

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CELS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO
DE FRONTEIRA - MESTRADO**



SOLANGE AIKES

Dinâmicas de integração e o acesso à saúde em cidades gêmeas do Paraná

**Foz do Iguaçu
2017**

UNIOESTE/Foz do Iguaçu

AIKES, S.

2017

MESTRADO

SOLANGE AIKES

Dinâmicas de integração e o acesso à saúde em cidades gêmeas do Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira. Mestrado, do Centro de Educação de Letras e Saúde da Universidade Estadual do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: saúde pública. Linha de pesquisa: políticas de saúde em região de fronteira.

Orientadora: Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto

**Foz do Iguaçu
2017**

AIKES, S. Dinâmicas de integração e acesso à saúde em cidades gêmeas do Paraná. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2017.

Aprovado em 08/08/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. (a) Maria Lucia Frizon Rizzotto (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Prof. Dr. (a) Manoela de Carvalho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Prof. Dr. (a) Vera Maria Ribeiro Nogueira
Universidade Católica de Pelotas - UCPEL

AIKES, S. Dinâmicas de integração no campo da saúde em cidades gêmeas do Paraná. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2017.

RESUMO

A presente pesquisa aborda os processos de transfronteirização na saúde pública nas cidades gêmeas do Paraná: Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão. Teve como objetivos: compreender a dinâmica do acesso aos serviços de saúde do transfronteiriço na visão de informantes-chaves; identificar as estratégias de integração dos serviços públicos de saúde utilizadas pelos técnicos e gestores das cidades gêmeas do estado do Paraná e analisar o tratamento dado ao tema da saúde em região de fronteira nos acordos de cooperação regional do Mercosul e Unasul. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, documental e de campo. Teve como fonte de dados, para a pesquisa documental, documentos produzidos pelo Mercosul e Unasul obtidos nos sítios eletrônicos oficiais dessas instituições. Já para a pesquisa de campo foi utilizado um instrumento semiestruturado, aplicado aos informantes-chaves. A metodologia de análise de dados empíricos foi a análise temática de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados estão apresentados sob a forma de três artigos que analisam os achados e discutem as questões mais relevantes. Com a análise dos documentos do Mercosul e da Unasul observou-se uma diferença entre os objetivos e os preceitos que fomentam cada uma das instituições. Apesar de não possuírem políticas específicas para regiões fronteiriças, os processos de integração regional que se iniciam por meio do comércio e da economia, devem avançar na questão social. As fronteiras, há mais de duas décadas são alvos de discussões em diversos grupos técnicos, dessas instituições, principalmente ligados ao controle e vigilância em saúde. Contudo, não se verifica propostas de mudanças nos dispositivos legais, nem a outorga de autonomia para essas populações. Na pesquisa de campo, constatou-se que as iniciativas de integração oficiais nas cidades gêmeas do Paraná, também estão centradas na perspectiva emergencial, relacionadas à vigilância sanitária e epidemiológica em saúde. Identificou-se que a vacinação é um serviço ofertado, sem segregações. A falta de autonomia municipal para propor mudanças políticas, e principalmente as assimetrias dos sistemas e de estruturas foram apontadas como entraves na integração. Verificou-se não haver um padrão com relação ao acesso aos serviços de saúde, nas cidades gêmeas, porém há uma outorga significativa ao profissional de saúde da seletividade do acesso ao sistema público de saúde em relação aos não nacionais. A falta de clareza com relação ao acesso e a interrupção de atendimentos na rede de atenção contrariam diretrizes presentes no Sistema Único de Saúde, fundamentais para efetivação do direito à saúde, à integralidade e à universalidade. Os achados encontrados na pesquisa, mesmo com a dinâmica inerente a esses processos, foram identificados em outros momentos principalmente após a implantação do Sis-Fronteira, mas o fato é que persistem as discriminações e os obstáculos na efetivação de direitos à população transfronteiriça. Os transfronteiriços desorganizam os conceitos de nacionalidade, cidadania e soberania, principalmente quando relacionados à efetivação de direitos sociais. Emerge a necessidade de discussões de políticas públicas nos países sul-americanos que garantam direitos sociais universais, e a criação de cidadanias regionais que retratem a realidade vivenciada por essa população.

Descritores: Áreas de Fronteira, Política de Saúde, Saúde na fronteira, Integração de Sistemas, Acesso aos serviços de saúde.

AIKES, S. **Dynamics of integration and access to health in twin cities of Paraná.** 147 f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2017.

ABSTRACT

The present research deals with the cross-border processes in public health in the twin cities of Paraná: Foz do Iguaçu, Guaira, Santo Antônio do Sudoeste and Barracão. Its objectives were: to understand the dynamics of access to cross-border health services in the view of key informants; To identify the integration strategies of the public health services used by technicians and managers of the twin cities of the state of Paraná and to analyze the treatment given to the topic of health in the border region in the regional cooperation agreements of Mercosur and Unasur. It was a descriptive, documentary and field research. For documentary research, documents produced by Mercosur and Unasul obtained from the official websites of these institutions were used as data sources. For field research, a semi-structured instrument was used, applied to key informants. The empirical data analysis methodology was the thematic content analysis proposed by Bardin. The results are presented in the form of three articles that analyze the findings and discuss the most relevant issues. With the analysis of the Mercosur and Unasur documents, there was a difference between the objectives and the precepts that foment each one of the institutions. Although they do not have specific policies for border regions, regional integration processes that begin with trade and the economy must advance the social issue. For more than two decades, borders have been the subject of discussions in several technical groups, mainly related to health control and surveillance. However, there are no proposals for changes in legal provisions, nor the granting of autonomy to these populations. In the field research, it was verified that the official integration initiatives in the twin cities of Paraná, are also centered in the emergency perspective, related to sanitary and epidemiological surveillance in health. It was identified that vaccination is an offered service, without segregation. The lack of municipal autonomy to propose political changes, and especially the asymmetries of systems and structures, were pointed out as obstacles to integration. It was verified that there is no standard regarding access to health services in the twin cities, but there is a significant grant to the health professional of the selectivity of access to the public health system in relation to non-nationals. The lack of clarity regarding the access and interruption of care in the care network contravene guidelines present in the Unified Health System, fundamental for the realization of the right to health, integrality and universality. The findings found in the research, even with the inherent dynamics of these processes, were identified at other times mainly after the implementation of Sis-Fronteira, but the fact is that discrimination and obstacles to the realization of rights to the cross-border population still persist. Cross-border disorganization of concepts of nationality, citizenship and sovereignty, especially when related to the realization of social rights. There is a need for public policy discussions in South American countries that guarantee universal social rights and the creation of regional citizenships that portray the reality experienced by this population.

Descriptor: Border Areas; Health policy; Health at the border; Health Services Accessibility.

AIKES, S. **Dinámicas de integración y acceso a la salud en ciudades gemelas de Paraná.** 147 f. Dissertación (Maestría en Salud Pública) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguacu, 2017.

RESUMEN

La presente investigación aborda los procesos de transfronterización en la salud pública en las ciudades gemelas de Paraná: Foz do Iguacu, Guaira, Santo Antônio do Sudoeste y Barracão. Se tuvo como objetivos: comprender la dinámica del acceso a los servicios de salud del transfronterizo en la visión de informantes clave; Identificar las estrategias de integración de los servicios públicos de salud utilizadas por los técnicos y gestores de las ciudades gemelas del estado de Paraná y analizar el tratamiento dado al tema de la salud en región de frontera en los acuerdos de cooperación regional del Mercosur y Unasur. Se trató de una investigación descriptiva, documental y de campo. Como fuente de datos, para la investigación documental, documentos producidos por el Mercosur y Unasur obtenidos en los sitios electrónicos oficiales de esas instituciones. Para la investigación de campo se utilizó un instrumento semiestructurado, aplicado a los informantes clave. La metodología de análisis de datos empíricos fue el análisis temático de contenido propuesto por Bardin. Los resultados se presentan en forma de tres artículos que analizan los resultados y discuten las cuestiones más relevantes. Con el análisis de los documentos del Mercosur y de la Unasur se observó una diferencia entre los objetivos y los preceptos que fomenten cada una de las instituciones. A pesar de no tener políticas específicas para regiones fronterizas, los procesos de integración regional que se inician por medio del comercio y la economía, deben avanzar en la cuestión social. Las fronteras, desde hace más de dos décadas, son blancos de discusiones en diversos grupos técnicos, de esas instituciones, principalmente vinculados al control y vigilancia en salud. Sin embargo, no se verifican propuestas de cambios en los dispositivos legales, ni el otorgamiento de autonomía para esas poblaciones. En la investigación de campo, se constató que las iniciativas de integración oficiales en las ciudades gemelas de Paraná, también están centradas en la perspectiva de emergencia, relacionadas a la vigilancia sanitaria y epidemiológica en salud. Se identificó que la vacunación es un servicio ofrecido, sin secreciones. La falta de autonomía municipal para proponer cambios políticos, y principalmente las asimetrías de los sistemas y de estructuras, fueron apuntadas como obstáculos en la integración. Se verificó que no había un patrón con respecto al acceso a los servicios de salud en las ciudades gemelas, pero hay un otorgamiento significativo al profesional de salud de la selectividad del acceso al sistema público de salud en relación a los no nacionales. La falta de claridad con respecto al acceso y la interrupción de las atenciones en la red de atención contrarresta las directrices presentes en el Sistema Único de Salud, fundamentales para la efectividad del derecho a la salud, a la integralidad ya la universalidad. Los hallazgos encontrados en la investigación, incluso con la dinámica inherente a esos procesos, fueron identificados en otros momentos principalmente después de la implantación del Sis-Frontera, pero el hecho es que aún persisten las discriminaciones y los obstáculos en la efectividad de derechos a la población transfronteriza. Los transfronterizos desorganizan los conceptos de nacionalidad, ciudadanía y soberanía, principalmente cuando se relacionan con la efectividad de los derechos sociales. Se plantea la necesidad de discusiones de políticas públicas en los países sudamericanos que garanticen derechos sociales universales, y la creación de ciudadanía regionales que retraten la realidad vivida por esa población.

Palabras Clave: *Áreas fronterizas, Políticas de Salud, Salud fronteriza, Integración de Sistemas; Accesibilidad a los Servicios de Salud.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	13
3. FRONTEIRA, INTEGRAÇÃO E TERRITÓRIO.....	14
3.1. Cooperação e integração.....	14
3.2. Integração formal e informal.....	15
3.3. Território e territorialidade.....	16
3.4. Da fronteira limite à fronteira integração: o transfronteiriço e os processos de transfronteirização.....	21
3.5. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.....	26
3.6. Cidades gêmeas.....	28
3.7. Integração <i>versus</i> soberania, cidadania e nacionalidade.....	30
4. POLÍTICAS PÚBLICAS, DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA.....	34
4.1. Políticas públicas e desenvolvimento regional.....	34
4.2. Mobilidade fronteiriça e demandas de saúde.....	37
4.3. Sis-Fronteira.....	42
4.4. Saúde do Viajante.....	44
4.5. Pacto pela saúde e a regionalização – Rede de atenção à saúde e o estrangeiro.....	45
4.6. Os sistemas de saúde dos países fronteiriços: Brasil, Argentina e Paraguai.....	50
4.7. O sistema de saúde brasileiro.....	52
4.8. O sistema de saúde argentino.....	56
4.9. O sistema de saúde paraguaio.....	58
5. UNASUL, MERCOSUL E A TRANSFRONTEIRIZAÇÃO NA SAÚDE.....	61
5.1. Mercosul.....	62
5.2. Unasul.....	66
6. PERCURSO METODOLÓGICO.....	69
6.1. Coleta, sistematização, análise e interpretação dos dados.....	69
6.2. Análise Documental.....	69
6.3. Análise dos dados empíricos.....	71
6.4. Aspectos Éticos.....	72
6.5. Campo de estudo.....	72
6.5.1. Foz do Iguaçu.....	73
6.5.2. Guaira.....	74
6.5.3. Barracão.....	75

6.5.4. Santo Antônio do Sudoeste.....	76
7. ARTIGO 1.....	77
8. ARTIGO 2.....	96
9. ARTIGO 3.....	115
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
11. REFERÊNCIAS.....	136
12. APÊNDICES.....	145
13. ANEXOS.....	146

1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma faixa de fronteira terrestre de 15.719 quilômetros, que corresponde aproximadamente a 27% do território nacional, com cerca de 11 milhões de habitantes. Nessa região de fronteira, estão sediados 588 municípios distribuídos em 11 estados que bordeiam 10 países da América do Sul, onde são identificadas simetrias e assimetrias próprias desses espaços territoriais (LEMÕES, 2012; TORRECILHA, 2013; BRANCO, 2013; ALBUQUERQUE, 2012; PREUS, 2012; BRASIL, 2016).

Devido a sua localização geográfica e bens, o Brasil ocupa uma posição vantajosa nos vínculos criados com os outros países latino-americanos. Participa de duas iniciativas de cooperação regional, o Mercado Comum do Sul (Mercosul) e a União das Nações do Sul (Unasul), as quais envolvem o campo da presente pesquisa. Apesar das diferenças sociais e econômicas que caracterizam os países sul-americanos, a contiguidade geográfica e a proximidade histórica e cultural dos Estados facilitam os fluxos migratórios. As diferentes oportunidades nos países de origem e destino, as condições macroeconômicas e o tamanho e alcance das redes sociais são fatores que favorecem os processos de transfronteirização. Com relação aos fluxos dirigidos ao Brasil, a maior parte deles se relaciona aos serviços de saúde e, secundariamente, aos serviços de educação. A transfronteirização é um processo social que promove o aproveitamento e valorização de uma fronteira. No âmbito desses processos, os habitantes transcendem a fronteira e a incorporam como um recurso em suas estratégias de vida de várias maneiras (CARNEIRO, 2016). “Viver nas zonas de fronteira frequentemente significa viver da fronteira”, ou seja, usufruir das assimetrias existentes nesses locais (ALBUQUERQUE, 2015. p. 109).

Os direitos sociais, então construídos com base na cidadania nacional vêm demandando uma revisão quanto à garantia, como uma das consequências da globalização, especialmente em áreas fronteiriças. Ocorre uma dualidade, a primeira é que, em algumas fronteiras, se diluem formando um espaço comum onde todos são os cidadãos da fronteira. A segunda, é a marca da igualdade/diferença, principalmente nos casos de assimetrias econômicas e sociais severas, ou quando a definição da cidadania serve para garantir direitos sociais em situações de escassez, gerando uma posição de confronto. Nestes casos, a fronteira é reforçada como barreira territorial e identitária (NOGUEIRA; GIMÉNEZ; FAGUNDES, 2012).

O meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades gêmeas. De acordo com Antunes (2012), essas cidades podem ser usadas como instrumento analítico, econômico e político da integração entre países, pois possibilita o

fortalecimento dos acordos, afinal estão inseridas em uma rede urbana em diversas escalas. Mesmo sem o apoio institucional do Estado, as cidades de fronteira realizam há décadas a prática cotidiana da integração fronteiriça como instrumento fático de existência, ou mesmo de sobrevivência. Essa integração informal (base) precede à integração formal (vértice), que é quando os Estados nacionais respondem as demandas e reconhecem os processos transfronteiriços (BENTO, 2015).

A saúde pública é um campo que suscita profundas questões de geografia política entre elas a definição de quem exerce poder e as delimitações de espaços, ou seja, chamam a atenção para a discussão das relações entre o Estado, o poder e a democracia, considerando os movimentos sociais e suas escalas de ação (CARNEIRO, 2016). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, um êxito do Movimento de Reforma Sanitária, o sistema público de saúde no Brasil passou por mudanças substanciais, aderiu a princípios doutrinários e diretrizes como a universalidade, a integralidade, a igualdade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Os princípios de integralidade e universalidade são apontados como principal motivo do deslocamento dos estrangeiros (SOUZA; OLIVEIRA, 2014). Outro princípio do SUS, a descentralização, implicou na transferência de responsabilidades, de planejamento e organização para os municípios, marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos (DOURADO; ELIA, 2011), o que gerou uma competição intermunicipal desleal e destrutiva por recursos financeiros escassos (MENDES, 2011). As dificuldades enfrentadas para gerir os sistemas municipais de saúde são maximizadas em municípios de fronteira.

Atualmente, apesar dos processos de transfronteirização, existem poucas políticas públicas de integração nos municípios fronteiriços devido às barreiras diplomáticas, legais e burocráticas. Porém, na área de saúde, em que a urgência é vital e os recursos financeiros públicos historicamente têm sido insuficientes, a integração de ações e atuação conjunta em algumas áreas aumentariam a abrangência e a qualidade de atendimento, diminuindo a pulverização de investimentos e a duplicação de infraestrutura. Dessa forma, é primordial compreender e fortalecer as estratégias de integração de serviços públicos nos municípios fronteiriços, a fim de proporcionar conjunturas mais adequadas à realidade dessas cidades. E assim, discutir a formulação de políticas públicas e até acordos multinacionais que contribuam e auxiliem os gestores municipais de saúde na elaboração de estratégias, que melhorem o acesso à saúde dos transfronteiriços.

O presente trabalho divide-se em itens e subitens. O item intitulado "Fronteira, integração e território" trata das abordagens teóricas das relações internacionais em torno da cooperação e integração, apresenta conceitos como território, fronteira e transfronteiriços que

são balizadores para a compreensão e discussão da saúde em região de fronteira. Apresenta ainda os processos criados pela população fronteiriça, que construiu e modificou a realidade existente nesses locais, mas que ainda sofre com as coações e discriminações exercidas pelos Estados nacionais, mostrando a necessidade de reavaliar os conceitos de soberania e nacionalidade nesses municípios. O item “Políticas públicas, desenvolvimento e a saúde em região de fronteira” apresenta discussões em torno das políticas públicas, destacando as da área de saúde pública que incorporam cada dia mais questões territoriais no desenvolvimento e planejamento de suas políticas, ressalta a importância da saúde como ferramenta para o desenvolvimento regional e o entendimento da saúde como direito de todos. Já o item “Unasul e Mercosul e fronteiras” apresenta um quadro teórico das duas instituições de integração regional mais influentes no cenário atual. Os resultados estão apresentados sob a forma de três artigos que analisam os achados da pesquisa e discutem as questões mais relevantes, como o acesso do transfronteiriço à rede de atenção à saúde, as estratégias de integração das cidades gêmeas e o tratamento dado ao tema saúde em região de fronteira pelas instituições: Unasul e Mercosul. Ao final do trabalho, apresentam-se as considerações finais, de forma a sintetizar alguns resultados, mas, com a certeza de que há muito para se discutir sobre o objeto deste trabalho.

2. OBJETIVOS

a. Compreender a dinâmica do acesso aos serviços de saúde do transfronteiriço nas cidades gêmeas do Paraná na visão de informantes chaves.

b. Analisar o tratamento dado ao tema da saúde em região de fronteira nos acordos de cooperação regional do Mercosul e Unasul.

c. Identificar as estratégias de integração dos serviços públicos de saúde utilizadas pelos técnicos e gestores das cidades gêmeas do estado do Paraná.

3. FRONTEIRA, INTEGRAÇÃO E TERRITÓRIO

3.1. Cooperação e integração

A abertura dos mercados mundiais e a conseqüente globalização têm suscitado um aumento das desigualdades sociais e regionais, o que preocupa os países menos desenvolvidos, em função da maior vulnerabilidade a que estão expostas suas economias. A globalização econômica intensificou a interdependência entre Estados nacionais e estabeleceu novas formas de relacionamentos entre governos e organismos internacionais (TRINDADE, 2016). Cooperação internacional corresponde a diversos mecanismos por meio dos quais países ou instituições promovem o intercâmbio de experiências de conhecimento técnico, científico, tecnológico e cultural (KRYKHTINE, 2014).

A cooperação tradicionalmente praticada nas relações internacionais comumente visam interesses econômicos, não trazendo resultados satisfatórios aos inúmeros problemas sociais que afetam a população mais vulnerável dos países. Com o tempo, a cooperação foi se apoiando em parâmetros valorativos do ponto de vista ético e moral, representados pela defesa da equidade e da universalidade para enfrentar as disparidades conseqüentes do desenvolvimento de cada país. As diferentes modalidades de cooperação revelam que uma das funções mais importantes das interações políticas internacionais é a troca de experiências bem sucedidas (TRINDADE, 2016).

Mendonça (2008) discute os diferentes conceitos de integração e esclarece que essa supõe solidariedade, significa superar as divisões e a união orgânica de membros, explica ainda que há uma confusão entre cooperação e integração. Para ele, cooperação é feita com um objetivo específico e se encerra quando ele é alcançado, já a integração promove mudanças podendo construir uma nova realidade “concreta”. Destaca ainda que a integração só é possível se ocorrer em uma conjuntura consensual.

Nesse sentido, a integração vai além da cooperação, definida como o padrão de comportamento baseado em relações não regidas pela coação ou pelo constrangimento, mas legitimadas pelo consentimento mútuo com vistas à obtenção de vantagens recíprocas. A chave do comportamento cooperativo é a crença na reciprocidade. A integração supera a etapa do interesse dos participantes, visto que já foi internalizado na cultura política o pertencimento ao grupo regional (CANDEAS, 2010).

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 (AZEVEDO, 2015). A política de integração proposta pelo Brasil é vista frequentemente como “imperialista”, isto é, o país estaria disposto a promover uma política de expansão e de domínio territorial, cultural e econômico e de defender uma integração baseada principalmente nos interesses do empresariado brasileiro (BUSS; FERREIRA, 2011).

A integração ultrapassa a ideia de mercado: integrar é cooperar solidariamente para o progresso e melhoramento das condições de vida. Integrar não significa menosprezar nacionalidades nem intervir nos assuntos soberanos dos Estados, é o único caminho para garantir a unidade da região e assim seu desenvolvimento, e ao mesmo tempo, assegurar a sua diversidade cultural (CUNHA, 2012).

3.2. Integração formal e informal

As políticas de desenvolvimento e integração regional, voltadas para a zona de fronteira, têm como referência não tratá-las somente como áreas-limite, mas, principalmente, considerá-las como áreas de contato e de interação. Daí a relevância de uma abordagem especial às formas com que se realizam estas interações, não somente àquelas de cunho econômico, mas também as interações sociais e culturais (SILVA, 2011).

A cooperação transfronteiriça abrange um conjunto de ações coordenadas entre iniciativas formais e informais desenvolvidas pela comunidade ou autoridades dos Estados fronteiriços. A integração entre as populações transfronteiriças pode ser potencializada por meio de políticas públicas que respeitem as diferenças regionais e territoriais. Desse modo, o planejamento regional descentralizado pode ser um grande aliado para mecanismos de integração social nessas áreas (AZEVEDO, 2012).

As relações entre o local e o global são intensas e reconfiguradas pela população transfronteiriça (AZEVEDO, 2015). O desafio é o diálogo articulado, dando voz aos moradores fronteiriços a fim de dar sentido às instituições supranacionais, aprofundando a integração com os países limítrofes e expandir a possibilidade de uma agenda compartilhada para a solução de problemas comuns nas fronteiras (MOURA; CARDOSO, 2013).

A cooperação entre países vizinhos em regiões de fronteira muitas vezes é realizada informalmente e por meio de acordos tácitos entre as autoridades locais dos países fronteiriços. Essa informalidade pode ser um reflexo da definição de cooperação transfronteiriça, que é promovida geralmente por autoridades públicas locais que atuam nesses diferentes países, mas não são sujeitos de direito internacional, portanto, que não têm poder de homologação de

decisões para problemas que ocorrem em uma gama de aspectos da vida cotidiana administrativa (BONTEMPO, 2013). A população e a economia fronteiriça clamam pela ampliação da integração funcional (informal), já o Estado pretende instituir regras que limitem a funcionalidade e amplie a integração formal. A integração formal, quando feita verticalmente, constitui-se um instrumento impeditivo ao exagero de circulações funcionais, visto que exige um aparato institucional e, por vezes, repressivo, caracterizando-se como uma forma de controle social. Entretanto, apesar de conflitantes essas duas relações formal e informal são complementares e essenciais para a harmonia na fronteira (OLIVERIA, 2005). Compreende-se que a regulamentação por meio de acordos e legislações não é uma solução definitiva, porém são instrumentos condicionadores do comportamento humano na busca da composição dos conflitos de interesses (FILHO, 2010).

