos fundamentais reconhecidos e positivados na esfera de um determinado Estado, os direitos sociais – como educação, saúde, trabalho, moradia ou alimentação – são os que mais firmemente estão ancorados a uma dada porção de território. Isso ocorre porque, como coloca muito claramente o cientista político holandês Hans Vollaard (2004), refletindo sobre a relação entre cuidados de saúde e territorialidade na era de globalização, a solidariedade, na configuração política atual, só pode ser sustentada em comunidades fechadas; pois, sem restrições na entrada e na saída de uma dada comunidade, ninguém poderia ser obrigado a contribuir para a cobertura dos custos dos benefícios e dos serviços distribuídos. O livre movimento tornaria impossível a sustentabilidade financeira e um eficiente planejamento e provisão de serviços públicos de bem-estar social. No entanto, como observa oportunamente Raffetà (2019), a tendência a restringir a governança da assistência médica dentro das fronteiras do “nacionalismo metodológico” limita fortemente a compreensão e a condução dos atuais processos de cuidado à saúde, cujos provedores e demandas estão se tornando cada vez mais transnacionais. O binômio saúde-território, constitutivo de todo sistema sanitário nacional, é cada vez com maior frequência transgredido.

¹ Esse campo de investigação se ocupa também de outras questões, interligadas com a da mobilidade internacional aqui discutida, como a troca de conhecimentos (bio-)médicos entres países, o envio internacional de remédios, ou o pluralismo médico dentro de um mesmo espaço nacional.

Ao longo deste texto, pretendemos justamente nos aproximar de algumas das situações de transgressão mais recorrentes: de pessoas que, em seus percursos de cuidado e cura do corpo, dirigem-se a estruturas médicas de países em que não residem. Nesse sentido, um primeiro problema, nada secundário, é o da definição desses sujeitos. As mais empregadas são as de turistas de saúde e turistas médicos², termos que conjugam conceitos muito distantes em nossa sociedade, ligando, como observa o economista Matthias Helble (2011), a experiência prazerosa que evoca o turismo com a ansiedade e a dor frequentemente associadas a um tratamento médico. Por isso, Helble (2011) e outros autores, como as antropólogas Sobo (2009) e Raffaetà (2019), preferem chamá-los de *medical travelers* (viajantes médicos). No que nos diz respeito, não achamos preciso escolher entre os dois, nem renunciar à riqueza representativa dos diferentes matizes que eles carregam; ao contrário, nós nos reservamos a possibilidade de usar a primeira designação para pôr maior ênfase no momento do deslocamento e a segunda no da permanência em lugares distintos dos de residência.

Não obstante, esse problema definitório ainda não está resolvido. Com efeito, o conceito de turista médico, assim como o de viajante médico, não está desprovido de ambiguidades; ambos são frequentemente empregados para referir a ocorrências muito diferentes. Isso não só os torna equívocos e pouco precisos, mas acaba também invisibilizando situações que, ao contrário, é oportuno perfilhar. Nossa proposta, então, associada a certa insatisfação com a ambiguidade dessas ferramentas conceituais monolíticas e multiuso, é a de explodi-las, extraíndo delas, segundo os casos, definições mais circunscritas e esmeradas. Pretendemos identificar casos distintos de mobilidade médica e formular seu problema a partir de uma análise contextual que foque esses deslocamentos com relação ao conjunto de circunstâncias em que eles se dão. Para isso, extrairemos da ampla categoria de viajante ou turista médico três classes de mobilidade para a saúde, distinguindo de todas elas uma quarta tipologia.

As primeiras três são: os turistas médicos *stricto sensu*, que, graças às próprias condições econômicas abastadas ou à capacidade de mobilizar recursos econômicos, escolhem o atendimento médico que julgam melhor, entre os acessíveis para eles no mercado mundial da saúde; os turistas médicos regionais, que, beneficiando-se de processos legais e administrativos de integração regional, nas políticas e sistemas de saúde, empreendidos pelo próprio país junto a outros, têm facilidades para aceder como usuários legítimos aos serviços de saúde de outros países – o caso paradigmático, como será exposto a seguir, é o da União Europeia; os retornantes médicos, isto é, aqueles migrantes que, graças às crescentes possibilidades de manter um contato com seu país de origem e de voltar a ele, quando podem e de uma maneira geralmente planejada, recorrem a seus profissionais da saúde, por pareceres, exames, consultas, cirurgias e outros tipos de tratamento. De todas essas trajetórias médicas distingue-se, pelo âmbito consuetudinário de proximidade em que se dá, o movimento dos transeuntes médicos transfronteiriços – definidos, comumente, como *cross-*

² Para Carrera e Bridges (2006), a noção de turismo médico (*medical tourism*), entendido como deslocamento finalizado a uma restauração biomédica da saúde, representa uma subcategoria da macrocategoria do turismo de saúde ou turismo sanitário (*health tourism*), que definiria qualquer deslocamento finalizado à restauração de um bem-estar físico e mental (incluindo, por exemplo, a vilegiatura termal).

border patients (pacientes transfronteiriços). Estes, residindo nas imediações de uma fronteira nacional, decidem, dependendo dos casos e através de várias modalidades, ora recorrer aos serviços sanitários do próprio país, ora aos do país confinante. Como podemos facilmente apreciar, em cada um desses casos há uma variável contextual dominante: socioeconômica, para os turistas médicos *stricto sensu*; sociogeográfica, no caso dos transeuntes médicos transfronteiriços; política, para os turistas médicos regionais e histórico-cultural ou biográfica, no caso dos retornantes médicos.

Para aprofundar as discussões apontadas, estruturamos o artigo em quatro seções em que são problematizados esses tipos de mobilidade da saúde (sem nunca esquecer que se trata de simples modelos heurísticos) a partir da revisão crítica de uma literatura ampla, variegada e dispersa. Em particular, privilegamos textos que nos ajudassem a aproximar-nos das supraditas trajetórias médicas, tanto pela análise criteriosa desenvolvida como por sua ancoragem empírica. De maneira um tanto involuntária quanto sintomática de certa fragmentação e polarização disciplinar – que, amiúde, é também geográfica – no tocante ao tema da mobilidade sanitária, o decorrer das seções será acompanhado pela sucessão de outras tantas vozes disciplinares dominantes: da economia e da geografia social, na primeira parte; da ciência política e do direito, na segunda; do serviço social e da saúde pública, na terceira e de estudos do tipo antropológico e cultural, na última.