Unidades subnacionais têm protagonizado iniciativas no plano internacional na tentativa de solucionar problemas regionais que lhes afetam diretamente, esses atores não tradicionais da cena internacional têm se lançado na “arte diplomática”, buscando alcançar resultados que a rigor são da competência da diplomacia oficial estatal. Caracterizando uma atividade que passou a ser denominada como paradiplomacia – ou cooperação internacional descentralizada, termo muito utilizado na área de relações internacionais (ABREU, 2013).

Abreu (2013) relata que existe o receio do país em institucionalizar a paradiplomacia por medo de perder a soberania. O Estado é tolerante, na medida em 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. Ocorre, pois, uma dupla circunstância em que o Estado é ao mesmo tempo resistente e tolerante com o exercício não institucionalizado da paradiplomacia, principalmente porque a paradiplomacia ou integração informal é encontrada constantemente nos municípios fronteiriços.

3.3. Território e territorialidade

Para melhor compreender a fronteira como espaço de desenvolvimento regional é importante ter presente o conceito de território, que diz respeito às expressões de poder localizadas e manifestas no espaço social e não apenas associado à noção de posse, propriedade do solo, legal e socialmente reconhecida. *Territorium*, do latim, significa “porção de terra localizada, apropriada”, o termo esteve associado à ideia de dominação, apropriação e limite (CAMPOS; RÜCKERT, 2014).

O termo território é polissêmico e há várias discussões com enfoques diferenciados: a geografia tenta enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões, a ciência política destaca sua construção a partir das relações de poder, a economia prefere a noção de espaço a de território, percebe-o como um fator locacional, a sociologia o analisa a partir de sua intervenção nas relações sociais e a psicologia o incorpora no debate sobre a construção da subjetividade (HAESBAERT, 2014).

Souza (2013) explica que o território pode ser interpretado como um espaço social, historicamente produzido e organizado, permeado por relações de poder, por redes e por identidades, que está em constante transformação no tempo, ação de alguns agentes principais, como o capital e o Estado, os quais intervêm na organização da sociedade. Campos e Rückert (2014) definem território como o resultado de manifestações de poder associadas a relações sócio-espaciais específicas, entre indivíduos com propósitos e interesses relativamente comuns, que se projetam sobre a materialidade do espaço social e são passíveis de transformações ao longo do tempo, identificando-se aspectos importantes e presentes no território: poder, tempo e espaço.

Para Santos (2014), o espaço é um conjunto de formas contendo frações da sociedade em movimento, possuem dois elementos que interagem constantemente: a configuração territorial e a dinâmica social. Dessa forma, para o autor os espaços vem antes do território. Já o espaço geográfico (território) é um conjunto inseparável de fixos e de fluxos que se apresentam como testemunhas de uma história no tempo. Identificam-se assim, como categorias do espaço, os fixos criados pelo homem (prédios, estradas) ou naturais (rios, praias) e os fluxos que se referem aos movimentos, a circulação de pessoas, mercadorias, etc. Ou seja, o espaço geográfico decorre daquilo que está presente de forma materializada pela ação da sociedade. O território se forma a partir de uma relação espaço/tempo e ao se apropriar de um espaço, em determinado tempo, a sociedade o territorializa.

Para Saquet (2011), o território é a apropriação social de uma porção do espaço geográfico, e a territorialidade é o conjunto de relações estabelecidas pela sociedade. Argumenta que sociedade, espaço, tempo, natureza e território são indissociáveis. São elementos que estão ligados à desterritorialização e à reterritorialização, pois o território também é movimento contínuo, o que caracteriza a sua multidimensionalidade. O território e a territorialidade são processos históricos, possuem nível escalar e também relacional; e constituem identidades em virtude de seus elementos culturais, econômicos e políticos.

Nesse sentido, o processo de construção do território é econômico, político e cultural, como produto da ação de apropriação e produção de um espaço, inserindo-se num campo de poder qualquer, de relações sociais. Onde o homem estiver, há relação e poder, e, a partir da

apropriação e produção do espaço, conseqüentemente, há território. Outra questão a ser destacada é que o exercício do poder não é concebível sem territorialidade (ABRÃO, 2010).

Segundo Haesbaert (2014, p. 79), o território possui quatro dimensões básicas: política, cultural, econômica e a natural. O autor ressalta que essas estão inseridas entre abordagens filosóficas, divididas em dois binômios: materialismo-idealismo e espaço-tempo, a partir dos quais se pode discutir o seu conceito, sendo que delas resultariam duas posições. A primeira aponta para a constatação da existência de vários tipos coexistentes de territórios (políticos, econômicos, culturais e naturais). Estes seriam caracterizados pelo tipo predominante de controle/apropriação do espaço no tempo. Já a segunda posição é voltada para o entendimento de uma nova forma de território com uma perspectiva integrada, denominada pelo autor de território-rede. Para o autor “não há territórios sem uma estruturação em rede que conecta diferentes pontos ou áreas”. A rede é um elemento constituinte do território. Define a existência de três tipos de organização espaço-territoriais: os territórios zonas, mais tradicionais ligadas a lógica zonal bem demarcado; os territórios-rede, configurados na lógica das redes mais espacialmente descontínuos dinâmicos e mais suscetíveis a sobreposições e os aglomerados mais indefinidos que misturam de forma confusa os dois territórios. A diferença entre zona e redes tem origem nas concepções e práticas distintas do espaço: uma que conserva a homogeneidade e a exclusividade e outra que destaca heterogeneidade e a multiplicidade, respectivamente.

Os territórios-rede são espacialmente descontínuos, mas intensamente conectados e articulados entre si. Como se vê o que diferencia os conceitos basicamente é a contigüidade física do território-zona contraposta à descontinuidade, muitas vezes até mesmo “virtualidade”, do território rede, e o que os aproxima é a funcionalidade de ambos (FILHO, 2010).

Para Santos (1996), o espaço geográfico é complexo, constituído por um sistema de objetos e ações com inúmeras articulações verticais e horizontais. As relações de horizontalidades podem ser lidas nos serviços que a cidade presta em seu entorno e que exigem deslocamentos periódicos da população: saúde, educação, comércio especializado, serviços públicos e bancários, dentre outros. Já a verticalidade insere os espaços em graus e em formas variadas nesse contexto global, os quais se utilizam dos benefícios da informação, haja vista a capacidade que possuem de unir em redes os diferentes espaços. As “horizontalidades” expressariam o território-zona, já que importam em reunião de territórios vizinhos e contíguos, por outro lado as “verticalidades” traduziriam o território-rede, por meio da união de pontos distantes do território pelas mais diversas formas e processos sociais.

Sendo assim, reafirma a coexistência, mas aponta que atuam com intensidades distintas, conforme uma seletividade imposta pelo capital transnacional.

Os conceitos de território-zona e território-rede explicam a duplicidade existente nas áreas de fronteiras onde são vistas pelos respectivos governos centrais como territórios-zona para efeitos de ordenamento territorial, todavia, convertem-se em territórios-rede para as populações locais/regionais, como estratégia de subsistência (FILHO, 2010).

Com relação ao controle de fluxo de pessoas, a tendência da territorialização num sentido funcional é do revigoreamento das tentativas de controle por meio dos territórios-zona, áreas com fronteiras bem definidas, embora haja a criação de novas estratégias em rede para burlar esses controles. O Estado nação surge para promover tanto uma territorialidade de controle de acesso como no sentido de classificação e nomeação conforme local de nascimento. Toda existência legal dos indivíduos dependerá de sua condição territorial nacional. Todos que vivem dentro de seus limites tendem em determinados momentos a ser vistos como “iguais”. Por isso, toda relação de poder espacialmente mediada é também produtora de identidade, pois controla, distingue, separa e consequentemente nomeia e classifica os indivíduos e os grupos sociais (HAESBAERT, 2014).

Os processos relacionados ao poder de afetar, influenciar, controlar o uso social do espaço físico não criam homogeneidade ou uma qualidade única do território, nem mesmo, obrigatoriamente, geram um território. Ao contrário do território, que de alguma forma define “nós” e os “outros”, “próprio” e o “não-próprio”, ou seja, carrega um sentido de exclusividade, a territorialidade é um processo de caráter ‘inclusivo’, incorporando velhos e novos espaços de forma oportunista e/ou seletiva, não separando quem está ‘dentro’ de quem está ‘fora’ (OLIVEIRA, 2005). A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais. Nessa perspectiva, o homem é o promotor da construção do espaço geográfico e, ao imprimir valores a esse processo, confirma-se como sujeito social e cultural. A ideia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas (MONKEN *et al.*, 2008).

Todo território contém forte conteúdo simbólico, porque é produto de relações sócio espaciais, e pode ser analisado de diferentes perspectivas, como por exemplo: os efeitos dessas relações sobre o comportamento dos indivíduos; as territorializações, ou seja, a efetiva produção de territórios; ou ainda as desterritorializações (CAMPOS; RÜCKERT, 2014). A territorialidade, como um componente de poder, não é apenas um meio para criar e manter a ordem, mas é uma estratégia para criar e manter o contexto geográfico por meio do qual experimentamos o mundo e dotamos de significado. Portanto, todo território é ao mesmo

tempo funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar funções quanto para produzir símbolos (HAESBAERT, 2008). A relação dos territórios com os processos de desterritorialização e territorialização é dúbia. A estruturação de uma sociedade em rede não é sinônimo de desterritorialização, pois em geral significa novas territorializações. “Territoriolar-se é construir e/ou controlar fluxos e redes e criar referenciais simbólicos num espaço em movimento, no, e, pelo movimento” (HAESBAERT, p. 280, 2014).

Ao avaliarmos os níveis de desterritorialização para cada grupo ou classe social, contata-se que aquilo que é denominado desterritorialização para a elite nada tem a ver com o deslocamento compulsório das classes mais pobres, a mobilidade espacial não significa mobilidade social. Muitos grupos sociais podem estar desterritorializados sem deslocamentos físicos e a imobilidade também não significa obrigatoriamente territorialização. Muitas vezes o pano de fundo da desterritorialização é o movimento neoliberal que prega o fim das fronteiras e o fim do Estado para livre atuação das forças de mercado. Assim o que desterritorializa de fato é justamente esse afastamento ou fragilização do Estado e a consequente onipotência de uma economia flexível. O capitalismo volátil a todo o momento destrói nossas referências territoriais ou constrói multiterritorialidade, torna-se sinônimo de falta de liberdade (HAESBART, 2014).

Multiterritorialidade é a forma moderna de reterritorialização, ela é fruto de relações sociais construídas por meio dos territórios-rede. 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 à rede em que estivermos inseridos, aliada à autonomia de que dispomos, maiores as possibilidades de que diferentes territórios se tornem um recurso na configuração de nossa multiterritorialidade (HAESBAERT, 2014).

Entre as novas territorialidades em gestação, há aquela que envolve a escala-mundo. É a sua existência, afinal, que de diversas maneiras coroaria os processos de globalização, de certa forma legitimando-os, na medida em que a dimensão política da globalização, o controle político dos fluxos (especialmente de capitais), é menos evidente. Essa possibilidade de uma sociedade global no sentido positivo, e não apenas negativo de opressão e controle coloca pela primeira vez na história a possibilidade de uma "sociedade-mundo" em que valores como a democracia, a autonomia e os direitos humanos seriam de fato universalizados. O problema é distinguir que grupos a utilizam e/ou a manipulam (HAESBAERT; LIMONAD, 2007).

Santos (2012) esclarece que o território continua a ser utilizado como palco de ações isoladas e no interesse conflitante de atores isolados, agravando desequilíbrios, não há procura

de uma verdadeira produtividade espacial. Em vez de ser instrumento de igualdade individual e de fortalecimento da cidadania, o território mantém a criação de cidadãos desiguais, o valor do indivíduo depende do lugar em que ele está.

Portanto, os territórios surgem em razão das relações humanas com o espaço. Nas fronteiras não é possível caracterizar esses espaços apenas pelo limite político e jurídico existente entre os Estados nacionais (AZEVEDO, 2015). A fronteira é justamente o espaço físico que separa territórios dos Estados nacionais, surgidos mais da identificação entre grupos sociais que o termo “nação” evoca, do que da funcionalidade do espaço construído (FILHO, 2010). No entanto, existe uma dificuldade em aceitar recortes espaciais não coincidentes com os territórios político-administrativos (HAESBAERT, 2008).

3.4. Da fronteira limite à fronteira integração: o transfronteiriço e os processos de transfronteirização

O Estado tem sido pensado e teorizado em termos de território, entretanto, entre um território e outro, ou seja, entre uma nação e outra, instituem-se as linhas/faixas de fronteira. O conceito de fronteira etimologicamente tem origem na palavra latina *fronteria* ou *frontaria* que significa a parte do território localizado nas margens. Com o tempo, este conceito passou a indicar limite que separa duas regiões podendo ser de ordem material ou simbólica (SILVA, 2011).

Para Haesbaert (2016), limites são componentes indissociáveis das fronteiras, especialmente quando estas são definidas essencialmente sob sua conotação política. Se o limite trabalha obrigatoriamente com alguma ideia de fixação, a fronteira envolve a concepção de movimento e transformação do espaço. Percebe-se agora o quanto o debate sobre limites e fronteiras tem a ver com a questão mais ampla do próprio espaço e sua relação indissociável com o tempo. As faixas territoriais de cada lado do limite territorial compõem a zona de fronteira. No âmbito do Estado nação, as fronteiras possuem em tempos de paz, três principais atribuições: legal, fiscal e de controle (CARNEIRO, 2016).

No Brasil, a fronteira é resultante de um processo histórico que tem por base a preocupação do Estado com a garantia de sua soberania e independência nacional desde os tempos da colônia. Quando se criou o conceito faixa de fronteira, foram considerados principalmente questões de segurança nacional, servindo a fronteira fundamentalmente como barreira frente às ameaças externas. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 20º, estabelece a faixa de fronteira como sendo os cento e cinquenta quilômetros de largura, ao longo das fronteiras terrestres, sendo considerada fundamental para a defesa do território

nacional. A lei que dispõe sobre a faixa de fronteira é a nº. 6.634 de 02 de maio de 1979, regulamentada pelo Decreto Lei nº. 85.064 de 26 de agosto de 1980 (GADELHA; COSTA, 2007; BORBA, 2013; BRANCO, 2013). Essa legislação restringe o uso dos territórios fronteiriços à ideia de segurança, controle e proteção e estabelece diversas proibições. Entre elas se concentram particularmente em relação à aquisição de propriedades rurais na faixa de fronteira por estrangeiros (ALBUQUERQUE, 2014).

A fronteira com a Argentina envolve 1.261km onde estão localizados 38 municípios brasileiros, já com o Paraguai são 1.366km e 20 municípios. O estado do Paraná é o segundo estado brasileiro que mais compartilha cidades de fronteira (BORBA, 2013; PREUSS, 2012; QUEIROZ, 2007).

Como no Brasil, o Paraguai e a Argentina possuem delimitações quanto às suas respectivas faixas de fronteira. No Paraguai, denomina-se *Zona de Seguridad Fronteriza* criada por meio da Lei nº. 2532, promulgada em 14 de fevereiro de 2005, estabeleceu a zona de segurança fronteiriça a linha/faixa de 50 km de fronteira terrestre adjacente e/ou rio dentro do território nacional. Aproximadamente 143.328 km² compõem a *Zona de Seguridad Fronteriza*, o equivalente a 31% da superfície total do país. Dos 17 departamentos existentes no Paraguai, 15 possuem porções de seus territórios dentro dos limites dessa zona, sendo que outros 134 distritos também a compõem (GEMELLI, 2013).

Na Argentina, por meio do Decreto Lei nº. 15.385/44 criou-se as *Zonas de Seguridad* para complementar as disposições territoriais da defesa nacional compreendendo uma faixa ao longo das fronteiras terrestres e/ou marítima, a largura não poderia exceder o limite máximo de 150 km fronteira terrestre, a 50 km do mar e 30 km nas zonas do interior. Essa mesma legislação criou também a Comissão Nacional de Zonas de Segurança. Já o Decreto nº. 32.530/48 que complementa a lei estabelece normas para a aplicação do artigo 4º que essas zonas de fronteira sejam preferencialmente ocupadas por argentinos natos. Segundo Winter (2009), a interação com a fronteira Argentina é menos intensa, devido à implantação pelos argentinos de reservas naturais como zonas-tampão para dificultar a imigração de brasileiros. Essas linhas de contenção nada mais são que as reservas naturais de florestas nas províncias de *Corrientes* e *Misiones*, entretanto verifica-se que isso é transcendido pelo desenvolvimento de cidades gêmeas (RÜCKERT; ALBUQUERQUE, 2008).

As leis das faixas de fronteira definem áreas de segurança nacional e de desenvolvimento estratégico, estabelecendo limites ao uso desses territórios por parte dos estrangeiros, especialmente dos países vizinhos. São leis derivadas de concepções nacionalistas e expansionistas dos Estados nacionais (ALBUQUERQUE, 2014). A necessidade de legitimar os conceitos fronteira-limite foi importante, pois começava a

centralização de um poder político. O sentido de um Estado só se dá com a existência de outro Estado, cada Estado está ligado a um povo, uma organização política e um território. A partir da formação do Estado-território, a oposição entre dois Estados devido a grupos políticos distintos naturalmente começou a gerar delimitações fixas desses territórios. Com a evolução, isso originou o Estado nação e nesse contexto é que surge a noção de limites internacionais (SOUZA; OLIVEIRA, 2014). Compreendida por essa vertente a fronteira é vista como um divisor de soberanias (NOGUEIRA, 2007).

A preocupação inicial com a segurança nacional e a soberania do território nacional têm alicerçado preocupações com o desenvolvimento regional, conformando o entendimento de que para haver segurança, faz-se necessária a vivificação da faixa de fronteira e a promessa de desenvolvimento, com geração de emprego e renda.

Os fenômenos sociais provocaram mudanças na visão restrita da defesa de limites territoriais nas zonas fronteiriças, agregando a ideia de aproximação, união e abertura formando um espaço integrador sobre o qual se devem orientar as estratégias de desenvolvimento por meio de ações conjuntas entre países vizinhos (BRASIL, 2005). A não inclusão de dispositivos facilitadores de cooperação entre os sistemas expressa uma visão reducionista de fronteira, oriunda da antiga doutrina da segurança nacional, supostamente ameaçada pela presença do estrangeiro (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010). Os limites de cada Estado nação são desafiados nas faixas de fronteira devido à multiplicação de redes transfronteiriças e também em virtude da competição entre diferentes sistemas legais. As cidades fronteiriças sofrem direta ou indiretamente os efeitos de crises e crescimentos que ocorrem nos países em que estão inseridas e naqueles que lhe são contíguos. Desse modo, suas funções e fluxos são modificados ao longo do tempo (CARNEIRO, 2016).

Nas fronteiras existem múltiplas dimensões e cada uma delas possibilita um processo particular de construção de identidade. Muito além de significar um limite que separa dois ou mais Estados nação, as fronteiras representam também o encontro de distintas relações, onde há um intercâmbio social, cultural e político que propicia um processo de alteridade entre o “eu” e o “outro”, colabora assim a construção e reconstrução de identidades (FERREIRA *et al.*, 2015).

Albuquerque (2012, p.202) definiu que “viver na fronteira é geralmente também viver da fronteira”, é um pêndulo que oscila ora para um lado ora para outro, isso decorre das condições políticas e econômicas oferecidas por cada Estado-nação. Segundo Ferrari (2013), por muito tempo os Estados nacionais marginalizaram os espaços fronteiriços. Foram os povos fronteiriços que transformaram essa realidade desenvolveram estratégias para assegurar a continuidade das interações. Assim, o limite internacional foi sendo cotidianamente

construído dando origem à nova territorialidade, a transfronteiriça. Ocorreu a passagem de um conceito de fronteira–separação para um de fronteira–cooperação (LEMOS; RUCKERT, 2011).

Pereira (2013) expõe a dificuldade de encontrar um termo para designar o cidadão que vive em região de fronteira. Por exemplo, o termo *brasiguai*, no senso comum, é utilizado para se referir aos brasileiros residentes no Paraguai. De fato o termo surgiu para denominar os migrantes brasileiros na década de 1960, esses imigrantes construíram uma força econômica e política na nação vizinha, dominando a agricultura de soja (ALBUQUERQUE, 2014). Souza e Oliveira (2014) apontam que os agricultores e latifundiários brasileiros ocupam as melhores proporções de terra produtivas do Paraguai, o que trouxe insegurança a esse país que teme que o Brasil futuramente reivindique estas terras como parte do seu território. Em virtude disso, o termo “*brasiguai*” em alguns momentos tem sido utilizado de maneira depreciativa. Cabe frisar que a população de “*brasiguaios*” é bem heterogênea com condições socioeconômicas distintas (CARNEIRO, 2016).

Azevedo (2015) define que o termo *transfronteiriço* é empregado para as populações que migram constantemente entre os limites de fronteira, essa mobilidade promove a miscigenação sociocultural dessa população. Com isso procura-se ressaltar a dinâmica entre o espaço e as inter-relações sociais nele promovidas, sendo representada pelos sujeitos políticos que nela convivem e que configuram uma sociedade – a *transfronteiriça*. A população *transfronteiriça* desenvolve práticas que se especializam e apresentam semelhanças em ambos os lados da linha, o que pode ser entendido como a formação de uma região: a região *transfronteiriça* (OLIVERIA, 2005).

Regiões *transfronteiriças* são aglomerações urbanas em fronteiras onde coexistem espaço econômico comum, acompanhado de barreiras; fluxos de pessoas e capitais, mas com restrições; uma cultura comum, mas também diferenças culturais. Devido ao fato de ser um termo novo ainda não estão claramente estabelecidas as dimensões, características e nível de colaboração que essas regiões devem possuir. Entretanto, é possível afirmar que a sua existência pressupõe uma fronteira com certo nível de porosidade, apaziguada e com vínculos estruturados e duradouros (CARNEIRO, 2016). Essas regiões *transfronteiriças* são espaços onde o local e o internacional se articulam, estabelecem vínculos e dinâmicas próprias, construídas e reforçadas pelos povos *transfronteiriços* (SOUZA, 2013).

A palavra *transfronteirização* faz referência a um conjunto de estratégias de atores que visam o desenvolvimento de ações de integração supranacional, ela pode ser positiva e favorecer o desenvolvimento ou negativa como, por exemplo, no caso de tráfico de arma, pessoas, etc. Em resumo, a *transfronteirização* pode ser entendida como um conjunto de

processos de aproveitamento e valorização de uma fronteira. No âmbito desses processos, os habitantes transcendem a fronteira e a incorporam em suas estratégias de vida de várias maneiras. Podem se configurar de forma simples ou mais sofisticada de acordo com o nível de conhecimento de cada ator, das assimetrias de cada sistema e do tipo de ator (CARNEIRO, 2016).

Regiões transfronteiriças e processos de transfronteirização estão relacionados à constituição de uma nova ordem regional sul-americana – uma região geopolítica multinacional. Os fluxos transfronteiriços neste novo contexto vêm, assim, dar novas dinâmicas aos territórios-rede na região geopolítica da América do Sul (RÜCKERT *et al.*, 2015). São conceitos em construção que refletem a tentativa teórico-metodológica de explicitar os atuais processos em curso em diferentes realidades macro e micro-regionais (RÜCKERT; GRASLAND, 2012).

Entre os projetos do governo federal que atuam direta ou indiretamente na região da faixa de fronteira listamos alguns no quadro abaixo, cabe ressaltar que esses projetos tratam a fronteira sobre diferentes perspectivas (BRASIL, 2010).

Quadro 1 . Projetos do governo federal que atuam na região de fronteira - Brasil

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado pela autora.

Programa	Responsável	Objetivo
Programa Calha Norte	Ministério da Defesa	Aumentar a presença do poder público na região abrangida pelo programa, contribuindo para a defesa nacional, proporcionando assistência às suas populações e fixando o homem na Região.
Projeto Fronteiras (SINIVEM) e Questões Migratórias e Programa PRONASCI Fronteiras	Ministério da Justiça - Departamento de Polícia Federal	Realizar o mapeamento dos criminosos, por meio de um amplo e irrestrito processo de cooperação entre os órgãos governamentais de inteligência policial, numa tentativa de reduzir os índices de criminalidade nas regiões transfronteiriças, e mitigar os impactos das correntes dos fluxos migratórios em direção ao território nacional.
Programa Amazônia Protegida (PAP)	Exército Brasileiro	Reestruturação dos pelotões existentes de fronteira na floresta, além de criar novas brigadas.
Projeto Intercultural Bilíngue Escolas de Fronteira	Ministério da Educação	Promover a construção de uma identidade regional bilíngue e intercultural como marco de uma cultura de paz e de cooperação interfronteiriça.
Concertação de Fronteiras e FRONTUR/ SIMITUR/ CADASTUR	Ministério do Turismo	Projetos que trabalham os problemas relacionados às fronteiras, que retêm o fluxo turístico intra-regional.
Regularização Fundiária em Faixa de Fronteira	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA)	Regularização fundiária na faixa de fronteira, capitaneada pelo INCRA, tem como um de seus objetivos priorizar a regularização fundiária e a ratificação de títulos em faixa de fronteira.
Projeto Sistema Integrado de Monitoramento de Fronteiras (SINAFRON)	Ministério da Defesa	Sistema de comando, controle, comunicações, inteligência, vigilância e reconhecimento que visa dotar a força terrestre na faixa de fronteira.
Estratégia Nacional de Segurança Pública das Fronteiras (ENAFRON)	Ministério da Justiça	Promover a articulação dos atores governamentais, das três esferas de governo, no sentido de incentivar e fomentar políticas públicas de segurança, otimizando o investimento de recursos públicos nas regiões de fronteira.
Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR)	Ministério da Integração Nacional	Reduzir as desigualdades regionais e ativar os potenciais de desenvolvimento das regiões brasileiras.
Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF)	Ministério da Integração Nacional	Promover a retomada do processo de Desenvolvimento na faixa de fronteira, por meio de investimentos em ações comprometidas com arranjos produtivos locais.
Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (Sis-Fronteira)	Ministério da Saúde	Promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira.

Considerando a abordagem dessa dissertação os programas nacionais que auxiliam o entendimento e a problemática em questão na pesquisa em tela são: Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) e o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (Sis-Fronteira) que serão bordados na sequência.

3.5. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

Segundo Gadelha e Costa (2007), um marco para o estabelecimento da região fronteira como uma região prioritária e estratégica para o Brasil ocorreu por meio do lançamento do PDFF, do Ministério da Integração Nacional (MIN). A vertente do programa procura articular a questão da soberania nacional com o desenvolvimento regional, em suas dimensões econômica, social, institucional e cultural.

O PDFF foi implantado ainda no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1999, com outro nome – Programa Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira, porém por problemas de execução e planejamento o programa não evoluiu. No governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) o programa foi recriado com o nome atual. Ainda com o intuito de organizar as demandas e propostas de políticas para a região fronteira, em 2008, foi constituído pelo MIN um Grupo de Trabalho Interfederativo, composto por representantes de alguns ministérios e municípios. O grupo sugeriu a criação, por meio de decreto, de uma Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira, que é formada por 20 órgãos do governo federal e oito entidades convidadas (BONTEMPO, 2013).

O objetivo principal do PDFF é promover o desenvolvimento da faixa de fronteira por meio de sua estruturação física, social e produtiva, com ênfase na ativação das potencialidades locais e na articulação com outros países da América do Sul. Com esse propósito, busca implementar iniciativas que respeitam a diversidade da região e seguem as diretrizes da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR). O programa está pautado no fortalecimento dos processos de mudança a partir do estímulo à formação de redes de atores locais. Fortalecidos, esses atores vão protagonizar o processo de desenvolvimento endógeno e sustentável, resultando no fortalecimento de novos eixos dinâmicos da economia (BRASIL, 2009). Sob a perspectiva da defesa, as iniciativas levadas a efeito na faixa de fronteira com vistas ao desenvolvimento constituem fator de segurança, mesmo que, ao aplicá-las, o político ou o gestor não tenha em mente essa finalidade (BRASIL, 2005).

Com base no PDFF, estabeleceu-se três grandes áreas, com o intuito de auxiliar o planejamento, denominadas arcos, que de acordo com o PDFF estão divididos em sub-regiões

fundamentadas nas diferenças produtivas e na identidade cultural. O primeiro deles é o Arco Norte, que compreende a faixa de fronteira dos Estados do Amapá, Pará, Amazonas e os Estados de Roraima e Acre; o segundo é o Arco Central, que compreende a faixa de fronteira de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2005). E o terceiro é o Arco Sul, que inclui a fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, composto de 418 municípios, representando 69% do total de municípios da faixa de fronteira (TORRECILHA, 2013).

Em 2012, criou-se a Estratégia Nacional de Segurança Pública das Fronteiras (ENAFRON), que visou o aumento de efetivo militar na área fronteira e maior controle do tráfico de drogas e armas (ALBUQUERQUE, 2014). Em um relatório analítico que apresenta aspectos demográficos, socioeconômicos e de criminalidade na faixa de fronteira, utilizando como base espacial os Arcos desenvolvidos pelo Programa ENAFRON, concluiu de modo geral, ao comparar os arcos para as diversas variáveis, que o Arco Sul se encontra em melhor situação, tanto no que se refere à infraestrutura como as condições socioeconômicas (BRASIL, 2016a).

Em relação à saúde, nos 588 municípios da faixa de fronteira existem 154 Centros de Atenção Psicossocial, 111 farmácias populares 41 Academias de Saúde, 32 unidades de Pronto Atendimento e 22 Centros de Apoio à Saúde da Família em toda a Faixa de Fronteira, o que aponta para uma situação de pouca consolidação da Estratégia da Saúde da Família na fronteira. Os municípios da faixa de fronteira contabilizaram, em 2010, um total de 10.989 médicos representando cerca de 5% do total brasileiro. A disponibilidade de médicos por mil habitantes na faixa de fronteira é em geral baixa, sendo que 58,7% dos seus municípios situam-se abaixo do patamar de 0,5 médicos por mil habitantes (metade do preconizado pela Organização Mundial da Saúde) (BRASIL, 2016a).

O Arco Sul, campo desta pesquisa, apresenta a melhor situação com 7.329 médicos e 3.739 enfermeiros em 2010 (0,59 por 1.000 habitantes). O índice de odontólogos por mil habitantes era de 0,49, abaixo do índice nacional de 1,27 por mil habitantes e da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de no mínimo 1 odontólogo para cada mil habitantes. Havia 512 hospitais e 1.902 leitos de urgência na faixa de fronteira em 2010, sendo que 251 municípios não possuíam hospitais (42,7%). A oferta total de leitos de internação do Sistema Único de Saúde (SUS) era de 13.456 leitos, correspondendo a 2,1 por mil habitantes o maior de todos os Arcos. Vale ressaltar que o Arco Sul apesar de apresentar alguns indicadores razoáveis, as condições não são homogêneas, há a concentração de estrutura e recursos humanos em algumas regiões, entre elas os grandes centros urbanos. Outro aspecto interessante, revela que essa região é extremamente afetada pela dinâmica

transfronteiriça, decorrente do projeto de integração econômica promovida pelo Mercosul (BRASIL, 2016a).

Com base na proposta do PDFF, a concepção de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas, as quais exercem influência econômica, cultural e política em territórios que se estendem por uma zona de fronteira que ultrapassa os limites municipais e nacionais (FILHO; LEMOS, 2014). Portanto, zona de fronteira é a soma das regiões transfronteiriças, o local onde as interações efetivamente aparecem (AZEVEDO, 2015).

3.6. Cidades gêmeas

As cidades gêmeas foram classificadas pelo MIN no PDFF de acordo com os diferentes tipos de interações fronteiriças, baseada nos modelos do geógrafo francês *Arnaud Cuisinier-Raynal*¹, que sugere cinco modelos de análises nos quais, cada cenário corresponde a um arranjo de situações dinâmicas particulares, tais como: margem, progressão, frente, sinapse e capilar (BRASIL, 2005). O modelo da sinapse, termo importado da biologia, se refere à presença de alto grau de troca entre as populações fronteiriças. Esse tipo de interação é ativamente apoiado pelos Estados contíguos que geralmente constroem, em certos lugares de comunicação e trânsito, infraestrutura especializada e operacional de suporte, mecanismos de apoio ao intercâmbio e regulamentação de dinâmicas, principalmente mercantis (OLIVEIRA, 2005).

O conceito de cidades gêmeas é utilizado ao se estudar fenômenos sociais em regiões fronteiriças. Conforme Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016, o Ministério da Integração Nacional definiu cidades gêmeas como:

...os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania. (BRASIL, 2016b, p.12).

1 CUISINIER-RAYNAL, Arnaud. *La frontière au Pérou entre fronts et synapses. L'Espace géographique*, v. 30, n. 3, p. 213-230, 2001.

Entre as cidades fronteiriças brasileiras, 31 são cidades gêmeas, das quais seis são conurbadas, ou seja, aquelas em que a fronteira não é física, mas é uma linha imaginária, geralmente traçada por uma rua. A linha que as divide, mesmo que seja politicamente bem demarcada, é móvel e borrada pela movimentação de bens e pessoas (DESIDERÁ NETO; PENHA, 2016; BRASIL, 2016a). A proximidade geográfica das cidades da fronteira, a exemplo das fronteiras conurbadas, propicia cotidianamente o compartilhamento, o que torna pública toda construção cultural dos fronteiriços. Logo, os dois lados da fronteira passam a compartilhar dessas criações., as quais geram um sentimento de pertencimento ao lugar, ao local, à fronteira (PEREIRA, 2013).

O planejamento e sustentabilidade do desenvolvimento dessas regiões extrapolam os limites nacionais, dependendo de instrumentos que observem as exceções, caso a caso, e possam, em conjunto com o país vizinho, elaborar regras especiais de funcionamento, respaldadas por acordos bi ou multilaterais. Da mesma forma, algumas ações que são importantes para a integração das nações sul-americanas, acabam por ser prejudiciais para as populações fronteiriças (OLIVEIRA, 2005).

A priorização de atuação em sub-regiões com cidades gêmeas é decorrente do fato de a nova ordem mundial identificar cidades contíguas como uma oportunidade de fortalecer e catalisar os processos de desenvolvimento sub-regional e de integração internacional, fundamentais para a competitividade nacional. É também uma resposta à dívida social que o Estado tem com essas populações historicamente desassistidas (BRASIL, 2009). Os fluxos transfronteiriços, principalmente entre cidades gêmeas, apresentam elementos comuns, porém com comportamentos diferenciados dependendo das características de cada cidade e do segmento de fronteira envolvido. As cidades gêmeas experimentam um fenômeno, já que a esta tensão local/global, “vertical”, se soma àquela mais “horizontal”, do nacional/internacional, ou seja, sofrem a incidência de forças características do território-zona e do território-rede (FILHO, 2010).

3.7. Integração *versus* soberania, cidadania e nacionalidade

As fronteiras alteram nossa condição objetiva e subjetiva entre cidadão nacional e estrangeiro, gerando conseqüentemente uma reavaliação em conceitos como nacionalidade, cidadania e soberania. Os projetos e ações de integração fronteiriça muitas vezes entram em choque com os limites das políticas estatais, dos direitos civis, políticos e sociais nacionalizados. O que se observa é uma ampla quantidade de movimentos de imigrantes que

lutam por direitos sociais e questionam às classificações oficiais e legalistas desses Estados que continuam a nomeá-los como clandestinos (ALBUQUERQUE, 2012).

Incorporada à fundação dos Estados nacionais, a necessidade de demarcação entre unidades territoriais soberanas por linhas inconfundíveis apresenta extrema importância para se estabelecer onde termina a soberania de um e onde começa a do outro. É nessa área delimitada que se desenvolve a organização interna do Estado (SOUZA; OLIVEIRA, 2014). A soberania se refere à capacidade de decisão e gestão que um Estado tem de levar adiante seus projetos e programas, quando os mesmos não afetem os direitos ou interesses de outras nações.

A conjuntura mundial impulsiona a formação de pactos regionais integradores que exige dos países a substituição da noção estática e onipotente de soberania por uma concepção mais dinâmica, com ênfase no componente de reciprocidade (OLIVEIRA, 2005). A soberania deverá atender à necessidade da paz, da ordem e da justiça entre os Estados. Existe uma tensão dentro do Estado Nação entre o universalismo de uma comunidade legal igualitária e o particularismo de uma comunidade cultural (CUNHA, 2012).

Ao contrário das políticas econômicas, onde o Estado vem tendo menos autonomia na sua definição e implementação, as políticas sociais continuam se referindo fundamentalmente ao Estado (COHN, 2013). Os direitos sociais foram construídos historicamente em batalhas travadas entre o Estado e segmentos da sociedade, é uma ferramenta de regulação social e uma maneira de contraposição ao pensamento liberal. Na sociedade contemporânea, em virtude do modo de produção capitalista esses direitos sociais estão cada vez mais em xeque. O debate de saúde na região de fronteira não contempla os processos sociais particulares dessas regiões. No Brasil, a saúde se consolidou como um direito social após o movimento sanitário brasileiro (SILVA, 2009). A saúde como direito e fator de justiça social mobiliza, também, 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 direitos humanos (TRINDADE, 2016).

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 das normas relativas aos direitos humanos, 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 (FIGUEREDO, 2013).

Cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores peculiares próprios. Isso implica que cada um dos modelos de proteção social

gera condições distintas no status atribuído à cidadania (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). A proteção social é um dos principais fatores de justiça social, pois protege os cidadãos em situações de dependência ou vulnerabilidade (CASTRO, 2013). Inclusão social de qualquer pessoa, grupo ou território permeia, portanto, em primeiro lugar, o acesso garantido à cidadania e aos direitos econômicos, políticos e sociais e com possibilidade de participação efetiva na esfera política. Esse acesso é particularmente problemático à população estrangeira, que tem como barreira a participação econômica no mercado formal, mas também a negação do pleno direito de voto e de elegibilidade (LOBATO; FLEURY, 2009).

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania. A cidadania consiste em um status concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Nesse sentido, entende-se que 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 realizados.

Verifica-se, portanto, que os direitos sociais têm por objetivo a melhoria das condições de vida dos hipossuficientes, visam à concretização da igualdade social, e constituem as liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado social de direito. Por exemplo, quando os brasileiros e os estrangeiros fronteiriços têm seu atendimento negado no sistema público de saúde, nesse momento se contradiz a própria Constituição Federal. O direito à saúde, tal como assegurado na Constituição de 1988, configura direito fundamental de segunda geração, abrange os direitos sociais, culturais e econômicos que se caracterizam por exigirem prestações positivas do Estado (BRANCO, 2013). 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 ainda estão fixas nos limites do território nacional. Estão relacionadas 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). Ainda, é interessante observar que na linha da fronteira, o direito ao atendimento a saúde, é em parte vinculado à seguridade social, em que os que não contribuem com o sistema, não têm o status de cidadão (BONTEMPO, 2013).

Para Santos (2012), no Brasil, várias causas tiveram impacto negativo no processo de formação da ideia da cidadania. Destaca entre elas a desruralização, a urbanização

concentradora, a expansão do consumo em massa, a instalação de um regime repressivo, a concentração das mídias, formando assim no lugar do cidadão um consumidor. O autor explica ainda, que o consumidor de bens materiais e imateriais não é cidadão, já que o cidadão é multidimensional e sua realização se encontra em diversas organizações que estruturam a vida social, o cidadão é uma categoria política que só tem eficácia na sua categoria jurídica. Gerando efeitos danosos que se sentirão por muito tempo e que agora funcionam como um fator limitativo na elaboração de um projeto nacional, visto que os projetos pessoais surgem e revelam um grande componente de alienação.

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. A cidadania, tradicionalmente é atributo dos nacionais de um país, consequência de laços consanguíneos entre os membros de uma mesma nação. No Brasil, juridicamente o estatuto de nacionalidade é atribuídos a partir do *jus soli*, sendo considerados brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, pois o conceito de *jus soli* vincula-se à ideia do território, favorece a inclusão de migrantes e estrangeiros residentes. No caso de *jus sanguinis*, a atribuição da nacionalidade decorre somente por laços consanguíneos, vinculada ao conceito de nação (SILVA, 2009). A cidadania nacional é instituidora de 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 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, 2014).

A concepção jurídica de cidadania pautada apenas pelo critério *jus solis*, limita e restringe o direito à saúde da população na região de fronteira (BAUERMAN; CURY, 2015). Na fronteira a nacionalidade é alvo de negociação, distanciando-se do que poderia haver de “natural”. O referencial legal da nacionalidade, que possibilita o registro e obtenção de ambas nacionalidades, uma vez que a posse legal da nacionalidade é por vezes relativizada pelo transfronteiriço (OLIVEIRA, 2005).

“O que se emerge nos países subdesenvolvidos é a existência de cidadãos de classes diversas; há os que são mais cidadãos, os que são menos cidadãos e os que nem mesmo o são” (SANTOS, p. 24, 2012). Segundo Santos (2012), são muitas as tipologias de formas de vida não cidadãs, que pode ser direta ou indiretamente, como a retirada dos direitos civis da população. 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.

Com muita frequência, afirma-se que cidadania clássica está cindida por tendências globais, supranacionais e por impulsos locais e particularistas. Na realidade, o que se questiona é a ideia de uma cidadania pensada nos limites do Estado-nação (NOGUEIRA; SILVA, 2009). Emerge uma contradição entre a cidadania proposta pelo Estado e a cidadania que é real. Tem por um lado um Estado que visa o mercado, a competição e um cidadão-consumidor e por outro, uma sociedade civil que não consegue competir, nem consumir, e ainda, um pequeno grupo dessa sociedade, que luta para ter acesso aos bens de consumo, por meio da mobilização organizada e do direito à cidadania efetiva.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS, DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

4.1. Políticas públicas e desenvolvimento regional

Pensar em políticas públicas exige também considerar as pluralidades e especificidades do território, no caso do Brasil, marcado por acentuadas diferenças, heterogeneidades regionais, socioculturais e político-administrativas. As regiões de fronteiras são territórios complexos e consideradas espaços-limite no âmbito jurídico formal e de convivência no âmbito cotidiano, pois nelas existem elementos de integração e de conflitos (PREUSS, 2012).

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, 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.

Segundo Oliveira (2012), uma das definições do termo desenvolvimento regional, é a capacidade das regiões de superarem entraves à realização de suas potencialidades. O desenvolvimento regional depende de políticas públicas para ser sustentável a médio e longo prazo. O Estado assume papel importante em relação à promoção do desenvolvimento regional e o faz por meio de diversos instrumentos de intervenção, que vão desde os processos efetivos de regionalização/descentralização até a alocação de recursos (ANGNES *et al.*, 2013). As regiões que têm maior possibilidade de desenvolvimento são aquelas que conseguem estabelecer um projeto político que congrega os seus diferentes atores em uma organização social de reciprocidade e confiança, na busca por ações coordenadas e eficientes. O desenvolvimento pode ser entendido como um processo de mudança estrutural, construído historicamente e territorialmente, caracterizado pela dinamização da economia e a melhoria da qualidade de vida da população, não se trata, apenas de crescimento econômico, mesmo esse sendo necessário (MAZON, 2012).

Por serem base para promoção do desenvolvimento regional, as fontes de financiamento exercem papel de fundamental importância na materialização das iniciativas empreendedoras dos atores locais. De modo geral, os municípios localizados na faixa de fronteira possuem baixa capacidade de arrecadação e, conseqüentemente, pequeno poder de endividamento o que dificulta a captação de recursos. A percepção é a de distanciamento entre as diversas instâncias públicas, nos diversos níveis (BRASIL, 2016). As cidades fronteiriças formam uma rede complexa onde é necessário utilizar metodologias que deem conta da complexidade e dinamismo que as constituem (ANTUNES, 2012). Em uma região de fronteira a execução e a eficácia de políticas territoriais dependerão da articulação de atores multiescalares na qual se cruzam as escalas: local, regional e internacional (CARNEIRO, 2016).

A saúde é um dos elementos importantes para as transformações econômicas, sociais e política de um país constitui-se em um indutor da melhoria da qualidade de vida da população como também da ampliação da autonomia de um país (CASTRO, 2013). Segundo Gallo *et al.* (2004), a saúde é considerada um indutor desenvolvimentista, em virtude das peculiaridades do complexo industrial que comporta, relacionadas ao seu dinamismo, elevado grau de inovação e potencial de geração de renda e emprego. É um conjunto articulado de atividades econômicas relacionadas diretamente ao bem-estar social. Dadas essas características, é complicado pensar processos de integração e desenvolvimento regional que não tivessem em suas bases o desempenho do setor saúde. Mazon (2012) o denomina como um subsistema que deve ser incluso no processo desenvolvimento.

Nesse sentido, a saúde se configura como uma das principais áreas a serem planejadas nas cidades fronteiriças, seja pela necessidade de abordagem e planejamento territorial regional da saúde, seja porque fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países (GADELHA; COSTA, 2007). Os efeitos benéficos das políticas de saúde são a ampliação da proteção social e a melhora dos indivíduos e grupos, em sentido amplo, no curto, médio e longo prazo. Em curto prazo, promove o crescimento econômico e melhora a distribuição de renda. O crescimento se deve ao consumo de bens e serviços como também recursos humanos que envolve o complexo da saúde (CASTRO, 2013).

Castro (2013), ao realizar um estudo para medir o efeito-crescimento, utilizando o PIB, concluiu que a cada R\$ 1,00 gastos pelo governo na área da saúde podem ser gerados R\$1,70 de produto, esse resultado quando comparado com as demais áreas sociais perdeu somente para a educação, mas ficou bem acima dos efeitos da previdência social, a qual se demonstrou mais influente na diminuição da desigualdade, e de políticas como do Programa Bolsa Família, que teve desempenho importante no crescimento da renda das famílias. Ratificando o papel dos gastos sociais, que podem gerar maior crescimento econômico aliado a uma diminuição da desigualdade.

As políticas públicas existentes relacionadas à fronteira deveriam garantir o atendimento à saúde para a população fronteiriça migrante, e devem auxiliar os gestores municipais de saúde na elaboração de estratégias, melhorando os sistemas de saúde locais. Entretanto, segundo Bauermann e Cury (2015), não é isso que ocorre, o que se verifica é que algumas legislações são utilizadas para dificultar a inserção do usuário. Moura e Cardoso (2013) apontam que a falta do perfil de migrantes e os motivos dos deslocamentos nas cidades fronteiriças dificultam a formulação de políticas adequadas às peculiaridades da região transfronteiriça.

Para Cohn (2013), a articulação entre saúde e desenvolvimento não é explícita, ressalta que é necessário ter cautela ao analisar apenas a melhoria dos indicadores como fator de desenvolvimento, defende que a saúde só será um fator de desenvolvimento de um país se for direito de todos, com ênfase na eficácia social. Aponta a necessidade de retirar das forças do mercado e da força de trabalho a determinação exclusiva da expansão econômica. Só assim nos afastaríamos do dilema de a saúde ser uma consequência do desenvolvimento econômico, e/ou de políticas de combate à pobreza, para ser um fator de desenvolvimento social e econômico.

Para Teixeira (2012), o investimento econômico em saúde pode melhorar a saúde da população, não sendo determinante, visto que depende também dos conteúdos das políticas

públicas. Argumenta que a questão central quando pensamos nas relações entre saúde e desenvolvimento, sendo a primeira um direito da população, devemos ter clareza de que as políticas públicas devem garantir esse direito àqueles que, em uma sociedade tão marcadamente desigual como a nossa não têm condições de acesso a ele.

As cidades de fronteira, por suas especificidades, passam a desempenhar papel estratégico para o desenvolvimento regional, pois são as primeiras que sentem essas mudanças provocadas pelas políticas integradoras, como por exemplo, a abertura de mercados ou melhoria dos acordos de circulação. Os processos de integração entre os países trazem uma nova configuração territorial, econômica, social e espacial para as populações envolvidas (ANTUNES, 2012).

Um dos maiores exemplos utilizados quando se discute políticas públicas de integração é a União Europeia (UE), um conjunto de 28 países, criado há 24 anos, visando a integração política e econômica do continente europeu. Além da intenção de facilitar o livre trânsito de pessoas, bens e comércio entre seus estados membros, a UE criou programas específicos para o desenvolvimento das regiões fronteiriças, a exemplo o *Innovation & Environment Regions of Europe Sharing Solutions* e *European Grouping for Territorial Cooperation*. Cabe mencionar que antes da união já existiam nas suas zonas fronteiriças, uma série de associações, por exemplo, as eurorregiões, que constituía uma forma de cooperação transfronteiriça realizada com base em acordos entre regiões fronteiriças vizinhas (TORRECILHA, 2013; BUENO, 2016).