1. Turistas médicos *stricto sensu*

O principal elemento que distingue os turistas médicos dos pacientes transfronteiriços tem a ver com a dimensão não “rotineira” do atendimento recebido pelos primeiros. Embora esse esclarecimento preliminar possa soar banal, torna-se preciso na medida em que a literatura científica nem sempre caracteriza os conceitos de turismo médico (*medical tourism*) e de cuidado de saúde transfronteiriço (*cross-border health care*) como distintos e designando situações diversas³. Este primeiro caráter distintivo, não obstante, não é exclusivo dos turistas médicos *stricto sensu*, sendo compartilhado pelos turistas médicos regionais e os retornantes médicos. É por isso que, para definir com mais exatidão o perfil dos primeiros, precisamos conjugar o elemento da distância com outro, ainda mais característico dessa modalidade: os que, aqui, definimos de turistas médicos são pessoas que obtêm a possibilidade de ser atendidos por um serviço de saúde de outro país, essencialmente, porque podem custeá-lo. Estamos ante um cenário de mercantilização da saúde, o que, enfim, torna menos indigesta a inevitável referência à ideia mais difusa de turismo, com sua intrínseca dimensão de consumo.

A extensa literatura existente a tal respeito nos devolve duas imagens predominantes, que insistem idealmente num mesmo eixo, embora percorrendo-o em sentido contrário. Por um lado, temos a imagem

³ O segundo, para Mainil (2012), é usado como sinônimo do primeiro, especialmente no âmbito da União Europeia; uma confusão semântica que decorreria da grande proximidade dos países europeus.

tradicional de turista médico, que remonta aos finais do século XIX, da pessoa abastada de algum país subdesenvolvido ou em desenvolvimento que se dirige a centros médicos da Europa e dos Estados Unidos para receber tratamentos médicos indisponíveis em seu próprio país. Por outro lado, temos a imagem, que se ressaltava com força nos tempos atuais, do representante de uma classe média do primeiro mundo, corroída por uma década de crise econômica, que procura em emergentes nichos médicos, altamente especializados, do outro lado desse eixo imaginário, serviços mais rápidos e em conta (HELBLE, 2011)⁴. Este segundo destino, que oferece cuidados de “primeiro mundo” pelos preços do “terceiro mundo”, evidentemente, tornou-se atrativo também para as emergentes classes médias dos países do Sul Global, que se tornaram, assim, intérpretes do que Ormond e Kaspar (2018), entre outros, chamam de *South-South Medical Tourism* (amiúde, de caráter intrarregional). Um quarto tipo de movimento, extremamente volumoso, é o que acontece dentro de um mesmo país – que não abordaremos aqui.

Normalmente, os países que oferecem uma saúde de qualidade economicamente conveniente são as economias emergentes, como a África do Sul, o Brasil, a Jordânia, a Índia, a Tailândia, os países da Europa Oriental (PACI e SCHWEITZER, 2007), cujos hospitais e governos, amiúde, promovem esse tipo de prática acreditando-se, internacionalmente, os primeiros, e oferecendo processos simplificados de requerimento do visto e facilidades fiscais, os segundos (HELBLE, 2011). A oferta de saúde desses países – que se torna uma importante fonte de ingressos de suas economias nacionais – especializa-se, frequentemente, em dois sentidos diferentes: no do tratamento de determinadas classes de doença e no do atendimento de determinados coletivos nacionais⁵.

Pelos problemas classificatórios apontados na introdução, ainda estamos longe de quantificar com precisão este fenômeno⁶, abordado maiormente por pesquisas de caráter local ou regional. Identificar com precisão os países de origem desses fluxos, assim como o número de pessoas que saem deles parece ser uma tarefa ainda mais difícil, principalmente porque não há homogeneidade nos sistemas de coleta e de elaboração dos dados estatísticos usados pelos países receptores⁷. Não encontramos, com respeito tanto ao primeiro caso como ao segundo, dados gerais recentes e fiáveis; não obstante, a ampla e variada literatura sobre o turismo médico converge no reconhecimento de duas macrotendências globais: o rápido e impressionante crescimento desse fenômeno, em geral, e a afirmação presente de trajetórias médicas Norte-

⁴ Um aparente paradoxo é representado pelos EUA, que, apesar de serem um dos principais receptores mundiais de turistas médicos – numa lógica tanto lucrativa como humanitária (MAINIL, 2012) –, constituem também um importante país emissor. Isto nos mostra como um país pode estar inserido, ao mesmo tempo, em diversas direções e sentidos do circuito de turistas médicos.

⁵ Cuba, por exemplo, investiu muito na atração de pacientes da América Latina, da Europa e da Rússia, especializando-se no tratamento de algumas enfermidades da pele (PACI e SCHWEITZER, 2007).

⁶ Pací e Schweitzer (2007) apresentaram, em 2007, algumas estimações elaboradas pelo TRAM – *Tourism Research and Marketing*, segundo as quais, em 2005, o número maior de viajantes por razões sanitárias se dirigia a estruturas da União Europeia (12 milhões de turistas médicos) e da América do Norte (6 milhões); destinos seguidos pelos da Ásia (750.000), do Oriente Médio (250.000), de outros países europeus (125.000), da América Latina (15.000), da Austrália (10.000) e da África (5.000).

⁷ Como destaca Helble (2011), alguns países contabilizam os indivíduos que entram por motivos de saúde, enquanto outros contam os acessos de estrangeiros nos hospitais. Além disso, há países que registram os pacientes a partir da nacionalidade e não do seu lugar de correspondência, sendo que amiúde aquela e este não coincidem; sem considerar que os hospitais privados, mesmo coletando esse tipo de informação, dificilmente a divulgarão, considerando-a confidencial (HELBLE, 2011).

Sul e Sul-Sul – isto é, do Sul Global como destino – com a grandíssima expansão, em particular, da região do sudoeste asiático como polo de chegada desses fluxos.

Apesar dos meios econômicos constituírem a marca característica desse tipo de deslocamento⁸, eles representam menos a causa última dele, que o recurso estratégico mobilizado para reagir a fatores de expulsão, de atração⁹ ou de uma combinação variável daqueles e destes. Nesta altura, é oportuno ressaltar que os fatores de expulsão não são todos o reflexo do subdesenvolvimento de um país, de políticas públicas ineficientes e de escassos investimentos, sejam eles públicos ou privados, no setor da saúde. Também um determinado quadro normativo nacional pode levar indivíduos das mais diversas procedências a buscar no estrangeiro tratamentos que, por razões legais e culturais, não estão disponíveis no próprio país; entre eles, lembramos as injeções de células estaminais; as cirurgias de redesignação sexual; algumas técnicas de reprodução medicamente assistida. Portanto, como colocam oportunamente Paci e Schweitzer (2007), existem dois tipos de indisponibilidade doméstica dos serviços sanitários procurados no estrangeiro: 1.) uma indisponibilidade científico-econômica; 2.) uma indisponibilidade ético-legal.