Entretanto o que era exemplo em decorrência das crises financeiras que perturbaram os países europeus, a UE paralisou, tanto que recentemente sofreu uma grande rachadura: o Reino Unido, um de seus 12 membros fundadores, anunciou que deixará o grupo. Batizado de Brexit (contração das palavras inglesas *Britain*, de Grã-Bretanha, e *exit*, de saída), a decisão pode significar um novo momento para a Europa e também a abertura para que outros países se retirem do bloco, com o potencial para mudar o rumo da geopolítica mundial nas próximas décadas. Esse ressurgimento do sentido de identidade nacional na agenda política é, segundo especialistas, uma reação aos impactos da globalização. Paradoxalmente, até nos Estados Unidos a popularidade de Donald Trump pode ser analisada a partir dessa perspectiva (BUENO, 2016).

4.2. Mobilidade fronteiriça e demandas de saúde

Os movimentos migratórios registrados na faixa de fronteira correspondem a uma busca preferencial pelos países limítrofes, a mobilidade pendular ocorre particularmente nas cidades gêmeas. Tais movimentos (migratórios e pendulares) decorrem fundamentalmente de relações para trabalho, estudo, consumo, demanda e acesso a funções urbanas, e implicam trocas culturais, de hábitos e de padrões. Surge a busca pela realização de direitos que se confundem entre os lados da fronteira, muitas vezes dificultados pelos obstáculos de políticas de controle inadequadas (MOURA; CARDOSO, 2013).

A fronteira é caracterizada por uma profunda dinâmica entre espaço e as inter-relações sociais promovidas. A movimentação constante entre os limites oferece aos transfronteiriços uma sobreposição dos modos de vida e, transforma a identidade desses ambientes (AZEVEDO, 2012). Nesse sentido, as fronteiras geopolíticas nem sempre coincidem com as fronteiras culturais, sanitárias e epidemiológicas. As fronteiras se tornam territórios dinâmicos, os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e a garantia de acesso à atenção à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Na prática, os sistemas de saúde nestas regiões de fronteira já se comunicam de maneiras informais diversas, por exemplo, quando os indivíduos atravessam a fronteira na busca de serviços não oferecidos e/ou com melhor qualidade se comparados com os disponíveis onde residem, sendo que esse processo, por muitas vezes, ainda é tido como inapropriado (GALLO *et al.*, 2004). Por outro lado, os aparatos de controle dos Estados tendem a restringir estes movimentos, comprometendo a eficiência das relações transfronteiriças. Nesse sentido, os legisladores são confrontados com questões complexas que merecem atenção de modo a estabelecer medidas justas (BRASIL, 2005).

A princípio, a cooperação internacional em saúde enfocava o desenvolvimento econômico. Nos anos 1970, o foco voltou-se para os incentivos acerca da construção de sistemas baseados na Atenção Primária à Saúde. Já nos anos 1980, com as duras crises econômicas e mudanças políticas consequentes, além da difusão de várias doenças os sistemas de saúde não conseguiram dar conta da demanda, predominantemente nos países mais pobres. As reformas neoliberais para o setor da saúde reduziram os gastos públicos, trouxeram privatizações e a desregulamentação do setor intensificou os problemas sociais (TRINDADE, 2016). A situação da saúde em região de fronteira voltou a ser destaque perante a crise dos anos 1990-2000, pelo aumento dos fluxos e intercâmbios de pessoas, de serviços e de produtos o que repercutia diretamente nos indicadores sanitários e demográficos das cidades fronteiriças (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, especialmente a sua universalidade e integralidade trouxeram consequências para os sistemas de saúde dos países vizinhos e também para os municípios fronteiriços do Brasil, que não contemplam em sua organização esses princípios. A convivência próxima entre dois sistemas favorece a vinda da população que demanda atenção sanitária ao país, na tentativa de resolver as desigualdades em saúde decorrentes da divisão territorial e da fragilidade do sistema de saúde do país de origem (SILVA, 2011). Azevedo (2015) aponta alguns motivos que provocam migração em busca de saúde no Brasil, são eles: proximidade geográfica, facilidade de atendimento, confiança e gratuidade do SUS. Verificou que apesar dos obstáculos impostos, os transfronteiriços transpõem essas barreiras e conseguem o atendimento.

A Constituição Federal de 1988 concentra grande parte da competência acerca dos temas de fronteira à União, deixando assim pouca margem de articulação de políticas de desenvolvimento locais e transfronteiriças (CARNEIRO, 2016). O direito à saúde é uma garantia indissociável do direito à vida, a negação do atendimento a esses estrangeiros fere não apenas os princípios constitucionais brasileiros, como também os tratados firmados pelo Brasil, entre eles o Pacto de San José da Costa Rica, que é a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, do qual o Brasil é signatário (BRANCO, 2013). Para Figueredo (2013), nem é preciso levar a interpretação jurídica dos tratados internacionais do qual o Brasil é signatário para concluir que o estrangeiro tem direito a atendimento médico no Brasil, já que a Constituição e a legislação ordinária já dão conta de responder. Entretanto, entende que essa garantia legal impacta no custo e pode levar o sistema de saúde a um colapso.

Segundo Branco (2013), como no Brasil não há um marco regulatório único para tratar do direito do estrangeiro ao sistema de saúde brasileiro, nem padronização de atendimento nas cidades fronteiriças, observa-se que alguns municípios atendem essa demanda dependendo do nível de complexidade, outros simplesmente recusam o atendimento. A decisão, cabe ao gestor local ou até mesmo ao profissional de saúde no momento do atendimento, que passa a exercer um poder discricionário.

No ano de 2005, foi realizado um acordo entre Brasil e Argentina com o intuito de facilitar a vida da população das cidades fronteiriças. O acordo previu a emissão de uma Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço, com a qual os transfronteiriços poderiam frequentar escolas, ocupar postos de trabalho e utilizar os serviços públicos com mais facilidade. O Congresso da Argentina regulamentou o acordo por meio da Lei nº 26.523/2009 e o Brasil por meio do Decreto nº 145/2011. Nessa carteira, consta o domicílio e as localidades onde o titular poderá exercer os direitos contemplados, o documento tem validade de 05 anos,

prorrogado por igual período, depois será concedido por tempo indeterminado (CARNEIRO, 2016).

Oportuno destacar a existência de um Projeto de Lei nº. 313/2008 que 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. Atualmente, esse Projeto de Lei que contemplava várias solicitações da população e da gestão pública transfronteiriça se encontra arquivado.

Em 2017, o senado brasileiro aprovou o projeto da nova Lei de Migração (Lei n. 2.516/2015), já aprovada anteriormente na câmara dos deputados, que define os direitos e os deveres do migrante no Brasil, incluindo o residente fronteiriço, regula a entrada e a permanência de estrangeiros; e estabelece normas de proteção ao brasileiro no exterior, essa lei veio em substituição a arcaica Lei nº. 6.815/80 editada pelo regime militar, mais conhecida como o Estatuto do Estrangeiro, tratava os imigrantes sob a perspectiva da política de segurança nacional, a nova esta redigida sob a ótica de respeito aos direitos humanos, pelo repúdio a discriminação e pelo acesso e tratamento igualitário. Entre as inovações que estão causando polêmica, destaca-se o dispositivo que concede aos imigrantes direitos equivalentes aos do cidadão brasileiro. Com isso, eles terão livre acesso a serviços públicos nas áreas da saúde e da educação e a programas de moradia e benefícios sociais (RODRIGUEZ; PEREIRA, 2017). A nova Lei de migração aguarda sanção presidencial.

Os desafios da integração de políticas públicas de saúde são muitos, entre eles o que mais se destaca é a escassez de recursos financeiros, o que reafirma a importância de unir esforços. A definição de acordos e padrões de atenção é dificultada pela incompatibilidade dos sistemas de informação, o que prejudica o monitoramento das ações e, principalmente, pela morosidade, característica dos processos de harmonização. A diferença entre os sistemas de saúde dos países, o respeito à soberania e à autonomia municipal são outras questões delicadas (GALLO *et al.*, 2004).

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. Corroborando com a visão que o obstáculo financeiro é um desafio para integração, Gadelha e Costa (2007), apontam que os dois principais obstáculos ao processo de integração são: o atrelamento das soluções ao desenvolvimento do processo de harmonização e a concentração do tema no controle do acesso e compensação financeira.

Em geral, a insatisfação é gerada em virtude do planejamento e o financiamento de serviços de saúde municipais brasileiros estarem baseados na população residente, estabelecendo assim um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde (CAZOLA *et al.*, 2011). A “população flutuante” que não aparece nos dados dos repasses de recursos públicos federais brasileiros faz com que os gestores reivindiquem políticas públicas específicas para os municípios fronteiriços (ALBUQUERQUE, 2012). Segundo a ótica do gestor, o atendimento ao estrangeiro onera o sistema local de saúde, pois eleva os gastos, especialmente com os serviços de média e alta complexidade (SILVA, 2012). Outro fator para o repasse dos recursos está relacionado à alimentação dos sistemas de informação, em que existe a exigência aos municípios do envio mensal dos indicadores de saúde, caso contrário os recursos não são repassados. Isso se torna outra dificuldade dos municípios localizados em regiões de fronteira, que têm dificuldade de inserir os estrangeiros, sem documentação, no banco de dados (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

Silva (2009) aponta que uma das estratégias para garantir o acesso a bens e serviços utilizados por estrangeiros e brasileiros residentes no Paraguai é a adulteração de documentos. O processo ilícito desse segmento populacional torna-se um dilema ético-profissional para os trabalhadores de saúde desses municípios. Converte o direito à saúde como um ato de merecimento e solidariedade.

Giovanella *et al.* (2007) verificaram que em relação ao direito dos estrangeiros ao atendimento no SUS municipal, 70% dos secretários dos municípios fronteiriços afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento, ainda que isso gere dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, já que essa demanda não é dimensionada. Outras dificuldades apontadas foram: a vigilância e controle epidemiológico de doenças e a continuidade do tratamento ao estrangeiro.

Agustini e Nogueira (2010) constataram que ao registrar o atendimento ao estrangeiro, 60% o fazem como se prestados a brasileiros, o que dificulta conhecer o impacto dos atendimentos e a proporção real do problema. Ressaltam que as exigências derivadas do Cartão SUS trouxeram um complicador para os gestores, expresso de duas formas: 1) os que entendem ser o atendimento ao estrangeiro um direito pautado na preservação da vida e, portanto os atendem independentemente de qualquer seleção, viram-se impedidos de continuar com essa prática; 2) os gestores que entendem o direito à saúde como restrito aos nacionais intensificaram os mecanismos de controle. As duas situações não se encaminham para soluções mais equitativas, éticas e politicamente negociadas.

Em estudo realizado por Nogueira *et al.* (2007), sobre as formas utilizadas pelos brasileiros e estrangeiros na região de fronteira para ter acesso ao sistema de saúde, observou-

se que a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) se constituiu como uma barreira para o acesso dos estrangeiros ao sistema, devido à exigência de adstrição dos usuários. Além disso, ocasiona um deslocamento da demanda das unidades básicas para os centros de especialidades, onde não há exigência de comprovante de residência.

A falta de critérios 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. O mais preocupante é a atribuição 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. O atendimento aos usuários estrangeiros ou a sua não realização ocorre a partir da compreensão do direito à saúde por parte dos profissionais (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

Os diagnósticos de saúde para municípios de fronteira ainda é incipiente, faltam informações sobre a infraestrutura instalada e real utilização do sistema por parte da população flutuante que o utiliza (GADELHA; COSTA, 2007). Nessas regiões, as ações de políticas públicas não integradas e desarticuladas, apresentam baixa eficácia. O recurso investido de forma desconectada gera a pulverização de investimentos que são decorrentes da duplicação de infraestruturas ou da sobrecarga de um dos lados (AZEVEDO, 2015). Como exemplo de duplicidade de infraestruturas na fronteira temos os três aeroportos internacionais nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú (CARNEIRO, 2016).

Outro aspecto na região fronteiriça é a diversidade de atenção à saúde oferecida pelos municípios brasileiros aos estrangeiros (SILVA, 2011). 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).

Esse problema não se restringe a saúde, outras questões sociais são problemáticas nas regiões fronteiriças. A circulação de trabalhadores, é outra complicação perante à integração nas cidades fronteiriças, o ritmo de abertura se encontra regulado com o intuito de controlar o impacto sobre o mercado de trabalho, levando o estrangeiro a se submeter a relações de trabalho degradantes (CARNEIRO, 2016). Ainda na esfera da seguridade social, nas cidades gêmeas existem ações judiciais específicas proposta por estrangeiros visando à implementação de benefícios assistenciais e previdenciários. Entre elas as mais comuns são: a ação judicial de registro tardio de nascimento; ação para tradução de documentos, visto que a lei civil brasileira determina que para ter efeito legal no país os documentos deverão ser vertidos em vernáculo e com tradução registrada e ainda concessão de aposentadorias e ações

trabalhistas. A finalidade dessas ações é garantir o acesso aos benefícios da seguridade social. Da mesma maneira que os profissionais e gestores de saúde desconhecem os acordos ou pactos oficiais firmados para atendimento ao estrangeiro, o mesmo ocorre na jurisprudência dos tribunais brasileiros (FIGUEREDO, 2013). Conduzindo mais uma vez a população fronteiriça a uma condição não cidadã, e suscitando mais um dilema ético-profissional a outra categoria.

4.3. Sis-Fronteira

Em consonância com as propostas do projeto Sis-Mercosul (Ata SGT-11 nº 01/2005), o governo brasileiro sinalizou lançando o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (Sis-Fronteira) em 2005, um recurso de legalização das relações nas regiões fronteiriças. O objetivo do programa era promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira. Segundo Albuquerque (2012), a política do Sis-Fronteira define como requisito mínimo para a implantação de serviços, a cobertura para 100% da população de serviços de atendimento ambulatorial básico, inclusive o atendimento de urgência. Contemplou 121 municípios fronteiriços no Brasil (AZEVEDO, 2015).

A proposta era de que a política aconteceria em etapas distintas, a primeira foi a realização de um diagnóstico da situação de saúde e da infraestrutura disponível, assim como a caracterização qualitativa e quantificação da clientela, fazia parte também a apresentação de um plano operacional pela gestão local. A segunda fase contemplava a qualificação da gestão, serviços e ações e a implementação da rede de serviços de saúde nos municípios fronteiriços. Na terceira fase, pretendia-se a implantação e consolidação de serviços e ações propostas (FERREIRA *et al.*, 2015).

O repasse dos recursos financeiros do Sis-Fronteira se deu com base no Piso de Atenção Básica (PAB), o cálculo para execução do plano de ação consistiu em acréscimo de 40% sobre esse PAB. Desde 2014 o programa encontra-se estagnado em decorrência da falta de recurso financeiro e controle estatal sobre o programa (AZEVEDO, 2015).

Azevedo (2015) demonstrou que durante a primeira fase do Sis-Fronteira foram liberados 30% do valor total para realização de diagnósticos quali-quantitativos da situação dos municípios, após assinatura e publicação do termo de adesão, era elaborado um plano operacional com estratégias para alcançar as prioridades diagnosticadas. Após a homologação da primeira, na segunda fase eram liberados 35% do valor total buscando a execução das ações, os outros 35% se referiam à terceira fase para a continuidade dos projetos, e em 2008,

foi realizado um repasse adicional. O prazo final para conclusão dos planos operacionais era julho de 2014. Segundo a autora, o programa não conseguiu atender às demandas, e aponta a necessidade de uma reavaliação.

Segundo Carneiro (2016), Foz do Iguaçu foi o primeiro município do Brasil a ter o projeto aprovado no âmbito do Sis-Fronteira. Os recursos do Sis-Fronteira foram investidos na a construção de unidade básica de saúde e custeio parcial do Centro Materno Infantil, implantado com apoio da Itaipu.

Albuquerque (2012) relata que o projeto Sis-Fronteiras não é uma ação conjunta dos países do Mercosul, trata-se de um programa brasileiro específico. Podendo-se, assim, atribuir mais uma característica ao seu fracasso, já que foi planejado unilateralmente para ser operacionalizado de forma conjunta. Souza (2013) também considerou que o Sis-Fronteira não resolveu a demanda de atendimento ao público estrangeiro e ainda promove fraudes ou omissão de informações. Por meio do Sis-Fronteira, o governo reconheceu, em virtude da extensão territorial e da heterogeneidade explícita, que as ações governamentais na faixa de fronteira não podem se estabelecer a partir de um padrão único (FIGUEREDO, 2013).

4.4. Saúde do Viajante

O programa Saúde do Viajante foi instituído em 2015, pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA), por meio da resolução nº 603/2015, com o objetivo de implantar ações que contribuam com a prevenção, promoção, assistência e vigilância à saúde do viajante, visando proteger a população do estado do Paraná da introdução e/ou reintrodução de doenças com potencial de disseminação. É fundamentado em três eixos considerados estratégicos: informação, vigilância e atenção à saúde (CHOMATAS, 2015). Possui como objetivos específicos:

[...] identificar e monitorar situações relevantes de saúde pública relacionada à condição de viajante; sensibilizar e orientar os viajantes em relação ao autocuidado à saúde e o risco à coletividade; sensibilizar a rede de saúde pública e privada, quanto à atenção ao viajante nos diversos pontos da Rede para a identificação, notificação e adoção de medidas de controle nas situações de relevância em saúde pública; disponibilizar informações atualizadas e orientações de saúde pública aos viajantes; adotar medidas de controle oportunas para evitar a disseminação de doenças relacionadas à condição de viajante (CHOMATAS, 2015, s.p).

O conceito de viajante para fundamentar o programa se constitui em

[...] uma condição transitória de qualquer pessoa que se desloca pelo território paranaense, sem distinção de raça, sexo, língua e/ou religião e independentemente da finalidade, vindo de outro país ou estado ou indo a outro país ou estado (CHOMATAS, 2015, s.p).

Foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de assessorar a SESA na elaboração e implantação do Programa conforme a resolução nº151/2015 SESA. No plano de ação elaborado pelo grupo entre as ações propostas destacamos:

- [...] disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de busca de vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para o viajante internado, quando necessário;
- Estabelecer protocolo com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do viajante, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade;
- Prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas relacionadas ao viajante, referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.;
- Garantir a universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção ambulatorial e hospitalar;
- Atender as demandas emergenciais de saúde pública no seu território, incluindo a população em trânsito (SESA, 2015, s.p).

Na tabela 2, são apresentados os valores recebidos pelos municípios fronteiriços do estudo conforme as resoluções da SESA nº. 13/2016 e nº 80/2016, as quais autorizaram o repasse financeiro tendo como elemento de despesa, o custeio, referente ao exercício 2015 e 2016. Para o repasse dos recursos foi considerada a população residente.

Tabela 1. Valores repassados aos municípios de Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão por meio do Programa Saúde do Viajante

Dados	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo	
			Antônio do Sudoeste	Barracão
População Estimada (2012)	255.718	31.013	19.048	9.796
Fator	7.000.000,00*	848.946,89*	521.418,12*	268.154,76*
Fixo/ per capita R\$ 27,37	*			
Recurso do PAB acumulado recebido em um ano (em R\$)	6.137.232,00	806.337,96	533.343,96	274.287,96

Fonte: Resolução da SESA nº. 13/2016. Resolução da SESA nº 80/2016. * Valores recebidos pelo exercício de 2015. **Valor recebido pelo exercício 2016.

Em 2016, por meio da Resolução nº. 104/2016 houve o repasse financeiro ao município de Foz do Iguaçu, no valor total de sete milhões de reais (tabela 2). Em todos os

casos, os valores repassados significaram importante aporte para o financiamento da saúde, em especial pela possibilidade de ser utilizado em despesas de custeio.

4.5. Pacto pela saúde e a regionalização – Rede de atenção à saúde e o estrangeiro

As políticas de desenvolvimento regional ganharam força no Brasil a partir das transformações político-institucionais do final da década de 1980, com a constituição de 1988, e, nos anos 1990, com a fragilização financeira do Estado há o retorno da questão regional com ênfase nos discursos sobre descentralização e a regionalização (RÜCKERT, 2008).

Na saúde, a descentralização político-administrativa durante a implantação do SUS foi concebida primeiramente compreendendo a descentralização dos serviços para os municípios, marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOB). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios, entretanto a regionalização foi pouco considerada (DOURADO; ELIA, 2011).

Essa municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal, dever-se-ia instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível, o que gerou uma competição intermunicipal desleal e destrutiva por recursos financeiros escassos (MENDES, 2011). Originou realidades contrastantes, de um lado os grandes municípios com grande potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os municípios menores com baixa capacidade operacional e pouca autonomia (GONDIM *et al.*, 2008). Para Cohn (2013), até os anos 1980, o Estado provedor da saúde era confundido com o Estado produtor de serviços públicos estatais da saúde, sendo que a realidade prática era uma infraestrutura essencialmente privada e mal distribuída, o que gerou incapacidade do Estado de regular o subsistema privado de saúde a favor do SUS.

Nesse processo de descentralização, é possível listar outros problemas evidenciados ao longo dos anos de implementação do SUS além da desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios. Houve falta de cultura participativa da sociedade que não transformou os conselhos de saúde municipais em legítimos condutores da política de saúde local, decorrente da falta de conhecimento sobre o que era o recém fundado SUS, como também a herança deixada pela

medicina previdenciária, cujos atores continuaram a influenciar a lógica de organização do sistema (DUARTE *et al.*, 2015).

A descentralização teve um lado positivo, Paim *et al.* (2011) ressaltam que a descentralização do sistema possibilitou a melhora no acesso à Atenção Básica (AB), com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em efeitos positivos na cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e nas internações desnecessárias. Se estendendo as outras políticas sociais, como o comportamento familiar em relação ao trabalho infantil, educação e emprego (CAMPOS *et al.*, 2013).

A descentralização levou à fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios. Tornou-se evidente que a estrutura municipalizada não seria capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde considerando a heterogeneidade que caracteriza a federação brasileira. O reconhecimento dessa situação abriu caminho para a regionalização no início da década de 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (DOURADO; ELIA, 2011).

Nesse sentido, outro marco importante foi o Pacto pela Saúde, firmado em 2006, para consolidação do SUS. O pacto propôs mudanças no processo de planejamento, formulação e implantação de ações, programas e políticas de saúde, foi firmado entre União, estados e municípios, em três dimensões: de gestão, pela vida e em defesa do SUS (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

Preuss e Nogueira (2012) apontam que a maior preocupação na pactuação refere-se às questões financeiras. Houve a proposição de uma nova política de cofinanciamento, pautada em 05 blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (SILVA, 2012). Previa-se que o Pacto de Gestão seria utilizado para mudanças substanciais na forma de gerir o sistema. Este processo de regionalização objetiva a garantia do acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal (MAZON, 2012).

O Pacto de Gestão, inserido no Pacto pela Saúde reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias, instituindo colegiados de gestão regional (MAZON, 2012). O pacto reafirma a condição da regionalização como elemento basilar do sistema e assume essa diretriz como o eixo estruturante do Pacto (DOURADO; ELIA, 2011). Especificamente sobre a organização da saúde em municípios fronteiriços, sugere a criação de Regiões de Saúde Fronteiriças, em que

gestores nos âmbitos municipal, estadual e federal possam montar estratégias de atuação que contemplem as necessidades da população que ali vive (BONTEMPO, 2013).

Para Duarte *et al.* (2015), o processo de regionalização deve ser dividido em dois. Há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro. Há, ainda, outro processo implícito de regionalização, a criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinados espaços e tempo. A regionalização só tem sentido quando pensada com a hierarquização. Porém, a direção dessa regionalização/hierarquização deveria ter dois sentidos, os chamados encaminhamentos de referência e contra referência.

O processo de regionalização assenta-se numa definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território. Os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio de um colegiado de gestão regional (MENDES, 2011).