Outra questão que é preciso abordar, falando de turismo médico, diz respeito às relações existentes entre esse fenômeno e as políticas de saúde dos países envolvidos. Primeiramente, é oportuno assinalar que o fato de uma pessoa acessar o tratamento médico de outro país pagando não representa necessariamente uma ausência total dos atores públicos, de origem ou de destino. Em primeiro lugar e começando por estes últimos, os turistas médicos pagam pelo tratamento que recebem no estrangeiro não tanto porque recorrem a um centro de saúde privado, mas, principalmente, porque se dirigem a um centro do qual não são usuários – e que pode ser também público. Em segundo lugar, e passando aos atores públicos de origem, o fato de que eles tenham que pagar não significa obrigatoriamente que o façam do seu próprio bolso – diretamente, ou através de um seguro privado de saúde –, nem que seu itinerário terapêutico constitua um fato puramente privado, não considerável de interesse público e não digno da atenção do sistema nacional de segurança social. Ao contrário, existem casos em que as legislações nacionais reconhecem a seus cidadãos e aos residentes no país o direito de receber prestações assistenciais em centros estrangeiros de altíssima especialização, assim como o direito de obter algum reembolso das despesas relativas a tais prestações¹⁰.

Outra reflexão necessária, relativamente à relação entre a prática do turismo médico e as políticas e sistemas nacionais de saúde, é a que nos conduz a ponderar as consequências daquele para estes. Começando pela análise dos efeitos nos países de origem desses pacientes, é claro que sua saída pode contribuir para uma sub-representação das falhas nos serviços domésticos absorvidas pelo recurso a outros sistemas de

⁸ Os custos dessas viagens costumam ser altos e dependem, entre outras coisas, do tipo de tratamento que o turista médico escolhe, do país ao qual se dirige, da modalidade de acesso ao serviço, do período que ele ficará ali e do nível do hotel em que se instalará durante esse tempo. Em muitos países, já estão funcionando agências de turismo que se ocupam só desse tipo de viagem, vendendo pacotes *all inclusive* (TURNER, 2007).

⁹ Entre estes, Bookman e Bookman (2007) ressaltam os da afinidade cultural, da proximidade, da especialização e da reputação dos países e centros médicos de destino.

¹⁰ Os Decretos do Ministério da Saúde italiano de 3 de Novembro de 1989 e de 30 de Agosto de 1991, por exemplo, reconhecem esse direito aos que não conseguem obter, nas estruturas públicas ou convenionadas do serviço sanitário nacional, uma dada prestação nos tempos e nas formas adequadas à particularidade do caso.

saúde. O problema anoso dos homens e das mulheres, que, nos EUA – onde o acesso à saúde pública (gratuita) é fortemente limitado –, não têm seguro ou plano de saúde é um caso emblemático, pois a falta de saúde provocada por esse sistema é em parte compensada e ocultada pelo recurso a tratamentos prestados por outros países. De modo análogo, outros problemas presentes em quase todos os países, como as longas listas de espera nos hospitais, os altos custos dos remédios, ou uma distribuição local insuficiente dos serviços médicos, podem ser subestimados por esse tipo de prática, que diminui a pressão que um sistema de saúde nacional recebe de seus usuários.

Como reforçam vários autores (TURNER, 2007; HELBLE, 2011; ORMOND, 2014), buscar tratamentos de saúde no exterior se tornou uma prática tão normal e ordinária que, em diferentes países, as companhias de seguro oferecem esquemas que contemplam essa possibilidade, e que, evidentemente, são mais convenientes, do ponto de vista econômico, para elas e para seus segurados. Por exemplo, existem planos de saúde elaborados na Califórnia que preveem o acesso a diferentes serviços no México (WARNER e JAHNKE, 2010). Falamos de uma possibilidade que, inclusive, está sendo ponderada por diversas esferas governamentais¹¹, que veriam nela um modo mais viável de aliviar eventuais excessos de carga de demandas. É claro que essa solução alternativa representaria um importante desincentivo para as políticas públicas voltadas para a saúde.

Diversamente do visto no tocante aos países emissores de pacientes, os países receptores poderiam viver uma expansão e modernização do próprio sistema de saúde, chegando, inclusive, a ser mais atrativos para os profissionais desse campo (PACI e SCHWEITZER, 2007; ORMOND, 2014); ou, ao contrário, assistir a uma piora do acesso e da qualidade do cuidado à saúde dos residentes locais, cujas demandas poderiam acabar sendo negligenciadas por um serviço solicitado também pelas necessidades de pacientes estrangeiros. Muito disso depende das relações de força existentes entre setor público e setor privado, além de como os gestores dos serviços de saúde reinvestem as entradas adicionais derivadas desse trabalho a mais. Em particular, a mobilidade médica pode agravar as tensões entre público e privado, lá onde elas já estão presentes, chegando a alimentar certa tendência à dicotomização de um sistema de saúde em dois subsistemas: um público, de poucos recursos e baixa qualidade, e outro privado, para o qual confluiria a maioria dos ingressos gerados por essa nova tipologia de usuários.

2. Turistas médicos regionais

Um segundo tipo de atendimento médico no exterior é o oferecido no âmbito de blocos de países que desenvolvem políticas de abertura aduaneira recíproca, constituindo espaços de livre circulação de bens, serviços, capitais, pessoas... e pacientes. O caso emblemático e mais desenvolvido é o representado pela União Europeia, associação de países europeus, que, além de cooperarem em domínios de interesse mútuo,

¹¹ Em 2007, Turner (2007) observava como o estado da Virgínia Ocidental, nos EUA, estivesse considerando a possibilidade de uma legislação que encorajasse os funcionários públicos a curar-se fora do país.

constituem-se como comunidade de valores. Coerentemente com os objetivos deste texto, começamos observando que todo o processo de integração europeia, sobretudo a partir do Acordo de Schengen (1985), que incentivou uma grande circulação de pessoas interna ao continente europeu, criou certo transtorno à associação entre o princípio de territorialidade e os serviços de saúde que ele governa. No entanto, no campo da saúde, a Comunidade Europeia, antes, e a União, depois, sempre reconheceram a importância de garantir às pessoas que se deslocavam legalmente dentro do próprio espaço o direito às prestações de seguridade social, assegurando a proteção da saúde humana¹². No ato prático, as políticas comunitárias, desde sua criação na década de 70 até a primeira metade dos anos 2000, tentaram obviar às possíveis desconexões administrativas geradas pela incongruência entre a crescente mobilidade europeia e a radicação territorial dos serviços com a emissão de uma série de formulários, pensados e criados em função dos motivos inerentes à circulação, para instrumentar os direitos previstos no Regulamento CEE N. 1408/71. Por meio deles, as pessoas que se deslocavam dentro do espaço europeu podiam aceder imediatamente aos serviços de saúde. O formulário que aqui mais nos interessa é o E112, que autorizava viagens para tratamento médico pré-definido “por motivos específicos de falta ou dificuldade de prestação do serviço, tais como lista de espera, acesso às novas tecnologias e proximidade geográfica” (MARÓN e QUEIROZ, 2017, p. 550). Defendia-se, por meio dele, o princípio de que um mesmo alto nível de proteção da saúde humana devesse ser assegurado aos cidadãos de todos os Estados-membros.