Preuss e Nogueira (2012) mostraram que mesmo prevista a situação de regiões de fronteira, a adesão ao pacto não ampliou o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros e induziu a gestão municipal à adesão ao Pacto, pela imposição de condicionantes no repasse de recursos financeiros interferindo de maneira autoritária e controladora sobre os municípios. A não adesão caracteriza-se como a penalização no repasse de verbas. Silva (2012) considera que as ações e serviços implementados a partir do Pacto no campo da gestão não evidenciam relevância e interesse no debate da saúde sobre a gestão do trabalho e saúde dos trabalhadores do SUS. Julga que na implementação prática do Pacto, esse tem sido operacionalizado de forma conturbada, controversa e radicalmente empobrecida.

Percebe-se uma tensão entre a implementação das diretrizes políticas definidas na esfera federal, e a realidade do município. O poder normativo do Ministério da Saúde, além de quantitativamente dominante, é qualitativamente inadequado, visto que muitas vezes as normas ministeriais não permitem uma reinterpretação nos níveis subnacionais de governo para adequá-las às realidades regionais e locais. Cabe dizer que entendemos ser necessário cautela, uma vez que não se objetiva ser uma confederação de sistemas regionais de atenção à saúde, descoordenados entre si. Para isso, é fundamental garantir a integridade das políticas nacionais, ou seja, a unidade doutrinária, e os sistemas de informação de base nacional (MENDES, 2011).

Conforme Mendes (2011), o SUS opera com um significativo subfinanciamento, porém o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Para o autor há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

É necessária uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltada predominantemente para responder às condições agudas. As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

É hora de voltar ao ponto de equilíbrio, o que significará maximizar as inegáveis fortalezas da descentralização por devolução municipalizada e, ao mesmo tempo, tratar de minimizar suas debilidades. Isso significará, na prática social, superar o paradigma da municipalização autárquica e consolidar, em seu lugar, o paradigma da regionalização cooperativa. A regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de espaços privilegiados, os territórios sanitários regionais, que associam entre si os municípios e o estado, com o apoio da União, para gerir, obedecendo os princípios do federalismo cooperativo intraestatal. Na América Latina, as redes de atenção à saúde são incipientes. Há relatos de experiências no Peru, na Bolívia, na Colômbia, na República Dominicana e no México, mas a experiência mais consolidada parece ser a do Chile, onde as RASs têm sido discutidas há mais tempo e constituem uma política oficial do Ministério da Saúde (MENDES, 2011).

Constata-se que o processo de regionalização requer a capacidade política de identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, para o que é 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).

De acordo com Rückert (2010), qualquer política pública hoje é territorial, o território como objeto de políticas públicas pode ser entendido como conteúdo, meio e processo das relações sociais; portador da história dos diferentes lugares; e suporte de dinâmicas territoriais multiescalares, em que várias territorialidades podem ser socialmente construídas, nos seus diferentes recortes. Esse cenário impõe para os governos a necessidade de territorializar sua abordagem aos problemas nacionais, regionais e locais na formulação de políticas públicas e estabelecer na gestão governamental – como prática estratégica – a gestão de territórios, observando a realidade territorial socialmente construída em cada parcela do espaço a recortar para organizar a ação estatal. Para as políticas públicas de saúde, impõe a valorização e o aprofundamento da abordagem territorial ao processo saúde-doença e ao planejamento das respostas setoriais (RIBEIRO, 2015).

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 micro-área, a área de abrangência de unidades de saúde, entre outros. Os critérios utilizados na delimitação desses recortes nem sempre considera as características sociais da região (BARCELLOS; MOREIRA; MONKEN, 2008). Uma proposta de mudança de práticas sanitárias, baseada na ação sob territórios deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos 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 a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo de 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 (GONDIM *et al.*, 2008).

Regionalizar, portanto, ocorre por meio de um recorte político em um determinado território, onde se constroem respostas sociais e articuladas a problemas cuja solução requer esforços colaborativos e coordenados dos atores, governamentais e não governamentais. Caso haja pretensão de que o SUS, de fato, 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, ele surge das interações entre os diferentes atores sociais (RIBEIRO, 2015).

Diante do exposto, entende-se que há uma série de demandas não supridas em relação às necessidades dos municípios de fronteira devido a esse tipo de organização hierárquica, agravadas pela demanda de estrangeiros e reduzida cooperação entre os sistemas assistenciais de saúde do outro lado da fronteira (AGUSTINI; NOGUIERA, 2010). A construção será tão mais sólida quanto maior for o grau de participação dos atores locais e respeitadas suas territorialidades. Por isso, utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas (GONDIM *et al.*, 2008).

4.6. Os sistemas de saúde dos países fronteiriços: Brasil, Argentina e Paraguai

As crises econômicas associadas ao capitalismo financeiro, e as políticas de austeridade e compressão do gasto público, ampliaram as desigualdades, reduziram os gastos sociais e atingiram fortemente os sistemas de saúde, que se tornaram alvo de privatizações e transferência de incumbências estatais para o mercado de serviços de saúde. Curiosamente, os Estados Unidos, o país que melhor exemplifica a adoção, na saúde, dos princípios mercantis começa a debater a regulação sobre o mercado e busca alcançar acesso universal, ainda que sob a forma de subsídios estatais, o famoso *Obamacare*², já questionado (SÁ *et al.*, 2015).

A pressão pela mudança e redução do papel do Estado na garantia do direito à saúde também pode ser identificada em teses defendidas pelo Banco Mundial e pela OMS, denominada cobertura universal em saúde, que preconizam mudanças no financiamento e governança dos sistemas de saúde, com abordagens de partilha de risco e pré-pagamento obrigatório. Essas propostas conferem à ação estatal caráter regulatório e compensatório no plano assistencial, colocando o Estado como provedor preferencial de ações destinadas a pessoas de baixa renda e populações rurais. Também atinge o princípio da integralidade ao preconizar que a oferta de serviços básicos deva ser a prioridade e que serviços de alto custo não devam ser incluídos entre os de alta prioridade (SÁ *et al.*, 2015).

Os sistemas de saúde dos países da América do Sul foram construídos historicamente centrados na concepção de doença, não de saúde, baseados principalmente na questão biológica envolvida no processo de adoecimento, contudo, isso foi sendo modificado ao longo do tempo e os determinantes sociais foram incorporados na atenção à saúde das populações

² Reforma do sistema de saúde americano, proposta pelo presidente Barack Obama no ano de 2010, *Patient Protection and Affordable Care Act* (Lei de Proteção do Paciente e de Atenção Acessível) estabelece que todos os cidadãos que vivem nos EUA sejam obrigados a adquirir um plano de saúde. As pessoas de renda mais baixa terão subsídio do governo e as seguradoras estarão proibidas de excluir um beneficiário baseada em condições de doenças pré-existentes.

(GIOVANELLA *et al.*, 2012). Para essa autora, sistema de saúde se define como um conjunto de ações, normas e pessoas cujas atividades se relacionam direta ou indiretamente com a atenção à saúde individual ou coletiva. Ressalta ainda que um fator determinante dentro das políticas de saúde é a forma de organização e financiamento dos sistemas de saúde, pois refletem as concepções que cada sociedade tem sobre saúde e sobre os direitos sociais. Nesse aspecto, algumas sociedades a entendem como direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado e outras como “serviço ou bem de mercado”, devendo o Estado garantir apenas aos mais pobres.

Segundo Sá *et al.* (2015), o que distingue a saúde como direito social é a existência de um sistema comprometido com a aplicação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que assegure a todos os cidadãos as condições de acesso ao cuidado sempre que se fizer necessário, independente de renda ou condição de trabalho. Ou seja, a existência de exercício do direito social. Pressupõe a existência de uma ética distributiva que colide com a que preside os mercados e que não pode prescindir da presença do Estado para que universalidade e equidade se tornem realidade. Por essas razões, a opção entre um sistema universal e um sistema baseado na lógica mercantil caracteriza escolha eminentemente política, não se apoiando apenas em argumentos econômicos.

As mudanças na forma de se pensar saúde pública na América Latina foram progressivamente influenciadas pela economia promovida pelo Banco Mundial e o Banco Interamericano de desenvolvimento, em virtude da busca de novos âmbitos de acumulação, transformando o setor saúde um terreno disputado pelo capital privado perante o Estado (LAURELL, 2013). Nos últimos anos, houve uma expansão da privatização dos sistemas de saúde, que não se mostrou efetiva pelo fato de não aumentar a cobertura. Cabe ressaltar que parte dos países adotou o co-pagamento, que pelo contrário, se constitui como barreira de acesso (PAIM, 2013). A mercantilização da saúde aumenta os custos sem melhorar a saúde e ainda destrói a coesão social (LAURELL, 2013).

Segundo Atun *et al.* (2015), com exceção do Brasil, Cuba e Costa Rica, a cobertura universal tem como grande obstáculo, o financiamento dos sistemas de saúde, que é injusto, e ainda a manutenção do sistema de seguridade social com base no emprego, dividindo a população em três categorias: (1) os pobres, desempregados e empregados sem seguridade social; (2) a população trabalhadora assalariada com seguridade social; e (3) os ricos com seguros privados. Por outro lado os sistemas de saúde latino-americanos possuem pontos fracos intrínsecos como a fragmentação da organização, a segmentação do financiamento e um setor privado mal regulado, sendo um desafio para o desenvolvimento de sistemas de saúde equitativos e eficientes.

Em relação à proteção social, os países do Mercosul têm sistemas diferenciados, embora, em termos constitucionais, o Brasil e o Paraguai garantem a universalidade de proteção à saúde como dever do Estado. Persistem os arranjos do tipo público-privado, expressos nos altos gastos privados com a saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2015). 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). É grave a promiscuidade entre interesses privados e públicos, uma vez que as empresas de planos privados de saúde são importantes financiadoras de campanhas eleitorais (SANTOS, 2016). E assim como a indústria farmacêutica, tem-se constituído como instituições hegemônicas de controle do próprio Estado.

4.7. O sistema de saúde brasileiro

A Constituição Federal de 1988 regulamentou os direitos civis, políticos e sociais sob o princípio da universalidade. No artigo 6º, estabelece como direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, originando assim, o sistema de seguridade social, constituído pelo tripé das três políticas sociais: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Com isso, garantiu um sentido amplo à área social, trabalhou na lógica da ampliação dos direitos sociais e da inserção da noção de responsabilidade do Estado. Dessa forma a política de saúde se estabeleceu como não contributiva, mas um direito de todos e dever do Estado (SILVA, 2011).

Com base na Constituição, a Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 regulamentou o SUS, retificou em seu artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRANCO, 2013). Assumiu como princípios doutrinários do sistema: a universalidade, a integralidade e a igualdade. Como diretrizes organizativas: a descentralização, a regionalização e a participação da comunidade, cuja regulamentação se deu por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080/1990 e 8.142/1990 e mais recentemente pelo Decreto 7.508/2011.

Na organização do sistema nacional de saúde brasileiro compreende-se o princípio da descentralização político-administrativa e na organização a forma regionalizada e hierarquizada da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade. Nessa perspectiva, cada esfera governamental conta com comando único correspondente: a) no âmbito da União,

o Ministério da Saúde; b) no âmbito estadual e no Distrito Federal, a Secretaria Estadual de Saúde ou instância equivalente; c) no âmbito municipal, a Secretaria Municipal de Saúde (AGUSTINI; NOGUIERA, 2010). Do ponto de vista político e da gestão do sistema, as dificuldades são inúmeras, a começar pelo baixo nível de financiamento do setor público de saúde e a complexidade atual da rede de prestadores e compradores de serviços que competem entre si (o subsetor público, o privado e o de saúde suplementar) por subsídios fiscais (BRASIL, 2016).

Nos anos 90, o SUS deu um grande salto com uma estratégia de (AB) que foi progressivamente ampliada a grupos cada vez maiores da população. O conceito básico é a ideia de Saúde da Família, com equipes multiprofissionais e abordagens integradas com níveis crescentes de complexidade (CAMPOS *et al.*, 2013). Por meio dele, a população adscrita em um determinado território seria atendida em suas necessidades primárias, recebendo orientações quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde (BONTEMPO, 2013).

O financiamento é constituído por recursos dos governos federal, estadual e municipal. O repasse federal é feito a partir do número de habitantes de cada município e por outros critérios definidos em Normas Operacionais Básicas (NOB) e em outras legislações, como o Pacto pela Saúde de 2006. A fonte de financiamento são impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gasto dos empregadores com saúde, mas historicamente insuficientes para atender as demandas de atenção à saúde (PAIM *et al.*, 2011), especialmente pela ausência de uma fonte específica e regular de financiamento para as ações e serviços de saúde. Atualmente, a regulamentação do financiamento da saúde é dada pela Emenda Constitucional (EC) 29/2000 que garante aos municípios o mínimo de 15% de sua arrecadação e aos estados 12% e pela EC 86/2015 que define os gastos mínimos da União com saúde, sendo 13,2% em 2016.

Recentemente no Brasil, no contexto do avanço do capital na saúde, duas medidas acabaram por prejudicar ainda mais o subfinanciamento do SUS. Em primeiro lugar, verificase a aprovação da nova lei 13.097/2015, que permite a exploração dos serviços de saúde pelo capital estrangeiro, incluindo o setor filantrópico. Isso é problemático, no quadro de um progressivo alargamento do setor privado no interior do SUS, ao mesmo tempo em que há uma crescente precarização dos seus serviços, com a flexibilização dos vínculos trabalhistas – podendo tornar-se pior pela aprovação do Projeto de Lei 4.330 sobre a terceirização, em tramitação no Congresso. Além disso, constatam-se, de um lado, as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde – de gestão privada – e, de outro, o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e

símiles no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (MENDES; LOUVISON, 2015; SÁ *et al.*, 2015).

Em segundo lugar, no processo de desfinanciamento da saúde, destaca-se a EC 86/2015 que modifica a base de cálculo do financiamento federal da saúde, reduzindo-o para abaixo do nível de gasto que se alcançou até recentemente. Nessa EC, que institui o Orçamento Impositivo, foi incluída uma nova base de aplicação do governo federal na saúde, alterando a base de cálculo de Receita Corrente Bruta para Receita Corrente Líquida (RCL), (MENDES; LOUVISON, 2015). Define que o governo federal deverá destinar a ações e serviços públicos de saúde 15% da RCL, percentual este a ser alcançado ao final de cinco anos. Estabelece também que as despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, integraram o piso do financiamento federal da saúde, antes esses recursos seriam adicionais (SÁ *et al.*, 2015).

Em tramitação no Congresso, outra Projeto de Emenda à Constituição n°. 451/2014, de autoria do deputado Eduardo Cunha –, a qual visa alterar o Art. 7º da Constituição, inserindo novo inciso, o XXXV, pelo qual todos os empregadores brasileiros ficariam obrigados a garantir aos seus empregados serviços de assistência à saúde. Um retrocesso pois se aprovada, o direito social universal a direito trabalhista, descaracterizará a saúde como um dever do Estado, além de inverter o dispositivo constitucional de 1988, transformando o SUS em sistema complementar. E, certamente, aprofundará a segmentação do sistema de saúde e ampliará o campo de atuação das operadoras dos planos e seguros de saúde (SÁ *et al.*, 2015).

Todavia, um dos maiores infortúnios do SUS, que impacta negativamente o financiamento e a garantia do direito à saúde no Brasil, é o Novo Regime Fiscal, apresentado por meio da PEC n°. 241/2016 (PEC 241), que aprovada originou a Emenda Constitucional n°. 95 (EC 95). Essa emenda estabeleceu um teto para as despesas primárias baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período durante vinte anos. Em cada exercício seguinte, este teto será corrigido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do respectivo ano anterior, ao longo de vinte anos. A EC 95 revoga o escalonamento previsto na EC 86 (VIEIRA *et al.*, 2016).

Segundo Vieira *et al.* (2016), a PEC 95 surge sem revelar a real intenção de reduzir a participação das despesas primárias em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), implicando a redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre as quais as de saúde e de educação. Com a EC 95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde são significativos, chegando a mais de R\$ 400 bilhões em vinte anos, no cenário de crescimento da economia de 2% ao ano.

A redução dos recursos garantidos para o sistema público de saúde ocasionará constrangimentos ainda maiores que os atuais para a oferta de bens e serviços de saúde à população brasileira, em um contexto decréscimo populacional e de envelhecimento da estrutura etária, com aumento esperado dos custos da assistência à saúde. Implicará, no caso da saúde, maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde, empurrando aqueles que dispõem de recursos financeiros para o mercado de planos de saúde; os que têm consciência de seu direito, da responsabilidade do Estado e meios de exigi-lo, para a judicialização; e os mais vulneráveis sujeitos à insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos cada vez mais precarizados (VIEIRA *et al.*, 2016).

Ao debater o financiamento em saúde, deve-se ressaltar que quanto maior o gasto em saúde hoje, maior ele será amanhã, as medidas preventivas são necessárias porque nos permitem viver mais e melhor, não porque barateiam os gastos globais do sistema (NORONHA; PEREIRA, 2013).

O setor privado é constituído pelas operadoras de planos privados e cobrem aproximadamente 25% da população (GIOVANELLA *et al.*, 2012). O serviço privado de saúde no Brasil tem realmente crescido. No entanto, isso não significa que mesmo os usuários de planos privados não utilizem o SUS, especialmente quando precisam de cuidados de alta complexidade (RIZZOTO; CAMPOS, 2016). Os planos de seguros privados no Brasil, a partir de 2000, recorreram a duas estratégias: obtenção de recursos via abertura de capital internacional, denominada financeirização e ofertas de planos com coberturas restritas e menores preços, onde as classes C e D procuram à fuga das agruras do SUS (BAHIA, 2013). Em meio a essa crise, no 1º semestre de 2016 o ministro da saúde Ricardo Barros declarou à imprensa que seria preciso rever o tamanho do SUS. Poucos meses depois, Barros apresentou como solução para sair da crise a criação de “planos acessíveis”. O argumento, recorrente também entre os que defendem uma necessidade de sustentabilidade do mercado de seguros privados, é que essa medida “desafoga”, “alivia” o SUS. Os fatos recentes expostos acima nos mostram que, ao passo que a sociedade civil é absolutamente desconsiderada na formulação da proposta e tomada de decisão de mudanças do sistema de saúde. Essas propostas de mudança do SUS fortalecem o setor privado de seguros com a diminuição do tamanho do SUS e a sua fragmentação e guardam clara influência das estratégias do *Obamacare* de expansão da clientela de seguros privados (SANTOS, 2016).

Com um sistema universal imerso numa realidade repleta de contradições e desigualdades, esse sistema reflete as dificuldades históricas em dar cidadania plena a toda população brasileira, inclusive a garantia de qualidade em saúde (CAMPOS *et al.*, 2013). O contexto hiperinflacionário, a instabilidade econômica e as dificuldades de governança do

período que procedeu a criação do SUS fizeram com que sua consolidação sofresse desaceleração (MAZON, 2012).

4.8. O sistema de saúde argentino

A Argentina está localizada ao Sul da América Latina, com uma extensão territorial de 3.761.274 km². É composta por 23 províncias e uma cidade autônoma, a cidade de Buenos Aires. A forma de governo é representativa, republicana e federalista. Segundo os indicadores de saúde e de condições gerais de vida, as regiões nordeste e noroeste são as mais empobrecidas e menos desenvolvidas (OPAS, 2012).

O direito à saúde não é mencionado na Constituição argentina, mas parte da adesão à Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado em 1986 (GIOVANELLA *et al*, 2012) . Segundo Aldao *et al*. (2015), que analisou o direito à saúde nas constituições argentinas, destaca-se que na constituição de 1853/60 não havia espaço para um direito que implicasse deveres positivos do Estado. Na Constituição de 1949 se reconhece expressamente o direito à preservação da saúde, do bem estar social e da seguridade social, porém em 1956 essa constituição foi anulada, passando por outra reforma em 1957, ano que o direito à saúde foi constitucionalizado atrelado aos direitos dos trabalhadores e à seguridade social. Para o autor, a reforma de 1994, trouxe um grande reconhecimento normativo do direito à saúde, sendo encontrado explicitamente em vários artigos (41,42,75), equivale à lógica de cidadania social.

Proteção à saúde é mencionada na Carta Magna do país como um direito do consumidor e, ao mesmo tempo, há a indicação de que a saúde deve ser desfrutada em seu mais alto nível possível, tanto em termos físicos quanto mentais (TRINDADE, 2016).

Em 1943, a Argentina deu o primeiro passo no sentido do reconhecimento da saúde pública como um problema de interesse específico do Estado com a criação da Direção Nacional de Saúde Pública e Assistência Social, que em 1949 tornou-se Ministério. Isso resultou na expansão dos direitos sociais em geral, na multiplicação de serviços universais gratuitos de saúde e na extensão da segurança social. Todavia, institucionalmente, desenvolveu-se um sistema fragmentado em três subsetores: o público, a segurança social e o privado. Cada um deles apresenta serviços e financiamento separados, que atendem a três categorias de usuários: a) os grupos sociais de baixa renda, que não têm segurança social; b) os trabalhadores assalariados e aposentados; e c) a população com capacidade de pagamento e compra de seguros privados (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011). São três

subsistemas: o subsistema dos Seguros Sociais ou de Seguridade Social, formado por 298 Obras Sociais Nacionais, pelo *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionistas* (PAMI), por 24 *Obras Sociales Provinciais* e por *Obras Sociales de Seguridade*. O subsistema de serviços públicos de saúde, a cargo dos governos nacional, provinciais e municipais; e, por fim, o subsistema privado, é composto por profissionais e estabelecimentos de saúde que atendem a casos individuais e, principalmente, os beneficiários das Obras Sociais mediante acordos individuais e coletivos, e as entidades de seguro voluntário (planos de saúde), chamadas Empresas de Medicina pré-paga.

A operacionalização do sistema ocorre por meio das transferências de recursos aos governos provinciais que possuem autonomia quanto à destinação dos recursos. O setor público é composto de nível ministerial, estruturas administrativas provinciais e nacionais, e pela rede de hospitais e centros de saúde públicos os quais prestam atendimento gratuito, àqueles sem cobertura e sem capacidade de pagamento, financiados com recursos fiscais. O setor de seguro social obrigatório está organizado em torno de Obras Sociais (OS), que cobrem os trabalhadores assalariados e suas famílias de acordo com o ramo de atividade. Além disso, cada província tem um sistema operacional para os funcionários públicos na sua jurisdição. Tanto as instituições de OS como o setor privado devem cumprir o Programa Médico Obrigatório (PMO) imposto pelo Ministério de Saúde da Nação (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011). O PMO unificou os seguros sociais obrigatórios para trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho e oferece um amplo conjunto de serviços que inclui atenção materno-infantil, atenção primária e secundária, atenção programada em domicílio, internação, saúde mental, odontologia, medicamentos, entre outros (TRINDADE, 2016).

O *Ministerio de Salud de la Nación* é o órgão mais importante da administração pública nacional da saúde. Prioriza ações voltadas aos cidadãos que não têm uma cobertura formal, assim como viabiliza a complementação de serviços entre prestadoras dos diferentes subsistemas e coordena ações sanitárias. Com relação à cobertura oferecida à população, o subsetor público atende, em média, 35% das pessoas que não têm como recorrer ao seguro social de saúde. O subsetor de seguro social cobre trabalhadores do mercado formal, os quais representam 55% da população, com 12% de assistidos pelas Obras Sociais Provinciais, 34% pelas Obras Sociais Nacionais e 9% pelo PAMI. Há, ainda, 8% da população que recorrem ao subsetor privado (TRINDADE, 2016).

Na Argentina, como no Brasil, o sistema público de saúde convive com o setor privado, contudo, ao contrário do Brasil a participação do setor público na cobertura é baixo. O país não processou a unificação administrativa das obras sociais, nem foi instituído um

sistema público de acesso universal. O atendimento no setor público, custeado por impostos, é uma atribuição precípua das províncias, embora o governo central esteja presente com as delegacias e superintendências do Ministério da Saúde, e do PAMI, cujo custeio está incorporado ao orçamento nacional. Além das dificuldades financeiras das obras sociais, o grande dilema tem sido sua reduzida capacidade de coordenação e unificação (DELGADO, 2013).

O financiamento da saúde na Argentina é misto, realizado com recursos orçamentários nacional, provincial e municipal, além da contribuição da previdência social. Além disso, compõe o financiamento a contribuição dos empregados e empregadores no caso das obras sociais, e os fundos das empresas de medicina pré-paga, de responsabilidade dos particulares. Os prestadores privados garantem seu orçamento através de contratos de prestação de serviços realizados com obras sociais e seguros de saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

4.9. O sistema de saúde paraguaio

O Paraguai está dividido pelo Rio Paraguai em duas regiões geográficas: a ocidental ou Chaco, que tem três estados, e a oriental, que tem 14 estados, onde se localizam as principais cidades e vias de comunicação. A gestão está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social, que cumpre funções de financiamento e é o principal fornecedor de serviços de saúde. O sistema de saúde é misto, segmentado e fragmentado, o que limita a coordenação e a integração funcional. Conta-se com um setor público composto pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social; a Universidade Nacional de Assunção; os Serviços de Saúde Militar, Policial e das Forças Armadas; os serviços de saúde municipais e regionais; e o Instituto de Previdência Social, uma entidade descentralizada (OPAS, 2012).

A Constituição Nacional promulgada em 1992 no artigo 68 reconhece o direito de cuidar da saúde para toda a população, e o artigo 69 estabelece como obrigatório a criação de um Sistema Nacional de Saúde, que deve prestar serviços, sem qualquer discriminação e com base nos princípios da equidade, qualidade, eficiência e participação social. Estima-se que, entre 7% e 9% da população, de renda mais alta se beneficiem dos regimes de seguro do setor privado. O maior desafio para o sistema de saúde do Paraguai é a extensão da cobertura, pois apenas 20% da população é segurada e cerca de 35% da população não tem acesso a serviços básicos de saúde (ALUM; BEJARANO, 2013). Os serviços de saúde médico-previdenciários são responsáveis pela cobertura de 21,6% da população (CAMPOS *et al.*, 2013).

A Lei nº. 1032/96 reiterou a garantia de atenção da saúde para todos, de maneira equitativa e oportuna, sem discriminação de nenhuma natureza. Além disso, instituiu o Sistema de Saúde do Paraguai, mas manteve um modelo fragmentado e segmentado. Por suas características desde o seu início, já seria difícil alcançar um sistema único, foi reorientado desde a década dos anos 1990 para um modelo mais funcional (CAMPOS *et al.*, 2013).

Um marco para as reformas da saúde foi a formulação da nova Política Nacional de Saúde de 2005-2008, que constituiu a reforma da saúde com descentralização e fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde. As diferenças de gestão e de cobertura estão associadas, diretamente, à disponibilidade de recursos. Desde 2008, o processo de reorientação do sistema nacional de saúde paraguaio passou a ter como princípios orientadores: a universalidade, a equidade, a integração, o multiculturalismo e a participação social (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O plano de Governo, implantado em 2008, propôs para o setor saúde uma ruptura com o sistema vigente durante 60 anos no Paraguai: criou um sistema nacional de saúde solidário, desde uma concepção filosófica que reivindicava a universalidade, a integralidade e a equidade com forte participação social. Desde 2008, busca-se um sistema de saúde baseado na atenção primária em saúde, incorporou eixos estratégicos baseados na criação e implementação de Unidades de Saúde da Família, em territórios sociais definidos, responsáveis por equipes multidisciplinares integradas por médicos generalistas ou especialistas em medicina familiar (CAMPOS *et al.*, 2013).

O financiamento da saúde, no Paraguai, é misto – a parte pública é financiada pelo *Ministerio de Salud y Bienestar Social* e a outra parte, pela contribuição de trabalhadores do setor, via *Instituto de Previsión Social* (NOGUEIRA *et al.*, 2015). O Ministério da Saúde paraguaio é financiado pelo tesouro público, tem separação de funções e papéis exercidos: administração, financiamento e prestação de serviços, esse último é feito por meio de uma rede integrada serviços, distribuídos em 18 regiões sanitárias correspondentes a cada um dos departamentos e da capital, Assunção. Atende cerca de 78% da população que não possui seguro social ou privado. Desde 1996, a legislação propôs a criação dos Conselhos Locais de Saúde como instâncias que promovam a participação de representantes da comunidade, entretanto, nem todas as regiões sanitárias têm seus conselhos em funcionamento (ALUM; BEJARANO, 2013).

A fragmentação e o funcionamento descoordenado do setor, favorecem as deficiências de qualidade e acesso aos serviços de saúde. No entanto, as consultas no setor público aumentaram significativamente em todas as áreas entre 2007 e 2010, incluindo as pré-natais, as odontológicas e as médicas gerais (OPAS, 2012). Essa alta segmentação de cobertura entre

os três subsetores, desarticula os diferentes subsetores com fragmentação da rede assistencial (NOGUEIRA *et al.*, 2015). O sistema ainda tem outros sérios problemas de gestão no que se refere ao manejo da informação (coleta, processamento e análise); à alocação equitativa dos recursos humanos no território; à implementação de conteúdos estabelecidos na política de pessoal; à modernização do equipamento hospitalar, e ao desenvolvimento de programas de manutenção preventivos/corretivos (CAMPOS *et al.*, 2013).

5. UNASUL, MERCOSUL E A TRANSFRONTEIRIZAÇÃO NA SAÚDE

Os países latino-americanos não puderam optar em relação à adesão aos projetos da globalização econômica. As grandes potências forçaram uma adaptação ao modelo neoliberal, reforçada por processos de reestruturação produtiva e gerencial trazidos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial. Os efeitos das mudanças introduzidas foram intensos e concomitantes com profundas alterações políticas numa conjuntura de desmonte de regimes militares e retorno à democracia. Privatizações, reorganização dos serviços públicos, ampliação da participação das empresas transnacionais em áreas estratégicas e redução da estrutura estatal fizeram parte das reformas neoliberais (TRINDADE, 2016). A formação de blocos regionais de Estados aproximados por interesse econômicos comuns é uma das exigências dessa economia globalizada (CUNHA, 2012).

No entanto, nas últimas décadas, na América Latina, ocorreram movimentos e dinâmicas variadas de acordos comerciais entre os países expressando tentativas de integração

e comércio, entre eles citamos: a Associação Latino-Americana de Integração (Aladi), a Alternativa Bolivariana para a América (Alba), a Comunidade Andina de Nações (Can), a Comunidade Sul-Americana de Nações (Casa), a União das Nações Sul-Americanas (Unasul), além do Mercado Comum do Sul (Mercosul). A interação econômica ocorre em etapas a primeira é a zona de livre-comércio, a segunda é a união aduaneira, e o Mercosul está nessa etapa, o terceiro é o mercado comum, a quarta ocorre quando os países procuram adaptar suas legislações para harmonizá-las com os objetivos comunitários e a última é o da união de integração total (CUNHA, 2012).

Para Krykhtine (2014), na cooperação é necessário que as partes tenham diálogo e planejamento, criando um ciclo eficaz em que as capacidades e recursos particulares de cada país possam ser utilizados e maximizados, diminuindo o antigo paradigma de passividade da transferência de recursos financeiros e de tecnologias. Para o autor, entre os anos de 2004 e 2008, em toda a América do Sul, foram eleitos governos progressistas o que contribuiu para um clima político de integração sul-americana e de modelos de desenvolvimento semelhantes entre si.

O Mercosul e a Unasul são modelos de integração diferentes, com origens distintas. A Unasul é um processo eminentemente político no que diz respeito ao diálogo entre os países da América do Sul, já o Mercosul teve origens primordialmente com fins comerciais (BUSS; FERREIRA, 2011). São organismos que objetivam e priorizam a integração da América do Sul, fornecem um espaço para promoção da cooperação e o desenvolvimento da região (GOMES, 2015).

5.1. Mercosul

O Mercosul caracteriza-se como modalidade de integração denominada união aduaneira, etapa intermediária para o alcance do mercado comum, caracterizada pela livre mobilidade de fatores produtivos (capital e trabalho), adoção de política comercial comum (tarifa externa comum) e coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais. São abordadas diversas políticas públicas como educação, justiça, cultura, transportes, energia, meio ambiente e agricultura (QUEIROZ, 2007).

Dois estatutos constituíram a estrutura institucional do Mercosul – o Tratado de Assunção e o Protocolo de Ouro Preto – os quais traçaram as regras para a formação inicial da União Aduaneira (TRINDADE, 2016). O bloco toma suas decisões por meio de três órgãos: o Conselho do Mercado Comum (CMC), órgão superior do Mercosul, o qual conduz politicamente o processo de integração; o Grupo Mercado Comum (GMC), que supervisiona a

operacionalização; e a Comissão do Comércio (CCM), responsável pela administração dos instrumentos de política comercial comum. Para assistir esses órgãos existem mais de 300 fóruns de negociação em diversas áreas, que promovem iniciativas a serem considerados pelos órgãos de decisão (MERCOSUL, 2016).

Os Estados partes e fundadores do bloco, pelo Tratado de Assunção, são Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Esse mesmo tratado possibilita a adesão de outros Estados membros. A Venezuela se tornou o primeiro estado da América Latina a aderir ao Tratado em 2006, e mais recentemente a Bolívia, em 2015. O Protocolo de Adesão da Bolívia ao Mercosul foi assinado por todos os Estados partes em 2015 e está agora no processo de incorporação. Já os Estados associados são aqueles membros da Aladi com o qual o Mercosul assina acordos de livre comércio, esses estão autorizados a participar nas reuniões dos órgãos do Mercosul que tratam de questões de interesse comum. Essa é a situação atual do Chile, Colômbia, Equador e Peru. Além disso, o bloco também pode estar associado/unido com países por meio de acordos estabelecidos no âmbito do artigo 25 do Tratado de Montevideu de 1980, caso da Guiana e do Suriname (MERCOSUL, 2017).

No caso do Mercosul, o processo de integração e as diversas pautas que vinculam a fronteira ao projeto representam um desafio para as cidades localizadas nas zonas fronteiriças (FILHO; LEMOS, 2014). A linha da fronteira entre os países do Mercosul abarca 69 municípios e uma população estimada em 1.438.206 habitantes (SILVA, 2011). A heterogeneidade presente nas faixas de fronteira demonstra a existência de uma correspondência clara entre o número de cidades de fronteira e o grau de acordos de cooperação bilateral ou regional entre os Estados nacionais sul-americanos, já que praticamente metade das cidades gêmeas brasileiras encontra-se no Arco Sul e abrangem estados que fazem fronteira com os países do Mercosul (SENHORAS, 2013).

De 2003 a 2015, o Brasil passou por importantes transformações socioeconômicas. O processamento dessas mudanças ocorreu simultaneamente à concepção e à execução de uma política externa engajada em promover a imagem do país. Dessa forma foi colocada em prática uma estratégia de cooperação Sul-Sul. Ela se compôs de duas frentes: a formação de coalizões internacionais, a partir das quais recursos de poder são somados, tendo como meta elevar a efetividade da defesa de interesses comuns; e prestação de cooperação para o desenvolvimento, por meio da qual se estabelecem parcerias, trocam-se experiências e se criam vínculos. Uma das primeiras iniciativas a serem postas em prática diz respeito ao relançamento do Mercosul em que, Brasil e Argentina assinaram em 2003 o Consenso de Buenos Aires, segundo o qual foi decidido que o bloco regional deveria passar a incluir novas

dimensões em sua agenda além da econômico-comercial tais como: social, política, participativa e distributiva (NETO; BARROS, 2015).

A Reunião de Ministros do Mercosul (RMS) e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT-11) são as instâncias centrais para abordar o tema da saúde e as Coordenações Nacionais, por sua vez são dependentes dessas instâncias e agrupam representantes nacionais dos Ministérios da Saúde dos países membros. Não há definição clara da relação entre o SGT-11 e a RMS, já que o primeiro atua como instância técnica que implementa políticas decididas pela segunda. A saúde foi abordada no Mercosul, a princípio, em sua dimensão sanitária, relacionada ao consumo de produtos. O SGT-11 Saúde, criado em 1996, volta-se para a harmonização das legislações referentes a bens, serviços, matérias-primas, produtos da área da saúde, critérios para a vigilância epidemiológica e o controle sanitário. Apresenta o objetivo geral de desatrelar a saúde de questões comerciais, a partir da defesa da proteção à saúde, como condição indispensável para o aprofundamento da integração (TRINDADE, 2016). As discussões são realizadas com base em pauta negociadora, documento que determina prioridades e estima prazos para seu cumprimento. Desde 2005, o SGT-11 atua nas seguintes áreas: produtos para a saúde; vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira; e prestação de serviços de saúde (QUEIROZ, 2007). Das iniciativas do Mercosul que abordaram questões sociais destacam-se algumas listadas a seguir.

A Rede Mercocidades, criada em 1995, foi formada para buscar a participação dos governos locais na integração mercosulina. A importância da participação de governos subnacionais na integração regional ocorre pela proximidade desses com os problemas e demandas dos cidadãos. Visa que os atores subnacionais se tornem protagonistas, adquirindo voz e espaço de atuação para melhoria das políticas sul-americanas. Atualmente a rede é composta por 286 cidades dos seguintes países: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Venezuela, Chile, Bolívia, Colômbia e Peru (GOMES, 2015). Gomes (2015) verificou que entre Mercocidades e Unasul há simetria de temas abordados por seus órgãos, bem como que essas entidades são dirigidas e direcionadas a atores e público comuns. Assim, pode-se considerar que há espaço para interação entre ambas.

Em 1999, ocorreu a celebração do Acordo sobre Trânsito Vicinal entre os Estados Partes do Mercosul. Este acordo avança sobre a questão da livre circulação de pessoas em cidades gêmeas, deu início a uma ampliação da visão a respeito do tratamento da integração fronteiriça. Em 2002, essa tendência de expansão foi incrementada com a criação do Grupo *Ad Hoc* sobre Integração Fronteiriça (Gahif), vinculado ao GMC. Coordenado pelo Ministério das Relações Exteriores e integrado aos órgãos técnicos responsáveis pelos temas

relacionados à agenda, o Gahif tinha como objetivo criar instrumentos normativos ou outros que promovessem a integração das comunidades fronteiriças buscando a melhoria da qualidade de vida dessas populações, sem prejuízo para os regimes nacionais ou os negociados entre dois ou três Estados partes (DESIDERÁ NETO; PENHA, 2016).

Diante das reivindicações de políticas específicas para as cidades fronteiriças foi lançado em 2005, o Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (Sis-Mercosul), contava com a participação dos Ministérios de Saúde dos Estados membros do Mercosul. O Sis-Mercosul foi proposto visando promover maior agilidade nos processos de saúde nas áreas fronteiriças do Brasil com países da América do Sul (LEMÕES, 2012). Vale ressaltar que a expectativa era de que o Sis-Mercosul seria concebido como um processo, combinando ações de curto, médio e longo prazo, sejam elas voltadas a ações de transfronteirização ou de harmonização, sejam elas unilaterais ou multilaterais (GALLO *et al.*, 2004). Como ações iniciais do Sis-Mercosul, definiu-se a necessidade de promover cursos de capacitação para os profissionais de saúde em âmbito transfronteiriço, a harmonização dos calendários de vacinação, a acreditação dos serviços, a adaptação dos sistemas de informação em indicadores epidemiológicos, e a definição da referência e contra referência, todas essas ações seriam implementadas e discutidas pelos trabalhos do SGT- 11(WEILZ, 2009).

Outro avanço em termos de supranacionalidade se deu com a formação do Parlamento do Mercosul (PARLASUL), criado, desde 2005, por meio de protocolo constitutivo que definiu o Parlamento como espaço de representação democrática das populações envolvidas. Entretanto, essa instância enfrenta dificuldade na sua consolidação uma vez que a escolha dos representantes nacionais depende da vontade popular, manifestada por meio de eleição direta; e apenas o Paraguai indicou um representante eleito. Na estrutura atual, as decisões tomadas no órgão dependem do posicionamento dos governantes. Esse órgão encontra resistências internas por questionar posições hegemônicas, principalmente dos países maiores, como Brasil e Argentina (TRINDADE, 2016). Segundo Dri e Paiva (2016), o PARLASUL foi criado em um momento de revitalização política da integração, no entanto, ele não tem conseguido ultrapassar os limites burocráticos estabelecidos pelos órgãos executivos, e encontra-se em situação de paralisia institucional desde o início de 2011 (DRI; PAIVA, 2016).

Para Carneiro (2016), uns dos problemas do Mercosul é o seu baixo nível institucional, o que dificulta os projetos transfronteiriços, sendo isso uma das causas da criação do Fundo para Convergência Econômica do Mercosul (FOCEM) criado em 2006. O FOCEM é composto por desembolsos dos quatro países do bloco em diferentes proporções segundo o Produto Interno Bruto (PIB), sendo um passo importante para combater as assimetrias entre as econômicas (FIGUEREDO, 2013).

O Instituto Social do Mercosul (ISM), órgão técnico e político estabelecido em 2007 com sede em Assunção, foi responsável pela elaboração do Plano Estratégico de Ação Social do Mercosul (PEAS), esse plano articula nove eixos fundamentais e vinte e seis diretrizes estratégicas, sob formato de projetos sociais regionais específicos para região de fronteiras (FIGUEREDO, 2013).

No ano de 2010, foi criado o Estatuto de Cidadania do Mercosul, tendo como principais objetivos implementar ações que promovessem: a política de livre circulação de pessoas; igualdade de direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicas e igualdade de condições para o acesso ao trabalho, saúde e educação (AZEVEDO, 2015). O documento estabelece um plano de ação cujos eixos centrais são: a implementação de uma política de livre circulação de pessoas na região; a igualdade de direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicas para os nacionais dos Estados Partes do Mercosul e a igualdade de condições para acesso ao trabalho, saúde e educação (TAJRA; MARTINS, 2014).

Uma vez que a implementação do Estatuto da Cidadania vai requerer ainda esforços conjuntos no médio prazo com previsão de conclusão em 2021. A Comissão de Representantes Permanentes do Mercosul, editou em 2010, a chamada Cartilha da Cidadania do Mercosul, na qual estão compiladas as principais normas vigentes de interesse dos cidadãos. Atualmente, são 59 iniciativas divididas em doze categorias. Em um estudo que analisou os impactos das 59 iniciativas listadas na cartilha, observou-se que, nas fronteiras, 49 têm impacto maior e positivo (83%), quatro têm impacto maior e negativo (7%) e seis não têm impacto maior (10%). Esse diagnóstico preliminar corrobora o argumento de que esses territórios são laboratórios da integração, nos quais demandas são formadas e soluções são experimentadas, mesmo que em alguns casos não haja um fluxo formal entre uma coisa e outra (DESIDERÁ NETO; PENHA, 2016).

Cabe ainda mencionar que, do ponto de vista do Direito Internacional, embora o Mercosul seja dotado de personalidade jurídica internacional, os acordos que versam sobre a cidadania até agora firmados em seu âmbito não se transformaram em automática obrigação para os países signatários, necessitando de aprovação nas respectivas instâncias legislativas nacionais (TAJRA; MARTINS, 2014).

5.2. Unasul

A Unasul, anteriormente designada por Comunidade Sul-Americana de Nações (CSN) é uma união governamental integrando as duas uniões aduaneiras: o Mercosul e a

Comunidade Andina de Nações (CAN), o tratado constitutivo foi assinado em 23 de maio de 2008, na terceira Cúpula de Chefes de Estado, a sede é em Quito/Equador, o parlamento está localizado em Cochabamba/Bolívia e o seu banco, o Banco do Sul, em Caracas/Venezuela. No dia 07 de julho de 2011, foi aprovada pelo Congresso Nacional do Brasil a adesão ao tratado que cria Unasul, promulgado em 14 de julho de 2011, no Diário Oficial da União, o Decreto definitivo nº 159 (CUNHA, 2012).

A Unasul privilegia um modelo de desenvolvimento para dentro na América do Sul e tem por objetivo construir um espaço de integração cultural, econômico, social e político, respeitando a realidade de cada nação. Busca diminuir a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social, aumentar a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias, considerando a soberania e independência dos Estados nacionais (UNASUL, 2017).

Sua criação foi possível graças aos governos de caráter progressistas na primeira década do século XXI como Hugo Chávez na Venezuela, Lula da Silva no Brasil, Evo Morales na Bolívia, Néstor Kirchner e Cristina Kirchner na Argentina, José Mujica e Tabaré Vazquez no Uruguai, Michelle Bachelet no Chile, Rafael Correa no Equador e Fernando Lugo no Paraguai (COLOMBO, 2012).

A instituição se compromete com o desenvolvimento de cada país e da região como um todo, com clamores de equidade, reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano e de todas as sociedades. Possui doze conselhos setoriais, com destaque para o Conselho Sul-Americano de Saúde, criado em 2008, uma instância permanente formada por Ministras e Ministros de saúde dos países membros. E o Conselho de Chefes e Chefes de Estado e de Governo é a instância máxima do bloco, as reuniões são anuais. Já o Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores é responsável por adotar resoluções para implementar as decisões com reuniões semestrais (KRYKHTINE, 2014).

Colombo (2012) destaca que a Unasul teve uma atuação muito importante na resolução de importantes conflitos políticos nos países latino-americanos, que em outro momento poderiam ter gerado rupturas ou até conflitos militares, como a violação da integridade territorial do Equador em 2008; em 2009 frente ao golpe de estado ocorrido em Honduras e, em 2010, na crise diplomática entre Venezuela e Colômbia.

No âmbito da Unasul, um dos passos mais relevantes para cooperação no campo da saúde foi a constituição do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags) que contou com o suporte fundamental brasileiro por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores (BUSS; FERREIRA, 2011). O Isags é um organismo intergovernamental de caráter público vinculado ao Conselho de Saúde da Unasul.

Como centro de altos estudos e debate de políticas públicas, suas ações contribuem para o desenvolvimento da governança e liderança em saúde nos países da América do Sul. Criado pelo Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo da Unasul é fruto do consenso político alcançado pelos países da região que reconheceram na saúde uma ponte para a paz e o desenvolvimento dos povos. A ideia de criação do organismo surgiu em setembro de 2009 e a sede do instituto fica na cidade do Rio de Janeiro (ISAGS, 2017). O Instituto tem como função principal a gestão do conhecimento para o fortalecimento das capacidades nacionais de condução dos sistemas de saúde. Constitui-se em espaço de análise permanente do impacto das políticas de saúde, incluindo a eficácia dos modelos de atenção implementados (BUSS; FERREIRA, 2011).

O desafio será o de cimentar a Unasul, consolidá-la, garantindo seu futuro, isso é necessário para a garantia da democracia no Cone Sul, para o exercício da cidadania latino-americana e só poderá ser feito por meio da cultura (CUNHA, 2012). O protagonismo brasileiro na Unasul e do Isags é uma ameaça a proposta de integração regional de cooperação estruturante pela desproporcionalidade do Brasil perante os demais países. As eleições dos governos nacionais nos doze países membros podem influenciar na condução das ações e propostas nessas instituições que podem ser impulsionadas ou enfraquecidas (KRYKHTINE, 2014).

Cunha (2012) propõe a criação do Tribunal da União das Nações da América do Sul. No entanto, há dois posicionamentos divergentes em relação a isso: os que defendem acreditam que a falta de mecanismos confiáveis de solução de conflitos inibe os investimentos estrangeiros; os contrários acreditam que o tribunal supranacional desloca parte da soberania dos Estados nacionais ao órgão.

As dificuldades na implementação das políticas cooperativas estão relacionadas à proposição de metas coletivas de desenvolvimento, se os governos possuem condições desiguais para o cumprimento dessas (CARDIN, 2009). Outra dificuldade decorre do fato de os países sul-americanos não se esforçarem para integrarem suas regiões de fronteira com os grandes centros. Para ser efetiva, uma iniciativa que integre comunidades transfronteiriças lado a lado precisa estar embasada em políticas públicas que liguem essas comunidades ao restante da economia de seus países (DESIDERÁ NETO; PENHA, 2016). Todavia, a maior delas talvez seja o de reduzir o peso sobre o aspecto econômico (MOURA; CARDOSO, 2013).

Atualmente, diferentemente de outros momentos de crise econômica que a região enfrentou, a América do Sul apresenta instituições que podem colaborar na superação dos problemas de forma articulada, assegurando a paz, a democracia e a garantia dos direitos

humanos. O desafio será, como dito, a continuidade dessas instituições (NETO; BARROS, 2015). Apesar de o Mercosul e a Unasul não possuírem políticas específicas para regiões fronteiriças, pelo contrário muitas vezes mascaram a necessidade de integração de territórios para o aumento da fluidez num espaço regional que atende aos interesses de grandes empresas, suas atuações geram impactos positivos para a população fronteiriça. Processos de integração regional podem ter início por meio do comércio e da economia, todavia, devem avançar na questão social (CARNEIRO, 2016).

6. PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa descritiva e de campo, com o intuito de aprofundar estudos realizados anteriormente sobre o tema. Segundo Minayo (2008) o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, contudo esclarece que não pode ser definida de forma estática, sendo necessário conceituá-la e compreender todas as injunções, contradições e conflitos que configuram seu caminho. Destaca-se a importância da objetivação, isto é, o processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente, estabelece conceitos e utiliza técnicas adequadas. Pressupõe uma relação direta com o método dialético por evidenciar um relacionamento inseparável entre mundo natural e social, entre pensamento e base material, entre objeto e suas questões, entre ação do homem

como sujeito histórico e as determinações que a condicionam. O caráter exploratório da pesquisa permite uma aproximação de tendências que estão ocorrendo na realidade. Sendo necessário, nestas condições, consultar aqueles que tenham alguma experiência prática em relação ao tema estudado (MARSIGLIA, 2006).

6.1. Coleta, sistematização, análise e interpretação dos dados

A pesquisa teve como fonte: dados documentais e dados empíricos. Ao considerar que as investigações no âmbito da saúde envolvem inúmeros fatores, sobretudo questões relacionadas ao comportamento e interações sociais, destaca-se a importante contribuição de diferentes metodologias qualitativas para o entendimento de tais complexidades. A análise documental da Unasul e do Mercosul foi realizada para buscar nesses importantes órgãos de interação informações que pudessem auxiliar os processos de transfronteirização na saúde pública que ocorrem nas cidades gêmeas. Os dados empíricos coletados tinham o objetivo de compreender as estratégias de integração nos serviços públicos de saúde utilizada pelos gestores nas cidades gêmeas do estado do Paraná.

6.2. Análise Documental

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A pesquisa documental se caracteriza pelo estudo de documentos que ainda não receberam um tratamento analítico em relação a um determinado objeto de estudo, mesmo que ele já tenha sido analisado outras vezes sob o olhar de outro objeto de estudo (CECHINEL *et al.*, 2016).

Os documentos que constituíram o *corpus* de análise foram obtidos nos sítios eletrônicos oficiais do Mercosul e da Unasul, utilizando as ferramentas de buscas *online* disponibilizadas nos próprios sítios, com as palavras-chaves: saúde e fronteira. Sendo o carregamento realizado no mês de novembro de 2017.

Não se fez distinção de documentos pela sua tipologia ou idioma, os arquivos analisados se tratam de atas, relatórios, declarações, projetos, acordos e resoluções, entre outros e, em sua maioria, estão redigidos em espanhol. Delimitou-se apenas que deveriam ser documentos produzidos pelas instâncias que oficialmente são responsáveis pela abordagem da

saúde no âmbito das instituições, ou seja, no Mercosul, o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT-11) e Subgrupo de Trabalho 18 Integração Fronteiriço (SGT-18). E na Unasul, o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags). Cabe ressaltar que alguns arquivos não possuíam anexos, nesse caso foi realizada uma busca específica pelo documento e então realizada a análise, alguns documentos não foram encontrados, sendo esse um viés da coleta *online*. Os arquivos foram transferidos para pastas específicas e listados em planilha *Excel*, passaram por análise de seu conteúdo para relacioná-los com o objetivo da pesquisa. Inicialmente foram estabelecidas colunas que continham o nome, o ano e a ordem do documento, após a leitura inicial de cada arquivo era feita uma resenha a qual discriminava a abordagem geral do documento. Posteriormente o documento era explorado novamente para correlacioná-lo com o tema saúde pública em região de fronteira.

A busca dos documentos referentes à Unasul foi realizada no endereço: <www.isags-unasul.org>, utilizando as palavras chaves: *salud* and *frontera*. Obteve-se 39 abas no sítio eletrônico com diversos arquivos, que ao final totalizaram 156 documentos. Dos 156 arquivos analisados da Unasul/Isag, 11 arquivos encontraram-se repetidos, e um deles era o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 e foram excluídos da análise. Em 126 documentos, apesar de tratarem temas relevantes que envolvam o tema saúde pública como os sistemas públicos e universais de saúde, educação em saúde entre outros, não localizamos menção ao tema saúde em região de fronteira. Somente em 18 documentos identificamos que a questão da fronteira foi abordada. No Mercosul a busca foi feita no site da instituição <www.mercosur.int>, com os seguintes procedimentos de busca: gestor documental – normativa – pesquisa – pesquisa básica – palavra a pesquisar: saúde. Foram encontrados 231 documentos, desses 24 abordavam o tema da saúde ou correlato e continham a palavra fronteira em seu texto.

6.3. Análise dos dados empíricos

O método da análise de conteúdo é uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso compreende técnicas de pesquisa que permitem de forma sistemática a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. A escolha desse método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, o enriquecimento da leitura por meio da

compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas utilizando um instrumento semiestruturado aplicado aos gestores municipais de saúde dos municípios e também a profissionais que forem citados como referência (informantes-chaves), foram excluídos aqueles que não possuíssem pelo menos um ano de experiência na gestão desses municípios. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra em programa de edição de textos para posterior análise descritivo-exploratória utilizando a análise temática de conteúdo, que se organiza em torno de três fases: pré-análise, exploração dos dados, tratamento, inferência e a interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

Na primeira fase denominada de pré-análise ocorre à organização da informação onde é estabelecido um esquema de trabalho que deve compreender a leitura do material com a elaboração de hipóteses, indicadores e objetivos. A segunda fase, de exploração dos dados, consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, compreende a construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas e finalmente na terceira etapa, que compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (MOZZATO, GRZYBOVSKI, 2011; BARDIN, 2011).

Para critério de fechamento amostral será utilizada a saturação de informações, isso ocorre quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

6.4. Aspectos Éticos

Todas as ações realizadas respeitaram a Resolução CNS/MS nº. 466/2012 e CNS nº. 510/16. O projeto tem parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 1.741.583 (anexo 1). Por questões éticas e de ordem prática como o prazo de realização da pesquisa, não foram incluídos os gestores de saúde dos municípios estrangeiros contíguos às cidades gêmeas brasileiras.

6.5. Campo de estudo

O campo de estudo é constituído por quatro municípios do estado do Paraná que se encontram em região de fronteira: Foz do Iguaçu; Guaíra; Santo Antônio do Sudoeste e Barracão. Esses municípios fronteiriços são classificados pelo MIN como cidades gêmeas e apresentam o grau máximo de interação conforme o PDFF (BRASIL, 2016). As cidades gêmeas do Paraná são heterogêneas conforme demonstra a tabela.

Tabela 2 – População, densidade demográfica, PIB per capita, população com planos de saúde, PAB fixo, cobertura da ESF e tipo de fronteira. Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão, 2017.

Dados Gerais/Municípios	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
População (2016):	263.915	32.784	20.059	10.273
% da população com plano de saúde (2016):	26,09	10,77	2,52	6,46
PAB-Fixo (<i>per capita</i>) (em R\$)	Faixa 3 24,00	Faixa 2 26,00	Faixa 1 28,00	Faixa 1 28,00
Repasso mensal (em R\$)	511.436,00	67.194,83	44.445,33	22.857,33
% de Cobertura Atenção Básica (*)	60,89	78,00	100	100
% Cobertura Estratégia Saúde da Família	46,00	78,00	100	100
Tipo de fronteira	Fluvial articulada por ponte	Fluvial articulada por ponte	Fluvial articulada por ponte	Cornubação Seca

Fonte: Nota Técnica DAB/SAS (2017). (*) Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP, que consideram população de 3.000/hab./equipe, sendo que para equipes organizadas de outras formas, considera-se a carga horária médica na Atenção Básica de 60h/semanais para 3.000 hab.

6.5.1. Foz do Iguaçu

A tríplice fronteira formada pelos municípios de Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina) e Ciudad del Este (Paraguai), localizada no oeste paranaense é um espaço urbano trinacional e transnacional (ALBUQUERQUE, 2012). Foi um espaço onde predominou a exploração de erva-mate e madeira de 1820 até 1950. A colônia militar de Foz do Iguaçu se estabeleceu em 1889, no contexto da tradicional política brasileira de vigilância e proteção, o

que incluía o povoamento fronteiriço com amplas doações de terras a militares e civis dispostos a lidar com os benefícios e adversidades de tal contexto (OLIVEIRA, 2012). Ao chegar a foz do Rio Iguaçu os militares fizeram a contagem da população local, havia 212 paraguaios, 95 argentinos, 9 brasileiros, 5 franceses, 2 espanhóis e 1 inglês, totalizando 324 pessoas. Portanto, desde o estabelecimento da colônia, a tríplice fronteira é marcada pela diversidade cultural e pela forte presença da população estrangeira. A data de criação do município de Foz do Iguaçu é de 10 de junho de 1914, por ocasião da assinatura da Lei Estadual nº 383/1914 (SILVA, 2014).

A cidade se desenvolveu, inicialmente, atrelada às estratégias de controle territorial. A construção da rodovia BR 277 e da Usina Binacional de Itaipu foram marcos importante para o desenvolvimento econômico. Ciudad del Este é atualmente a segunda mais importante cidade do Paraguai, atrás apenas da capital Assunção. Fundada em 1957, está a 5 km do centro de Foz do Iguaçu e é considerada um dos maiores centros comerciais latino-americanos (MARQUEZINI, 2010). Puerto Iguazú se incorporou regionalmente por meio dos fluxos comerciais, estabelecendo e estruturando as dependências das conjunturas econômicas, seja pelo comércio, seja pela atividade turística, pois a indústria é incipiente, os próprios moradores comparam utilizando termos de atraso, pouco crescimento sempre referindo as vizinhas do outro lado da fronteira, numa perspectivas de vê-las mais ricas e dinâmicas economicamente (CURY, 2010).

A primeira ponte a ser construída, foi a Ponte Internacional da Amizade, ligando Brasil ao Paraguai, por meio de um tratado assinado em 1956. Oficialmente inaugurada em 27 de março de 1965, pelos presidentes militares Castelo Branco e Alfredo Stroessner. Em 1972, os presidentes Emilio Médice e Alejandro Lanusse da Argentina, assinaram um tratado de intenção para construir uma ponte, ligando Brasil e Argentina, a Ponte da Fraternidade que por ocasião da morte de Tancredo Neves teve o nome alterado para Ponte Tancredo Neves, e inaugurada em 1985, pelos presidentes José Sarney e Raul Alfonsín, símbolos da volta da democracia (SILVA, 2014). Carneiro (2016), ao estudar os processos transfronteiriços constatou que o comércio internacional e o turismo são os mais constantes e intensos na tríplice fronteira, com predominância entre Brasil e Paraguai. Estudos mostram que o fluxo de pessoas entre a Ponte da Amizade é superior ao da Ponte Tancredo Neves.

Desde 2003, na tríplice fronteira de Foz do Iguaçu, existe uma estratégia para a integração na área da saúde, financiado com recursos da Usina Binacional de Itaipu, denominado Grupo de Trabalho Itaipu Saúde (GT Itaipu Saúde). O grupo funciona como um fórum de discussão e elaboração de projetos e ações específicas envolve entidades de saúde do Brasil e do Paraguai. A partir de 2009, a Argentina se juntou ao grupo de trabalho. As

principais áreas de atuação são: saúde do indígena, materno infantil, do idoso, do trabalhador, mental, acidentes e violências, endemias e epidemias (ALBUQUERQUE, 2012).

A Itaipu Binacional é um dos principais atores da transfronteirização na tríplice fronteira, além de se constituir um atrativo turístico e uma grande fonte de receita, possui peso político e social na região. Assim como a Itaipu, o Parque Nacional do Iguaçu poderia ser binacional, por ser uma área de conservação compartilhada por Brasil e Argentina, mas o ocorre é o inverso há dois parques nacionais independentes (SILVA, 2014).

6.5.2. Guaíra

Em 1554, é fundada a Ciudad Real del Guayrá, na confluência do Rio Piquiri. Em 1570, um novo estabelecimento surge à margem esquerda do Rio Paraná, denominando-se Vila Rica do Espírito Santo, que rapidamente tornou-se o mais importante centro urbano da antiga Província do Guairá. A atividade econômica girava em torno da horticultura e do extrativismo, cujo principal produto era a erva-mate. Ironicamente, após este período de declínio da erva-mate, Guaíra ganha enfim status de município em novembro de 1951. A instalação dá-se em dezembro de 1952, com posse do primeiro prefeito, Gabriel Fialho Gurgel.

Localizada no oeste do estado do Paraná, a 679,86 km da capital do estado, o município de Guaíra é constituído de uma miscigenação de raças, o nome oriundo do guarani *kuaira* significa esconderijo, lugar de difícil acesso ou intransponível. A cidade faz fronteira com Salto del Guairá, no Paraguai e com Novo Mundo, no Estado do Mato Grosso do Sul (SOUZA, 2010).

Com a construção de Itaipu e a submersão das Sete Quedas³ e o sensível enfraquecimento do turismo, o município simplesmente parou de crescer por um período. Além dos royalties, recebidos da Itaipu, a economia de Guaíra é sustentada, principalmente, pela agricultura. O turismo de compras se mantém devido à proximidade com Salto del Guairá (PREFEITURA GUAIRA, 2017). Em Guaíra, foi formado o Comitê de Fronteira, em 1991, com o objetivo de promover a integração entre as cidades fronteiriças e realizações de ações que contribuam para o desenvolvimento da região (SOUZA, 2010). Porém, o comitê se encontra atualmente desativado.

6.5.3. Barracão

³ Os saltos das Sete Quedas se constituíam em um conjunto de sete grandes saltos oriundos de acidente geográfico no leito do rio Paraná - linha de fronteira entre o Brasil e o Paraguai na porção oeste do Estado do Paraná - e que teve seu fim com a formação do Lago de Itaipu.

As cidades trigêmeas de Barracão (extremo Sudoeste do Paraná) Dionísio Cerqueira (extremo Oeste de Santa Catarina) e Bernardo de Irigoyen (extremo Oriente Argentino), apresentam particularidades que precisam ser analisadas e compreendidas, são cidades administrativamente independentes, pertencentes a estados e países distintos, porém não apresentam fronteiras físicas ou reais entre elas, e sim uma fronteira invisível. Quando se analisa essas cidades são nítidas as diferenças socioeconômicas e culturais, fruto de suas histórias, as quais são marcadas por divergências políticas e disputas de terras (FERNANDES; FRAGA, 2009).

No dia 04 de julho de 1903, o General Dionísio Cerqueira, na época Chefe da Comissão de Demarcação dos Limites entre Brasil e Argentina, fundou um povoado nas cabeceiras dos Rios Capanema e Peperi Guaçu, na fronteira com a vizinha República do Prata. O primeiro morador da localidade, que recebeu a denominação de Barracão, foi Misael Siqueira Bello que, na condição de pioneiro deu grande impulso ao seu desenvolvimento. Em 1914, foi criado um distrito judiciário com a denominação de Dionísio Cerqueira, com sede no lugar denominado barracão, no município de Clevelândia. Barracão era o nome de uma hospedaria construída no povoado e que servia de local de pouso e descanso de tropeiros, originando-se, daí, o nome do município. Havia, na época, uma questão de limites entre os Estados do Paraná e Santa Catarina que foi resolvida em 1916, com a celebração de um acordo entre os dois estados. Em função desse acordo de limites, Barracão foi dividido em dois, ficando parte no Paraná e parte em Santa Catarina, separadas apenas por uma linha divisória seca. A parte que ficou no Paraná, permaneceu com o nome de Barracão e a que ficou em Santa Catarina, recebeu a denominação de Dionísio Cerqueira, em homenagem ao seu fundador. A cidade fundada no lado Argentino, separada apenas pelo Rio Peperi Guaçu, recebeu a denominação de Bernardo de Irigoyen (PREFEITURA BARRACÃO, 2017).

Segundo Angnes (2013), num espaço urbano de aproximadamente 1.561 km², estas cidades trigêmeas são divididas por ruas — limites internacionais, estaduais e municipais — formam uma “conurbação” de fronteira seca. Cabe salientar que mesmo Bom Jesus do Sul (PR), situando-se a 9 km da fronteira, vincula-se diretamente às cidades trigêmeas devido à proximidade territorial direta com Barracão. Assim, de um único aglomerado, a definição de limites político territorial fez surgir três pequenos aglomerados que mais tarde evoluíram para cidades gêmeas (FERRARI, 2013).

Visando à integração na fronteira se organizaram e criaram o Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF), em abril de 2009, uma associação pública, de direito público, com o objetivo de melhorar o desenvolvimento econômico e social. Cabe ressaltar que a cidade

argentina é tida como parceiro informal (ANGNES, 2013), uma vez que do ponto de vista jurídico e hierárquico isso deveria ser efetivado em nível nacional e por meio de acordos internacionais. Segundo o autor, apesar do curto tempo de existência o CIF promove um grande avanço para a região da fronteira nas cidades que aderiram ao consórcio, uma vez que deu visibilidade aos municípios que hoje são reconhecidos na esfera estadual e municipal, tornou-se um exemplo.

Os consórcios públicos passam a ser entendidos tanto como instrumentos de cooperação horizontal como instrumentos de cooperação vertical. Observou-se um aumento nos consórcios intermunicipais, passando de 88,1% (2 903), em 2011, para 96,7% (3 571) em 2015. Tanto na área da Saúde como meio ambiente. No Paraná 99,0% (381) dos municípios possuem consórcios na área de saúde (IBGE, 2016).

6.5.4. Santo Antônio do Sudoeste

Santo Antônio do Sudoeste está localizado no sudoeste do Paraná. Os primeiros moradores a se instalarem na região foram Dom Lucca Ferera e João Romero, oriundos do Paraguai, chegados em 1902. Encontraram naquela região grande quantidade de erva-mate nativa e, como a venda desse produto fosse vantajosa, iniciaram a sua extração e exportação para a Argentina. Em 1951, foi criado o município de Santo Antônio, que pela Lei Estadual nº 5322, de 10 de maio de 1966 foi desmembrado de Clevelândia, tomando a denominação de Santo Antônio do Sudoeste. Faz fronteira com o município argentino de San Antonio, localizado na província de Misiones. O rio Santo Antônio divide os dois municípios, que estão interligadas por uma ponte e respectivas aduanas. Atualmente Santo Antônio do Sudoeste é um polo industrial de confecção de roupas. Sua economia também se baseia na pecuária e agricultura (PREFEITURA SANTO ANTÔNIO DO SUDOESTE, 2017).

7. ARTIGO 1

ACESSO DO TRANSFRONTEIRIÇO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CIDADES GÊMEAS DO PARANÁ

RESUMO

Pesquisa descritiva e de campo, as quatro cidades gêmeas do Paraná (Foz do Iguaçu, Guaíra,

Santo Antônio do Sudoeste e Barracão) foram campo do estudo que teve por objetivo de analisar o acesso do transfronteiriço aos serviços de saúde. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com informantes-chaves e submetidos a análise temática de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados indicam maior acolhimento nos municípios menores, sobretudo na atenção básica; o financiamento como principal entrave para o acesso do transfronteiriço; e a decisão discricionária do profissional de saúde no momento do atendimento face a ausência de diretrizes institucionalizadas. A disseminação do pensamento integrador e de solidariedade entre os povos, a partir do nível local, pode contribuir para ampliar a noção de cidadania e de acolhimento ao transfronteiriço.

Descritores: Saúde na fronteira, Financiamento da Assistência à Saúde, Acesso aos serviços de saúde.

ACCESS OF CROSS-BORDER TO HEALTH SERVICES IN TWIN CITIES OF PARANÁ

ABSTRACT

Descriptive and field research in four twin Paraná cities (Foz do Iguaçu, Guaíra, San Antonio Southwest and Shed) in order to analyze the cross-border access to health services. The data were obtained through a semi-structured interview with key informants and submitted to the thematic content analysis proposed by Bardin. The results indicate a greater acceptance in the smaller municipalities, especially in basic care; Financing as the main barrier to cross-border access; And the discretionary decision of the health professional at the time of care in the absence of institutionalized guidelines. The dissemination of inclusive thinking and solidarity among peoples, from the local level, can contribute to broadening the notion of citizenship and reception to cross-border population.

Descriptor: *Cross-border health; Healthcare Financing; Health Services Accessibility.*

INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma faixa de fronteira terrestre de 15.719 quilômetros, que corresponde aproximadamente a 27% do território nacional. Nessa região de fronteira, estão sediados 588 municípios que bordeiam 10 países da América do Sul (BENTO, 2015). No estado do Paraná, existem 139 municípios na faixa de fronteira (CAMPOS, 2017).

Os municípios fronteiriços vêm sendo tratados como áreas de identidades híbridas e ambíguas, com linhas-limites que são ultrapassadas face aos processos de integração local. Por muito tempo foram territórios vistos pelos Estados nacionais sob a perspectiva da segurança e garantia da soberania. A resignificação da fronteira como espaço integrador foi uma exigência econômica que intensificou a interdependência entre Estados e estabeleceu novas formas de relacionamentos. No Brasil, destaca-se o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) do Ministério da Integração Nacional (MIN) como iniciativa nessa direção (OLIVEIRA; SOUZA, 2014).

O meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades gêmeas (BRASIL, 2016). Nessas cidades, as interações transfronteiriças envolvem um conjunto de interações materiais e imateriais, culturais e identitárias. São espaços onde o local e o internacional se articulam, estabelecem dinâmicas próprias, construídas e reforçadas pelos transfronteiriços (CAMPOS, 2017; OLIVEIRA; SOUZA, 2014).). O Estado do Paraná possui quatro municípios cujas sedes são caracterizadas como cidades gêmeas: Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão.

Governos brasileiros têm compreendido as cidades gêmeas como um espaço-laboratório de integração. Nos últimos anos houve tentativas de oficializar a integração de base realizada entre as populações fronteiriças. Sabe-se que a integração fática de base (informal) nas fronteiras, precede os projetos de integração de vértice (formal). De qualquer forma, ambas são relevantes e complementares nos processos de integração regional de Estados nacionais (BENTO, 2015).

Nas fronteiras, os limites de cada Estado são ultrapassados pela multiplicação de redes e pelos diferentes sistemas legais. Esse processo denominado de transfronteirização pode ser entendido como um conjunto de mecanismos de aproveitamento e valorização de uma fronteira. No âmbito desses processos, os habitantes transcendem a fronteira e a incorporam em suas estratégias de vida, diferindo de acordo com as assimetrias, o nível de conhecimento e o tipo de ator. A integração entre as populações transfronteiriças pode ser potencializada por meio de políticas públicas, mas projetos e ações de integração fronteiriça muitas vezes entram em choque com os limites das políticas estatais, dos direitos civis, políticos e sociais nacionalizados (CARNEIRO, 2016).

Entre as diferentes dinâmicas migratórias nas faixas fronteiriças destacam-se os serviços públicos como saúde e educação. O sistema de saúde brasileiro universal, integral e igualitário, é apontado como motivador do deslocamento de estrangeiros em nossa direção (OLIVEIRA; SOUZA, 2014).