Em 2004, todos esses formulários, incluindo o E112, foram substituídos pelo Cartão Europeu de Seguro de Doença, com o intuito de eliminar os obstáculos ainda presentes em alguns deles. Ainda em 2004, entra em vigor o regulamento (CE) n. 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social, que, com respeito à circulação de pessoas na UE para tratamento de saúde, estabelece no artigo 20 que, para uma pessoa segurada e seus familiares receberem prestações sanitárias em outro Estado-membro, devem ser comprovados dois pontos: 1) que houve pedido de autorização à instituição competente; 2) que o tratamento se dará em outra localidade pelo fato de esse não existir em tempo hábil no seu país de origem. Além disso, o tratamento deve figurar entre as prestações previstas pela legislação do Estado-membro onde o interessado reside (UNIÃO EUROPEIA, 2004).

Se o impacto numérico e financeiro dos deslocamentos sanitários realizados com o E112 não foi significativo (MARÓN e QUEIROZ, 2017), esse fenômeno parece continuar alimentando um fluxo de moderadas dimensões. Por exemplo, entre 2014 e 2016, só dois portugueses conseguiram autorização prévia para acessarem um tratamento em outro país (CAMPOS, 2017) – sendo recusados, no mesmo período, cinco pedidos de reembolso e dois pedidos de autorização prévia, o que demonstra como estamos longe de nos encontrarmos ante uma situação de livre circulação de usuários. Muito mais foram os estrangeiros que procuraram atendimento médico em Portugal. Em 2015, segundo informa Campos (2017), foram

¹² Inicialmente era o Tribunal de Justiça da União Europeia que, à força de julgamentos, traçava a rota do reconhecimento e respeito desse direito. Até que nos anos 2000, foi colocado por escrito nos artigos 34 e 35 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (UNIÃO EUROPEIA, 2012).

registrados 153 pedidos de reembolso de doentes da Suécia, 68 da Dinamarca, 30 da Bélgica, 14 da Noruega e sete do Reino Unido, números que precisam ser interpretados, já que, se é verdade que determinados países da União se destacam como destinos desse tipo de deslocamento sanitário, isso não se deveria tanto ao número de pessoas que procuram por um tratamento específico, quanto ao número de europeus que elegem esses países como lugar de sua residência após a aposentadoria (HORTAL, 2011).

Diferentemente do visto no caso do turismo médico, esse tipo de mobilidade não parece levar a um relaxamento dos sistemas de saúde dos países emissores. Isso ocorre, em parte, porque o fenômeno ainda não alcançou uma dimensão significativa, mas também, e sobretudo, porque a União Europeia trabalha constantemente para que a colaboração médica entre os Estados-membros não se reduza nunca a uma troca de pacientes, estabelecendo uma paralela troca de conhecimentos e tecnologias para o conseguimento de um mesmo nível elevado de proteção da saúde humana (QUEIROZ e GIOVANELLA, 2011). No entanto, segundo diversos observadores, também esse tipo de mobilidade sanitária não é isento de “culpas”. Marón e Queiroz (2017), por exemplo, levantam uma dúvida com respeito à possibilidade dada pelas decisões do Tribunal de Justiça da União Europeia e, posteriormente, normatizada pela Diretiva de 2011/24/UE – relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços – de buscar o tratamento imediato em país que o forneça com qualidade para depois solicitar o reembolso. Com efeito, essa possibilidade prejudicaria o princípio de equidade, favorecendo as pessoas com maior poder aquisitivo.

Processos de integração entre países para a implementação de mercados comuns foram intensificados também em outras regiões globais, como no contexto sul-americano, com a constituição do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) em 1991. A expectativa é que tais políticas de integração entre os países da América do Sul, como aconteceu no caso da União Europeia, além de promoverem uma maior circulação de trabalhadores, mercadorias, serviços e capitais, deem impulso também a uma maior cooperação no âmbito das questões sociais e, em modo particular, no campo da saúde, que, a partir de 1997, passou a ser tratado em dois fóruns específicos: a Reunião de Ministros de Saúde (criada em 1995 e responsável pelo marco político) e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde-SGT 11 (criado em 1996 e responsável pelo marco regulatório), cujas atividades estão, principalmente, orientadas “à negociação entre países para harmonização de normas que possibilitem a circulação de produtos e serviços” (GIOVANELLA et al., 2007). Contudo, interessantes experiências de colaboração internacional estão se dando localmente, no âmbito dos cuidados em saúde transfronteiriços, em que tocaremos na seguinte seção.

3. Transeuntes médicos transfronteiriços

No contexto de constituição de espaços internacionais integrados, como os da União Europeia e os do Mercosul, adquirem especial atenção as experiências construídas nas regiões de fronteira. Isso acontece porque elas se tornam, frequentemente, um laboratório de políticas públicas de integração

supranacional e cooperação internacional; também e sobretudo no âmbito da saúde. A própria Diretiva de 2011 parece olhar para além das zonas de fronteira, para um cenário mais abrangente de colaboração europeia em termos de saúde. Nesse sentido, um projeto de vanguarda no marco da cooperação sanitária europeia é o representado pelo hospital transfronteiriço da Cerdanha, pequena região dos Pireneus Orientais, dividida entre a França e a Espanha. A particularidade desse hospital, em funcionamento desde 2014 e localizado nos arredores da cidade espanhola de Puigcerdà, é o fato de ele ser copropriedade dos sistemas de saúde pública catalão e francês. Trata-se de um projeto piloto cujo desenvolvimento é obstado tanto pelas dificuldades burocráticas, inerentes à integração numa única realidade de sistemas de saúde distintos e de natureza diferente (centralista, o francês e autônomo, o catalão), como pelo fato de envolver diversos idiomas.

Os municípios, não só europeus, que insistem nas divisas internacionais representam os espaços de maior procura por serviços de saúde por estrangeiros. No entanto, mesmo quando esses movimentos se dão no âmbito de acordos internacionais e dentro de regiões de integração supranacional, eles devem ser considerados à parte, pela situação única em que vivem seus protagonistas e pelo contexto particular da fronteira, que muitas vezes apela para um regime normativo especial. Com efeito, a fronteira, longe de compor uma mera barreira entre mundos separados, constitui sempre um lugar a ser vivido, uma *borderland* (PUJADAS e MONCUSÍ, 2018) em que convivem, nem sempre pacificamente, lógicas nacionais e práticas locais. Um primeiro motivo pelo qual os habitantes de um lado da fronteira se dirigem a centros de atenção à saúde localizados no outro lado é, justamente, sua maior proximidade geográfica, num campo existente de interações sociais, e a União Europeia (2011) vai ao encontro dessa demanda, reconhecendo ao paciente fronteiriço o direito de se dirigir ao hospital mais próximo, mesmo que ele esteja localizado do outro lado da fronteira.

O caso do hospital da Cerdanha não é isolado, inserindo-se num campo de ação política – conduzida ora pela União Europeia, ora pelos próprios Estados-membros, através de acordos bilaterais – que já apresenta numerosas frentes abertas. As mulheres portuguesas e francesas das regiões fronteiriças que, por exemplo, em estado gestacional, procuram receber atenção médica nos hospitais espanhóis não o fazem só graças ao Cartão de Saúde Europeu, mas também a acordos de cooperação transfronteiriça que Espanha e França assinaram em 2008 e Espanha e Portugal em 2009 (CHAPAPRIETA e PÉREZ, 2015). Contudo, não devemos nunca esquecer que tais práticas de mobilidade não são introduzidas por esses acordos, mas acolhidas e favorecidas por eles. Os atravessamentos de fronteiras, motivados pela procura de um atendimento médico, deram-se historicamente antes da firma desses acordos e se dão com bastante frequência lá onde eles não existem. O que vimos até agora sobre os acordos europeus de colaboração transfronteiriça em termos de saúde representa só uma declinação particular de um fenômeno muito mais

amplo, complexo e antigo, de atravessamentos históricos e consuetudinários, baseados não só em proximidades geográficas mas também em continuidades culturais e permeabilidades sociais¹³.

O caráter especial de tais vivências transfronteiriças, paradoxalmente, levou ora a uma exuberância de atos e prescrições normativas específicos, ora a sua total ausência e, inclusive, a certa inobservância das regras em vigor no resto dos territórios nacionais dos países fronteiriços. Com respeito a esta última situação, há muitos casos em que práticas transfronteiriças ordinárias e anosas, completamente ignoradas pela ação governamental dos países envolvidos, são simplesmente entregadas ao juízo e à criatividade metodológica e (in)formal do pessoal empregado nos centros de saúde fronteiriços (NOGUEIRA, DAL PRÁ e FERMIANO, 2007). Com efeito, só uma mínima parte dos que residem nas imediações de uma fronteira e decidem atravessá-la e procurar atendimento médico do outro lado dela o fazem graças a acordos políticos. Entre eles não estão, por exemplo, as mulheres marroquinas que se dirigem aos hospitais das pequenas cidades de Ceuta e Melilla, enclaves espanhóis no território africano de Marrocos, em processos relacionados com a gestação e o parto. Entre 2009 e 2011, foram 4.291, um número de hospitalizados não residentes no país superior ao registrado no resto da Espanha (CHAPAPRIETA e PÉREZ, 2015).

É claro que essas mulheres traduzem um acesso programado nos termos de um acesso pela porta de urgência, a única atravessável por elas. De um ponto de vista meramente legal, essa estratégia de acesso se poderia qualificar de fraudulenta, e não é a única. Também, há casos de pessoas que, mesmo residindo no exterior, estabelecem ficticiamente sua residência no município de um país, adquirindo o direito a um acesso à saúde. Esse estratagemas é bastante utilizado na extensa fronteira brasileira, país em que, para receber um atendimento integral de saúde, é suficiente apresentar um documento de identidade e um comprovante de residência – que muitas vezes é fornecido por parentes ou amigos brasileiros (GIOVANELLA *et al.* 2007; ALBUQUERQUE, 2012). Alguns dos motivos que levariam estrangeiros e não residentes a buscar atendimento pelo SUS (o sistema público de saúde brasileiro) são: a proximidade geográfica; a ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de origem; a facilidade de ser atendido; a urgência do caso e a qualidade da atenção à saúde no SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

A busca de não residentes no Brasil por atenção à saúde representa um fenômeno sofrido e subestimado. É um fenômeno sofrido, porque os prefeitos e gestores de saúde dos municípios fronteiriços – como acontece no resto do Mercosul – encaram-no isoladamente, enquanto, como apontado por Dal Prá, Mendes e Míoto (2007), as discussões entre os ministérios da saúde não avançam e “os acordos de cooperação no âmbito central ou intermunicipal, entre os Estados-membros para a conformação do direito à saúde e para o atendimento da população fronteiriça se encaminham para concretização em longo

¹³ Nesse sentido, é interessante observar, como fazem Pujadas e Mancusi (2018), que as referidas políticas europeias parecem menos gerar novos atravessamentos e relações do que regenerar realidades locais, intrinsecamente transfronteiriças, mitigando os efeitos separadores de três séculos de processos nacionalizadores.

prazo”¹⁴. É um fenômeno subestimado, porque não corretamente dimensionado, já que a maioria dos municípios não sistematiza esses atendimentos (GIOVANELLA *et al.* 2007). Falamos de serviços de saúde que se encontram, de fato, na situação de atender sem recursos adicionais um número de pessoas que não são contabilizadas como usuárias, recebendo um atendimento descontínuo e fragmentado (DAL PRÁ, MENDES e MIOTO, 2007). É justamente para tornar visível esse fenômeno e procurar soluções para os problemas que acarreta que, como observa Silva (2006), é preciso como nunca avivar um debate da fronteira.

Os únicos casos de cooperação internacional em saúde, observados por Giovanella *et al.* (2007) na fronteira brasileira, são de caráter local e pouco têm a ver com a assistência de pacientes estrangeiros. Em particular, as principais iniciativas de enfrentamento dos dilemas fronteiriços organizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil remetem a iniciativas unilaterais, voltadas ao “asseguramento do direito à saúde dos brasileiros residentes nos lados contíguos às fronteiras brasileiras, em especial as cidades gêmeas” (SILVA, 2006, p. 105)¹⁵. É o caso, por exemplo, dos brasiguaios, brasileiros que moram em terras paraguaias da faixa de fronteira e que procuram com frequência os serviços de saúde dos municípios brasileiros. Essas ações, não obstante, constituem-se como vanguarda de um auspiciado processo de integração das políticas de saúde dos países do Mercosul denominada inicialmente de Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (SIS-MERCOSUL) e depois de SIS-Fronteiras (SILVA, 2006). O programa SIS-Fronteiras, instituído pelo Ministério da Saúde em 2005, tem como principais objetivos “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). No entanto, como avaliavam, em 2014, Nogueira e Fagundes (2014, p. 256), “os objetivos iniciais do Programa não foram atingidos, e os recursos financeiros foram utilizados unicamente para ampliar a rede de serviços locais e manter atualizado o banco de dados”. Além disso, “os aspectos de integração, ou mesmo de cooperação transfronteiriça, previstos, igualmente não se concretizaram; nem mesmo se identificaram quaisquer iniciativas nesse sentido” (NOGUEIRA e FAGUNDES, 2014, p. 256).

Abrimos esta parte apresentando um caso de colaboração interestatal, no campo da saúde transfronteiriça europeia, o do Hospital de Cerdanya/Hôpital de Cerdagne, e finalizamos observando que os sinais de um caminho que vai nessa direção são visíveis também no caso do bloco regional latino-americano; como nas cidades gêmeas de Bella Unión (Artigas, Uruguay) e Barra de Quarai (RS, Brasil), onde o hospital da primeira e a prefeitura da segunda, em 2013, inauguraram a primeira Policlínica Binacional de Saúde Sexual e Reprodutiva “Salud sin Frontera/Saúde sem Fronteira”, no âmbito de um acordo de cooperação entre as duas instituições (ROCHA, 2014).

¹⁴ O financiamento, como apontam diversas pesquisas (NOGUEIRA, 2005; SILVA, 2006; GIOVANELLA *et al.*, 2007), representa o maior obstáculo no caminho para o desenvolvimento de políticas integradas de saúde.

¹⁵ Vale ressaltar que, mesmo com os recentes avanços da legislação migratória brasileira (BRASIL, 2017), que tornam o residente fronteiriço público alvo das políticas e dos direitos sociais do território nacional, os municípios fronteiriços continuam arcando com a responsabilidade pela assistência à saúde dessas pessoas.

¹⁶ Foz do Iguaçu, por exemplo, instalou o Centro Materno Infantil (CMI), ofertando atendimento ao pré-natal das gestantes brasiguaias (MELLO, VICTORA e GONÇALVES, 2015).

4. Retornantes médicos

Por último, existe outro tipo de mobilidade ligada à saúde, que está recebendo uma atenção crescente por parte dos pesquisadores: a dos migrantes que retornam periodicamente para seu país de origem, também para receber cuidados médicos. O eticista Thompson (2008) define esses movimentos de *medical migrations*, distinguindo-os, por sua vinculação a situações coercitivas, do *medical tourism* dos cidadãos biossociais empoderados. Uma das poucas pesquisas brasileiras sobre o tema nos explica como o sistema de saúde de Governador Valadares, município mineiro conhecido pela grande quantidade de pessoas que, desde a década de 1960, emigrou para os Estados Unidos, “atende a uma parte significativa das necessidades dessa população que não reside mais na cidade” (DUARTE e ESCRIVÃO JR., 2011, p. 26). A supradita pesquisa aponta que, “seja pelas restrições governamentais ao acesso aos serviços de saúde norte-americanos [...], seja pelo custo da assistência em saúde naquele país, ou até mesmo por fatores culturais, o emigrante de Governador Valadares acaba buscando os profissionais e os serviços de saúde da sua cidade, quando retorna a passeio ou para visitar familiares” (DUARTE e ESCRIVÃO JR., 2011, p. 27)¹⁷. No entanto, como representam Freitas e Mendes (2013, p. 82-83), num conveniente estudo sobre o caráter plural e transnacional dos itinerários terapêuticos dos migrantes, sua procura de cuidados de saúde “não é restrita ao país de origem, mas estende-se até vários países da diáspora”.

Como observa Freitas (2006), nesses retornos, há três elementos que merecem destaque. Em primeiro lugar, temos a confiança dos que os empreendem em sistemas de saúde cujo funcionamento é familiar e dentro do qual foram vividas experiências positivas. Em segundo lugar, temos que considerar que há pessoas que, mesmo se deslocando de um país para outro, continuam mantendo um vínculo com os sistemas sanitários de origem, por exemplo, perpetuando seguros de saúde. Por último, outro elemento fundamental é representado pelas redes sociais que os retornantes médicos mantêm ativas em seus países de origem e naqueles por que transitaram. Por sua vez, Meghann Ormond (2014) tenta meter ordem nesse campo complexo de idas e vindas identificando os motivos que foram associados a elas pela literatura científica. Uma primeira leitura é a que enxerga nesses deslocamentos a tentativa de contornar obstáculos para o cuidado de saúde, colocados na sociedade de destino pelas desigualdades estruturais ali existentes. O *status* migratório e os fatores socioeconômicos seriam, nesse caso, centrais para determinar a frequência com que os migrantes – agindo como atores racionais – decidem retornar aos seus países de origem para receber tratamentos, quando podem fazê-lo. Em boa parte, eles exploram aqui o “paradoxo de status” (NIESWAND, 2011) dos migrantes que, graças à renda que ganham com o trabalho de baixo status no país de destino, voltam para casa com um status e um poder aquisitivo maiores.

¹⁷ A pesquisa apura também que, dentre as principais demandas apresentadas pelos valadarenses emigrados ao sistema de saúde de sua cidade de origem, aparecem os serviços odontológicos, seguidos de perto pelos *check-ups* ginecológicos, cardiológicos e oftalmológicos. Foi detectada também a demanda por uma segunda opinião acerca de diagnósticos realizados por profissionais norte-americanos.

Não obstante – e aqui passamos a uma segunda interpretação –, um número crescente de estudos começou a contrariar essa ideia de que a procura de cuidados de saúde dos migrantes nos seus países de origem seria ditada por uma simples análise custo e benefícios, pelo menos em sua declinação economicista. Ormond (2014) cita o trabalho de Rajeev e Latif (2009), que descobriram que muitos indianos residentes nos EUA e com discretos recursos econômicos optavam pela saúde na Índia por motivos essencialmente culturais e de pertença; algo, de certo modo, em linha com o encontrado por Raffaetà (2019) entre os equatorianos e marroquinos residentes na Itália. Embora muitos deles colocaram a possibilidade de aceder mais facilmente aos tratamentos biomédicos entre os motivos pelos quais migraram, ficaram posteriormente decepcionados com um sistema de saúde que, na percepção deles, perdia, em proximidade e zelo, perante o “de casa”. Os médicos do lugar de origem seriam os únicos capazes de compreender plenamente esses pacientes retornantes e suas necessidades. É claro que, como presumem Duarte e Escrivão Jr. (2011) com respeito aos valadarenses retornantes, motivos estruturais e culturais podem dar-se ao mesmo tempo.

Conclusões: para um protagonismo dos atores públicos na saúde transnacional

Ao longo deste trabalho, apresentamos uma aproximação das que consideramos ser as principais formas de mobilidade internacional ditadas por motivos de saúde e, em particular, pela busca de tratamentos biomédicos. Na construção dela, achamos menos oportuno concentrar nossa atenção na identificação da incidência de fatores individuais (como, por exemplo, a distância, o tipo de cobertura econômica, ou o papel desempenhado pelos atores públicos e privados)¹⁸ do que analisar as interações mudáveis deles em relação a uma variável contextual que identificamos como central e dominante. Não obstante, se quiséssemos, por um momento, ignorar as especificidades desses tipos de mobilidade, isso seria possível pensando-os todos como parte de um campo de ação comum: o das trajetórias médicas transnacionais. Todos esses casos nos falam do duplo desafio de procurar e garantir o direito à saúde num contexto global de fragilização dos Estados-nações e de crescente interconexão internacional; e todos eles, em certa medida, participam da constante tensão que coloca ditas trajetórias entre a promessa de maior liberdade, de um cuidado que se avigora pela multiplicação de suas possibilidades, e o temor de que os espaços novos traçados por elas sejam rapidamente ocupados por sujeitos privados (notoriamente mais reativos), artífices de um programa global de mercantilização da saúde e construtores de novas desigualdades.

Com efeito, sobretudo num nível micro, vemos indivíduos que constroem seus itinerários de saúde, com certa liberdade, deslocando-se entre países e sistemas sanitários diferentes, em busca da solução médica melhor: o que é ilegal e caro num país, é legal e acessível em outro (RAFFAETÀ *et al.*, 2017). Como observam Freitas e Mendes (2013, p. 86), “os recursos de cuidados de saúde transnacionais alargaram o

¹⁸ O papel desempenhado pelos atores públicos, por exemplo, mesmo sendo predominante no caso dos turistas médicos regionais e no dos pacientes transfronteiriços que entram no regime deles, como visto, não é necessariamente ausente tampouco no caso dos turistas médicos.

âmbito das escolhas de tratamentos para os participantes, permitindo o restabelecimento de autonomia e instrumentalidade na seleção dos cuidados [...]”; e Raffaetà (2019, p. 73), analogamente, utilizando o termo de “espaços de oportunidades terapêuticas transnacionais”, enfatiza as vantagens que decorrem de um mundo interconexo, em que as pessoas, movendo-se, aprendem a mitigar os efeitos prejudiciais e morbíficos das desigualdades globais. Os defensores do turismo médico afirmam, justamente, isto, que essa prática democratiza o cuidado de saúde. No entanto, existe também um lado obscuro. Como aponta sempre Raffaetà (2019), enquanto os viajantes médicos exercitam estrategicamente seus direitos de cidadania no espaço médico transnacional, este é cercado e organizado por novos atores capazes de capitalizar suas muitas brechas legislativas e políticas de maneira a gerar lucro e com ele novas disparidades.

Os novos protagonismos desses atores privados que vão se instalando nos interstícios transnacionais dos sistemas de saúde nacionais vão de mãos dadas com uma evidente dificuldade destes últimos; quando não com uma verdadeira recuada deles. Estes, sejam eles movidos por interesses e lógicas humanitárias ou econômicas, tentam fazer frente a esse novo desafio; timidamente, compõem e articulam redes complexas, capazes de sustentar legalmente, economicamente e operativamente intervenções, serviços e projetos que, acompanhando os movimentos que atravessam seus âmbitos territoriais de competência, possam transcendê-los. Na maioria dos casos, porém, a possibilidade de cuidados de saúde transnacionais ativa processos que embarçam a saúde pública, ao mesmo tempo que expõem sua fragilidade: por um lado, inegavelmente, tal possibilidade afrouxa os vínculos entre um serviço local de saúde e seus usuários e, por outro lado, torna patente a incapacidade estrutural daquele de interceptar novos possíveis usuários viajantes – assim como sua propensão em deixar que eles, em algum ponto dos caminhos terapêuticos que constroem, se cruzem com seguradoras e provedores privados de serviços de saúde.

Onde a saúde pública recua, também os princípios que a sustentam tendem a se fragilizar. Nos espaços atravessados pelos movimentos que aqui descrevemos, podemos encontrar uma saúde que não é igual para todos. Especialmente com respeito ao caso do turismo médico, aparecem detratores que ressaltam seus efeitos negativos, começando pelo seu suposto antagonismo ao princípio de equidade: se o turismo médico constitui uma oportunidade a mais, sempre mais integrada nos sistemas-nação, esta – defendem eles – é reservada aos poucos que podem suportar seus altos custos. No entanto, a situação é muito complexa e não é sempre fácil entender se as crescentes diferenciações terapêuticas, viabilizadas pela mobilidade sanitária e calibradas em função de coletivos particulares, tiram ou acrescentam direitos e possibilidades; se são negativamente ou positivamente (conforme o princípio de equidade) discriminatórias. Ormond (2014) refere o caso do Planet Hospital, um facilitador de viagens médicas dos EUA que lançou um seguro dirigido aos imigrantes, chamado de Diáspora; que oferece uma cobertura contra os acidentes, dentro dos EUA, e uma cobertura integral, em clínicas médicas selecionadas no país de origem, para atendimentos não emergenciais. Estaríamos aqui ante um novo tipo de segregação étnico-racial, implementada no âmbito de uma saúde mercantilizada e despojada de sua missão ético-social, ou, ao contrário, a um modo dessa atender de mais de perto às exigências de seus clientes-pacientes, oferecendo um tipo de opção que eles mesmos,

frequentemente, procuram? Difícil estabelecê-lo com certeza. No mínimo, as implicações simbólicas de tudo isso causam preocupação.

Aqui, é claro, não está em discussão a existência de práticas de cuidado transnacional em saúde, inevitáveis num mundo sempre mais globalmente interligado, mas a necessidade de conhecê-las melhor; auspiciando que um maior conhecimento de suas dinâmicas contribua para que as políticas públicas de saúde participem desses movimentos de maneira a torná-los um multiplicador de possibilidades terapêuticas antes do que um dificultador do acesso à saúde e um redutor de sua qualidade. A qualificação transnacional do cuidado em saúde agrega uma nova atribuição aos Estados-nação, que é a ativa participação nesses processos que envolvem o acesso à saúde, tanto do ponto de vista da promoção de sua equidade e universalidade, quanto da sua desmercantilização; algo que demanda, nas relações de forças existentes, o reforço de sua capacidade de ação dentro de um complexo campo de cooperação internacional que envolve sujeitos e interesses comerciais, econômicos e diplomáticos. Como coloca Raffaetà (2019), os atores públicos devem jogar um papel mais incisivo, regulando por meio de políticas de saúde e leis de seguridade social esses espaços médicos transnacionais, de maneira que, por um lado, aliviem as disparidades econômicas, sociais e sanitárias entre os países – reduzindo, assim, as distâncias, não só físicas, dos percursos dos viajantes médicos; e, por outro lado, protejam os direitos dos que decidem buscar cuidados de saúde através das fronteiras nacionais – fazendo, sim, que seus movimentos não sejam deixados completamente nas mãos do mercado e de suas lógicas.

Referências

ALBUQUERQUE, J. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s)**, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.

BOOKMAN, M.; BOOKMAN, K. **Medical tourism in developing countries**. New York, Palgrave Macmillan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.120 de 06 de julho de 2005. [Institui o SIS Fronteiras]. **Diário Oficial da União**, 07 de julho de 2005.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, D.F., 25 maio 2017.

CAMPOS, A. Só dois doentes foram autorizados a tratar-se noutro país da UE. **Público**, Lisboa, 29 jun. 2017, Saúde.

CARRERA, P.M.; BRIDGES, J.F.P. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. **Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, v. 6, n. 4, p. 447-454, 2006.

CHAPAPRIETA, A. G.; PÉREZ, E. M. El turismo sanitario en España: mitos y realidades. **Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences**, n. 9, p. 91-118, January 2015.

DAL PRÁ, K. R.; MENDES, J. M. R.; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, Sup. 2, p. S164-S173, 2007.

- DUARTE, N. A.; ESCRIVÃO JR., Á. Saúde transnacional. **GVexecutivo**, v. 10, n. 1, p. 24-27, jan./jun. 2011.
- FREITAS, C. **Em busca de um bom médico: quando a saúde não tem fronteiras**. Dissertação (Mestrado em Migrações e Estudos Étnicos) – Universidade de Amsterdã, 2006.
- FREITAS, C.; MENDES, Á. A resiliência da saúde migrante: itinerários terapêuticos plurais e transnacionais. **Rev. Inter. Mob. Hum.**, v. 21, n. 40, p. 69-92, jan./jun. 2013.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, Sup. 2, p. S251-S266, 2007.
- HELBLER, M. The movement of patients across borders. **Bull World Health Organ**, n. 89, p. 68-72, 2011.
- HORTAL, M. J. C. Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada. **Cuadernos de derecho transnacional**, v. 3, n. 2, p. 51-70, 2011.
- MAINIL, T. **Transnational health care and medical tourism: understanding 21st-century patient mobility. Towards a rationale of transnational health region development**. Tese (Doutorado em Sociologia Médica) – Universidade de Antuérpia, 2012.
- MARÓN, M. F.; QUEIROZ, F. D. S. Os sistemas de saúde no âmbito da União Europeia e a prática de turismo sanitário: breve análise sobre as repercussões trazidas para o bloco. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 12, n. 2, p. 545-571, 2017.
- MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015.
- NIESWAND, B. **Theorising Transnational Migration: The Status Paradox of Migration**. London, New York, Routledge, 2011.
- NOGUEIRA, V. M. R. **Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde**. Relatório final de pesquisa. Florianópolis: Departamento de Serviço Social/UFSC, 2005.
- NOGUEIRA, V. M.; DAL PRÁ, K. R.; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 227-236, 2007.
- NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS Fronteiras: perspectiva para a ampliação do direito à saúde na Fronteira Arco Sul. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 13, n. 2 (18), p. 245-260, jul./dez. 2014.
- ORMOND, M. Harnessing “diasporic” medical mobilities. In: THOMAS, F.; GIDEON, J. (Eds.). **Migration, Health and Inequality**. London, Zed Books, 2014.
- ORMOND, M.; KASPAR, H. South-South medical tourism. In: FIDDIAN-QASMIYEH, E.; DALEY, P. (Eds.). **Routledge Handbook of South-South Relations**. London, Routledge, 2018.
- PACI, D.; SCHWEITZER, S. O. Turismo sanitario, certificazione di qualità internazionale e tensioni pubblico-privato nei paesi in via di sviluppo. Prime considerazioni sui paesi del sud-est asiatico. In: CONVEGNO ANNUALE AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria), 12., 2007, Firenze. **Anais [...]**. Firenze: Università di Firenze, 2007.
- PUJADAS, J. J.; MONCUSÍ, A. Cerdana, territorio fronterizo y lugar en sí mismo. Los vaivenes del borderland franco-español en un enclave catalán. **Studi Emigrazione**, LV, n. 211, p. 351-372, 2018

- QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011.
- RAFFAETÀ, R. Caring across borders: the politics of belonging and transnational health. **Anuac**, v. 8, n. 1, p. 59-83, giugno 2019.
- RAFFAETÀ, R. et al. Medical pluralism reloaded. **L'Uomo Società Tradizione Sviluppo**, v. 1, p. 95-124, 2017.
- RAJEEV, A.; LATIF, S. Study of the knowledge, attitude and experience of medical tourism among target groups with special emphasis on South India. **Online Journal of Health and Allied Sciences**, v. 8, n. 2, Apr.- Jun. 2009.
- ROCHA, G. **Estudio exploratorio acerca de los dispositivos de salud que operan en las ciudades gemelas de la frontera Uruguay-Brasil**. TCC (Trabalho Social) – Universidad de la República, 2014.
- SILVA, M. G. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.
- SOBO, E. J. Medical Travel: What It Means, Why It Matters. **Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness**, v. 28, n. 4, p. 326-335, 2009.
- THOMPSON, C. Medical tourism, stem cells, genomics: EASTS, transnational STS and the contemporary life sciences. **East Asian Science, Technology and Society: An International Journal**, n. 2, p. 433-438, 2008.
- TURNER, L. Medical tourism. Family medicine and international health-related travel. **Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien**, v. 53, p. 1639-1641, 2007.
- UNIÃO EUROPEIA. Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. **Jornal Oficial da União Europeia**, C 326, p. 391-407, 26 de outubro de 2012.
- UNIÃO EUROPEIA. **Regulamento (CE) N. 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho** de 29 de Abril de 2004 relativo à coordenação dos sistemas de segurança social.
- UNIÃO EUROPEIA. **Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho** de 09 de março de 2011 relativa ao exercício do direito dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.
- VOLLAARD, H. Solidarity, Territoriality, and Healthcare: Cross-National Policy Learning in Europe. In: LEVI-FAUR, D.; VIGODA-GADOT, E. (Eds.). **International Public Policy and Management: Policy Learning Beyond Regional, Cultural and Political Boundaries**. New York, Marcel Dekker, 2004. p. 267-295.
- WARNER, D.; JAHNKE, LR. **US-Mexico. Mode 2: imports and exports of health services**. Report to the Organization for Economic Cooperation and Development. Austin, University of Texas at Austin, 2010.