Face às barreiras diplomáticas, legais e burocráticas, existem poucas políticas públicas nacionais de integração voltadas para os municípios fronteiriços, sendo importante trazer a tona a problemática, assim como identificar os mecanismos de acesso de estrangeiros aos serviços públicos, fornecendo elementos que possam contribuir para conjunturas futuras mais favoráveis à realidade desses municípios. O objetivo desse estudo foi compreender a dinâmica de acesso aos serviços de saúde do transfronteiriço nas quatro cidades gêmeas do Paraná.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa descritiva e de campo. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, realizada com informantes-chaves: gestores municipais de saúde e profissionais que atuam ou atuaram em setores estratégicos da saúde, com pelo menos um ano de atuação. Para critério de fechamento amostral, observou-se a saturação de informações e o período disponível para realização da pesquisa (MINAYO, 2017). O grupo entrevistado foi multiprofissional, totalizando treze participantes, sendo quatro de Foz do Iguaçu, três de Guaíra, três de Santo Antônio do Sudoeste e três de Barracão.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra em programa de edição de textos para posterior análise descritiva, utilizando a análise temática de conteúdo, proposta por Bardin com três fases: pré-análise, exploração dos dados, e interpretação dos achados (BARDIN, 2011). Na exploração do material buscou-se identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, procurando compreender a lógica interna por meio de um diálogo com a literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa sob parecer nº 1.741.583. Para assegurar o sigilo, houve a omissão de trechos que pudessem identificar os participantes, suas falas foram identificadas por meio da letra P, seguida de um número inteiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Caracterização dos municípios de fronteira e a descentralização do SUS

Os municípios fronteiriços possuem particularidades, que muitas vezes não são compreendidas ou consideradas no momento de proposição de políticas públicas de saúde em nível federal. Foz do Iguaçu, no extremo oeste do estado, compõe a tríplice fronteira formada pelas cidades de Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina) e Ciudad del Este (Paraguai). É sede das Cataratas do Iguaçu e da usina hidrelétrica de Itaipu. Guaíra, também situada no oeste do Paraná, tem forte presença indígena, especialmente guarani. Seu nome, oriundo do guarani *kuaira*, significa lugar de difícil acesso ou intransponível, faz fronteira

com Salto del Guairá (Paraguai) e possui fronteira fluvial articulada por ponte. Santo Antônio do Sudoeste, localizado no sudoeste do Paraná, faz fronteira com o município de San Antonio (Argentina), sendo interligadas por ponte. E Barracão, também no sudoeste do estado, faz divisa com Dionísio Cerqueira (oeste de Santa Catarina) e Bernardo de Irigoyen (Argentina), apresenta uma fronteira invisível. Num espaço urbano de aproximadamente 1.561 km², essas cidades trigêmeas são divididas por limites internacionais, estaduais e municipais, formando uma conurbação de fronteira seca (ANGNES, 2013).

Na tabela 1, constam dados gerais, da estrutura, da rede de atenção à saúde dos municípios que abrigam as quatro cidades gêmeas campo do presente estudo.

Tabela 1. Dados dos municípios de Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão.

Dados Gerais/ Municípios	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
População (2016):	263.915	32.784	20.059	10.273
% da população com plano de saúde (2016):	26,09	10,77	2,52	6,46
PAB-Fixo (<i>per capita</i>)	Faixa 3 24,00	Faixa 2 26,00	Faixa 1 28,00	Faixa 1 28,00
Repasse federal mensal em R\$	511.436,00	67.194,83	44.445,33	22.857,33
Cobertura Atenção Básica	60,89 %	78,00 %	100%	100,00 %
Cobertura Estratégia Saúde da Família	46,00 %.	78,00 %	100%	100,00 %

Fonte: Nota Técnica DAB/SAS (2017).

Do ponto de vista do tamanho dos municípios, apenas Foz do Iguaçu é considerado de médio porte, os demais são de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 50 mil habitantes (IBGE, 2011). Do total das 197 cidades brasileiras localizadas dentro da faixa de fronteira, apenas 18 contém população acima de 20.000 habitantes (CAMPOS, 2017).

Em relação à cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), municípios de pequeno porte em geral possuem maior cobertura, ao mesmo tempo em que possuem menor porcentagem de pessoas com planos de saúde, o que significa uma maior dependência dos

serviços públicos de saúde, como o caso dos municípios de Barracão e Santo Antônio do Sudoeste (tabela 1). Ainda como dado complementar, o município de Foz do Iguaçu possui gestão plena do sistema municipal, o que implica em repasses de recursos federais diferenciados uma vez que o município se responsabiliza por todos os níveis do sistema, Atenção Básica (AB), Média e Alta Complexidade (MAC).

A descentralização após a criação do SUS, baseou-se na municipalização, marcou um processo de intensa transferência de competências, recursos, responsabilidades, planejamento e organização para os municípios (DOURADOS; ELIA, 2011). A municipalização autárquica implicitamente passou a mensagem de que para alcançar uma forma superior de gestão municipal, deveria instituir no município o maior número de serviços de saúde possível, o que gerou uma competição intermunicipal desleal e destrutiva por recursos financeiros escassos (MENDES, 2011).

Os participantes da pesquisa reconhecem os problemas comuns dos municípios fronteiriços, mas salientam a necessidade de serem tratados individualmente dadas as diferenças existentes entre eles:

[...] a realidade era diferente de outras realidades [...] começou-se a ver uma diferença local, a fronteira de Foz do Iguaçu era diferente da de Barracão, é diferente de Novo Mundo [...] cada região era uma realidade diferente (P4).

As dificuldades da municipalização são maximizadas nos municípios fronteiriços, que, além dos problemas comuns, ficam responsáveis por solucionar os decorrentes da transfronteirização dos serviços públicos. A municipalização originou realidades diferenciadas, de um lado os grandes municípios com maior potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os municípios menores com baixa capacidade operacional, pequeno poder de endividamento e pouca autonomia (CARDOSO *et al.*, 2016).

O reconhecimento dessa situação fez com que outra diretriz do SUS, a regionalização, fosse priorizada a partir da década de 2000, como instrumento essencial para a integralidade da atenção e para a equidade no acesso às ações e serviços de saúde no território nacional (RIBEIRO, 2015).

Para Duarte *et al.* (2015), o processo de regionalização deve ser dividido em dois: a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, e a criação de regiões de saúde. Essas regiões definem-se como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de

identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura. O Pacto pela Saúde, firmado em 2006, reforçou a regionalização e a territorialização da saúde como base para a organização do sistema, levantando a expectativa de mudanças importantes na gestão do SUS (CARDOSO *et al.*, 2016; MENDES, 2011).

Na definição das regiões de saúde, por entraves legais e burocráticos, não são incluídas as cidades estrangeiras contíguas como participantes da região sanitária, o que representaria a realidade vivenciada socialmente. Com isso perde-se o caráter político e social do processo de regionalização nesses territórios,¹⁶ e mesmo a possibilidade de uma maior integração das ações de promoção e prevenção à saúde de base territorial (MENDES, 2015).

Em seu estudo, Preuss e Nogueira (2012) mostram que a adesão ao pacto não ampliou o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros, além disso, a sua adesão foi imposta por condicionantes para o repasse de recursos financeiros, interferindo de maneira autoritária e centralizadora nos municípios fronteiriços.

2. O direito restrito do estrangeiro aos serviços de saúde em cidades gêmeas do Paraná

As circulações transfronteiriças se estabelecem justamente pela heterogeneidade entre um lado e outro da fronteira, o deslocamento efetuado pelo transfronteiriço não visa residir no outro país, ocorre com o objetivo de ir ao trabalho, ao médico ou à escola (ALBUQUERQUE, 2015). A dinâmica dos processos de transfronteirização é de difícil compreensão, bem como a sua quantificação e qualificação justamente por se tratar de uma construção social que se altera no tempo e no uso do território compartilhado.

A fronteira é uma linha que existe no mapa, na cartografia, na vida real as pessoas transitam. Elas transitam por conta do comércio, transitam por conta do turismo e transitam por causa da saúde ainda mais que a saúde é um bem vital (P5).

[...] as pessoas vão onde seu problema é resolvido, se o Paraguai não resolve o seu problema e aqui resolve, eles veem para cá, então não adianta você achar que vai resolver construindo um muro, não vai! As pessoas pulam o muro, vão por debaixo do muro (P2).

As assimetrias existentes entre os municípios margeados e as conjunturas individuais são estímulos para que ocorra a migração temporária ou permanente, muitas vezes decorrentes de vínculos sociais, afetivos e/ou solidários entre os transfronteiriços. Esses vínculos são

utilizados no momento de comprovação de endereço, exigido para atendimento regular no SUS.

[...] geralmente esse paciente tem duas identidades, duas nacionalidades, ou ele aluga uma casa aqui para conseguir o atendimento, a gente sabe disso [...]. Às vezes o esposo está doente é argentino mais a mulher trabalha no município, paga seu imposto consome aqui, então ele acaba sendo atendido por causa do vínculo dela (P10).

[...] muitos pacientes nossos, tem documentos brasileiros e moram na Argentina, porque o aluguel é mais barato e usam nossos serviços de saúde [...] eles tem um vínculo, eles tem um endereço, tem um parente (P8).

Albuquerque (2015) classifica o comprovante de residência em região de fronteira como um dispositivo de fronteirização seletivo, que estabelece quem está incluído ou excluído de determinados direitos, serviços e benefícios sociais.

No ano de 2005, foi realizado um acordo entre Brasil e Argentina com o intuito de facilitar e garantir alguns direitos a população fronteiriça, previa a emissão de uma carteira de trânsito vicinal fronteiriço. A Argentina regulamentou o acordo por meio da Lei nº 26.523/2009 e o Brasil do Decreto nº 145/2011⁶, entretanto, não verificou-se a utilização desse dispositivo nas cidades gêmeas do estudo, podendo-se atribuir o fato a falta de divulgação e informação sobre o mesmo.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um direito inerente à condição de cidadania (FLEURY; OUVENEY, 2008). As fronteiras alteram a condição objetiva e subjetiva entre cidadão nacional e estrangeiro, gerando uma reavaliação de conceitos como nacionalidade, cidadania e soberania. Os deslocamentos e a busca de direitos sociais do outro lado da fronteira geralmente são vistos pelos Estados como ações ilegítimas. O imigrante transfronteiriço é um cidadão de várias ordens, a cidadania moderna apesar de reivindicar direitos universais é profundamente nacional, uma vez que é no âmbito do Estado nação que esses direitos são efetivados e operados na prática política cotidiana. Ela expressa dispositivos de inclusão e exclusão territoriais marcados por lugares de nascimento e moradia, e pela existência ou ausência de documentos pessoais (ALBUQUERQUER, 2015). Outro aspecto no momento que se debate a cidadania social é o critério de atribuição de nacionalidade. Já que a soberania

dos Estados permite que esses definam quem são os seus nacionais. No Brasil, juridicamente o estatuto de nacionalidade é atribuído a partir do *jus soli*, sendo considerados brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, e favorece a inclusão de migrantes e estrangeiros residentes. No caso de *jus sanguinis*, a atribuição da nacionalidade decorre somente por laços consanguíneos, vinculada ao conceito de nação (ALBUQUERQUE, 2015). “O que se emerge nos países subdesenvolvidos é a existência de cidadãos de classes diversas; há os que são mais cidadãos, os que são menos cidadãos e os que nem mesmo o são” (SANTOS, 2012, p. 24). A geografização da cidadania supõe que se considerem os direitos territoriais e culturais. No entanto, as populações locais devem ter direito à palavra, como membros vivos de uma realidade regional que lhes diz respeito e sobre a qual não dispõem de recurso institucional que os represente (SANTOS, 2012).

O acesso de estrangeiros aos serviços de saúde nos municípios estudados não segue um padrão, deixando em aberto para cada gestor municipal decidir sobre que política adotar. Alguns restringem o atendimento as urgências e emergências, conforme prevê a lei brasileira:

Só no caso da emergência que vai ter um atendimento estabelecido, daí não tem como não fazer [...] eu sei que nos casos graves o serviço tem que atender (P1).

O arcabouço normativo do SUS ele 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 (P2).

A constituição e a legislação ordinária brasileira asseguram, implicitamente, o direito do estrangeiro ao atendimento, uma vez que o direito à saúde é uma garantia indissociável do direito à vida. A negação do atendimento a estrangeiros fere não apenas os princípios constitucionais brasileiros, como também os tratados firmados pelo Brasil, entre eles o Pacto de San José da Costa Rica - a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (BRANCO, 2013). Alguns municípios do estudo, sobretudo os de menor porte, além dos casos de urgência e emergência, acolhem o estrangeiro nos serviços de Atenção Básica (AB) que é de responsabilidade do município.

A atenção básica é mais fácil de ser ofertada aqui no município. A gente tem um fortalecimento bom da atenção básica, 100% de

cobertura, tem rede de saúde mental estruturada, serviço social estruturado. Não tem tanta diferença, toda a atenção básica não faz essa distinção (P10).

Em estudo realizado por Cazola *et al.* (2011) os estrangeiros utilizam todos os níveis de atenção, porém observou maior percentual de atendimento nas unidades básicas de saúde, mesmo quando não pertencem ao território de abrangência da ESF.

No geral, o atendimento ao estrangeiro é percebido como um ônus para os serviços, muitas vezes insuficientes para as necessidades da população residente.

O maior impacto para nós é a gente conseguir as vagas quando é um procedimento de média e alta complexidade. Nós temos uma fila de espera que leva até 02 meses para conseguir. Se vier uma demanda dessas, essa demanda vai concorrer e competir com os residentes da nossa área de abrangência (P6).

A restrição do acesso aos níveis de maior complexidade do sistema não ocorre apenas para estrangeiros, também para os cidadãos brasileiros face a ausência de profissionais, sobretudo em pequenos municípios, e por meio de filas de espera, onde a AB acaba funcionando como filtro.

O estrangeiro representaria, ainda, uma sobrecarga de trabalho para as equipes de saúde: “É compreensível que o nosso trabalhador se incomode de estar atendendo [...] ele já se acha sobrecarregado com o brasileiro, e ainda estão trazendo mais essa sobrecarga para ele” (P2).

As equipes de AB e as equipes de pronto atendimento muitas vezes atuam no limite, com demandas acima de suas capacidades o que constitui uma dificuldade adicional ao estrangeiro.

Nós temos uma insuficiência de estrutura de atenção para nossa população. A gente tinha um déficit de pessoal, pensa que só médico que falta? Falta médico, falta enfermeiro, falta agente, falta recepcionista, falta administrativo, falta tudo [...] precisaria redimensionar a sua rede em função da sua população mais a população externa (P2).

Esses aspectos precisam ser levados em consideração na definição de políticas específicas para as cidades fronteiriças. A inexistência de normas claras sobre o atendimento a estrangeiros, no limite, deixa a critério dos profissionais que estão na ponta do sistema decidirem sobre o acesso. *“É uma coisa muito de boa vontade daquele técnico que está atendendo, se não tiver essa compreensão acaba não acontecendo” (P1).*

Critérios subjetivos com base em valores éticos e morais acabam sendo decisivos na tomada de decisão. *“É muito difícil falar para não atender, se for um adulto e não estiver numa situação grave, mas se ele estiver numa situação grave, se for uma criança então” (P11).*

Mas, a maior dificuldade de acesso parece estar nos casos crônicos, de tratamento prolongado, que necessitam de acompanhamento em outros níveis do sistema.

O problema se dá quando precisa de uma complexidade maior que foge da esfera do município, o paciente vai usar outras esferas de complexidade, isso é um problema (P10).

A gente tem dificuldade também de atendimento especializado se o paciente não tem documentação [...] o primário a gente até fornece mais o secundário a gente não consegue (P9).

Agustini e Nogueira (2010) constataram que as exigências derivadas do Cartão SUS trouxeram um complicador para os gestores de saúde, acentuando a dualidade de entendimentos. Para Branco (2013) o próprio Cartão SUS deveria identificar os fluxos migratórios, e não ser utilizado como instrumento para restrição do acesso. *“já estamos usando um novo cadastramento que é o cartão [...] aqueles que tiverem o cartão, o atendimento é 100%, na verdade é uma estratégia para a gente poder identificar o paciente” (P12).*

Identificamos que algumas cidades gêmeas criaram outras formas de controle para barrar o acesso *“já estamos usando um novo cadastramento que é o cartão [...] aqueles que tiverem o cartão, o atendimento é 100%, na verdade é uma estratégia, para a gente poder identificar o paciente” (P12).* Essa elaboração de estratégias para registro a solicitação procedente da fronteira de forma isolada e individual, decorre da falta de posicionamento das demais esferas governamentais (NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015).

Tanto a restrição do acesso como a falta de continuidade no atendimento ferem os princípios do SUS, principalmente a integralidade que se constitui um elemento central para a

consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a igualdade. A reorganização da AB, implica que demandas sejam respondidas na atenção secundária (SILVA; CARMO, 2015).

A decisão sobre o atendimento e mesmo sobre encaminhamentos para outros níveis do sistema é mediada pela sensibilidade do profissional e por relações pessoais, não institucionalizadas. “*Você atende uma criança paraguaia, faz um diagnóstico de leucemia [...] vou mandar de volta para morrer? Não! A gente liga para conhecidos e manda para o Pequeno Príncipe*” (P2).

A falta de respaldo institucional para o atendimento ao estrangeiro causa desconforto e sofrimento nos profissionais de saúde que estão na ponta do sistema.

Então a gente sentia essa dificuldade e a preocupação também por que muitas vezes são situações graves [...] existe até um sofrimento, uma angústia em querer resolver a situação, mas os técnicos não tem poder de mudar nada (P1).

Aqui era uma angústia [...] às vezes pegar um caso grave e não poder dar continuidade pegar um caso de uma doença grave que tem que dar em outras instâncias e não poderia porque ela é de outro país, a equipe ficava desesperada (P4).

Pontos comuns foram encontrados em outras realidades, entre eles a descontinuidade no atendimento ao estrangeiro, a migração em decorrência da gratuidade do serviço público brasileiro e o acesso franqueado aos serviços de urgência e emergência (FERREIRA; BRATICEVIC; MARIANI, 2015). A inexistência de políticas e diretrizes específicas para o atendimento ao estrangeiro nas cidades fronteiriças tem se refletido na diversidade de interpretações a respeito do direito à saúde, transferindo para os profissionais de saúde a seletividade do acesso ao sistema de saúde (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

3. O financiamento da saúde como fator restritivo para o acesso de estrangeiros nos serviços de saúde em cidades gêmeas do Paraná

A sobrecarga financeira assumida pelos municípios, a carência de profissionais especialistas e a conseqüente insuficiente oferta de consultas em várias especialidades, bem como a dependência do setor privado são característica apontadas como obstáculos para a

garantia de acesso na atenção de MC no SUS em municípios de pequeno porte (SILVA *et al.*, 2017).

Dado o histórico subfinanciamento do SUS, qualquer demanda extra é objeto de contestação por parte dos gestores municipais que com o processo de descentralização acabaram assumindo a responsabilidade pela oferta de serviços de saúde.

Recursos que nem sempre é suficiente, isso há de se deixar bem claro, nós temos uma necessidade maior de investimento do que aquilo que se vê aplicado, e ao município tem restado um maior volume de investimento, o maior peso, a conta tem sobrado em grande parcela para o município (P3).

Além de uma redução gradativa do aporte da esfera federal no percentual dos recursos do sistema de saúde, os governos estaduais, embora devam aplicar 12% do seu orçamento em saúde, não repassam esses recursos para os municípios, quando o fazem, com base em critérios claros. Os municípios são os que mais contribuem financeiramente com o setor saúde em termos proporcionais a sua arrecadação (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017). Os participantes relatam absorver que o maior ônus: “*Eu acho que as esferas estaduais e federais tem que dar o auxílio no custeio de gastos, acaba onerando somente o município*” (P9).

Vários estudos (GIOVANELLA *et al.* 2007; CAZOLA *et al.*, 2011; ALBUQUERQUE, 2012 e SILVA, 2012) demonstram que em geral, a principal insatisfação da gestão municipal no que se refere ao atendimento ao estrangeiro decorre do repasse de recursos estar vinculado à população residente, estabelecendo assim um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde, uma vez que a população em trânsito não aparece nos dados dos repasses de recursos públicos federais. Embora Branco²¹ ressalte que a Lei nº. 8.080/90 já previa o estabelecimento de outros critérios para fixação de valores transferidos à estados e municípios sujeitos a notório processo de migração.

Duas iniciativas citadas pelos entrevistados, uma em âmbito nacional e outra estadual, realizaram repasses de recursos para municípios fronteiriços. O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (Sis-Fronteira), lançado em 2005, foi um programa federal que contemplou 121 municípios fronteiriços e propôs a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira (CAMPOS, 2017).

A proposta era de que a política aconteceria em etapas distintas, a primeira seria a realização de um diagnóstico da situação de saúde e da infraestrutura disponível, assim como

a caracterização qualitativa e quantificação dos usuários, para, então, apresentar um plano operacional pela gestão local. A segunda fase contemplava a qualificação da gestão, serviços e ações e a implementação da rede de serviços de saúde nos municípios. Na terceira fase, pretendia-se a implantação e consolidação das ações (FERREIRA; BRATICEVIC; MARIANI, 2015). O repasse do recurso financeiros seria com base no Piso de Atenção Básica (PAB), cujo cálculo era de um acréscimo de 40% sobre o PAB. Mas, desde 2014 o programa foi interrompido em decorrência da falta de recurso financeiro e controle estatal sobre o programa (AZEVEDO, 2015). Azevedo (2015) ressalta que o Sis-Fronteira não é uma ação conjunta dos países, trata-se de um programa brasileiro, foi planejado unilateralmente para ser operacionalizado de forma conjunta, sendo essa uma das possíveis razões de seu fracasso.

Por meio do Sis-Fronteira, houve um reconhecimento da situação enfrentada pelos municípios fronteiriços, apesar da padronização, do foco em investimentos e da sua brevidade. *“O Sis-Fronteira também foi um coisa pontual foi um momento, veio uma verba para fazer o levantamento da população de estrangeiro que nós atendíamos” (P1).*

Com o programa, se ampliou a estrutura dos serviços de saúde, foram construídas unidades de referência para atendimento a estrangeiros, que pela não continuidade do programa acabaram se descaracterizando:

Fizeram mapeamento trouxeram dinheiro para construir unidades de referência, fazia alguns estudos de fluxos, construíram a unidade [...] depois ela se descaracteriza porque a própria unidade não se reconhece mais como unidade que nasceu com essa perspectiva (P2).

Com frequência, os projetos iniciam com recursos para infraestrutura, embora a grande questão seja a sua manutenção *“O SIS-Fronteira tinha uma parte de infraestrutura mas, o maior gargalo de qualquer projeto não é recurso para infraestrutura, é recurso humano e para a sua manutenção” (P4).*

Talvez um mérito do programa tenha sido explicitar e publicizar um problema vivenciado cotidianamente pelos trabalhadores e gestores de saúde de municípios de fronteira. *“Foi em meados 2005, era o SIS-Fronteira, foi com esse programa que a gente começou a falar mais abertamente disso e ter um plano para trabalhar em cima, se não a gente ia levando” (P10).*

Estudo realizado por Ferreira, Braticevic e Mariani (2015), revelou que a maior parte dos profissionais relatou não conhecer o programa Sis-Fronteira, diferente da presente

pesquisa em que quase todos os entrevistados citaram o programa como uma iniciativa que ajudou a analisar a situação da atenção à saúde dos estrangeiros.

O programa Saúde do Viajante, iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná visa implementar ações que contribuam para a prevenção, promoção, assistência e vigilância à saúde do viajante. Inclui repasse de recursos financeiros com elemento de despesa custeio, destinado a municípios com grande fluxo de pessoas.

Tabela 2. Valores repassados aos municípios por meio do Programa Saúde do Viajante. 2016

Dados	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
População Estimada (2012)	255.718	31.013	19.048	9.796
<i>Per capita</i> fator fixo R\$ 27,37	7.000.000,00	848.946,89	521.418,12	268.154,76
PAB acumulado /ano em R\$	6.137.232,00	806.337,96	533.343,96	274.287,96

Fonte: SESA, 2016.

Esse programa representou um aporte importante no orçamento dos municípios, como se pode observar na tabela 2, os valores recebidos representam aproximadamente um ano do PAB mensal acumulado. O fato de os recursos poderem ser utilizados para custeio foi um aspecto positivo ressaltado pelos entrevistados, apesar da falta de continuidade.

A saúde do viajante veio um ou dois anos, mas foi um avanço partiu da iniciativa dessa demanda que não era suprida. [...] antes era onerado tudo no município sobrava para o município, depois da saúde do viajante deu uma melhorada é um recurso que pode pagar consultas, exames, tem recurso que a gente fica engessado (P10).

Os gestores municipais, quando apoiados financeiramente, implementam ações que favorecem e melhoram o atendimento ao estrangeiro.

[...] a partir desse recurso nós conseguimos conhecer melhor esses pacientes, nós implementamos um protocolo de atendimento desses pacientes onde preenchemos uma ficha dizendo qual serviço ele buscou, o que ele fez, onde ele reside e tivemos um levantamento básico de quantos pacientes a gente atendia que não eram nossos (P9).

Bento (2015) esclarece que as políticas públicas relacionadas aos processos de transfronteirização são um reconhecimento dessa modalidade de integração de base (informal), uma maneira de o Estado valorizar essa produção sociocultural, política e econômica das cidades fronteiriças. Segundo o autor, com ou sem o apoio institucional, as cidades de fronteira continuarão realizando a prática cotidiana da integração, como instrumento fático de existência, ou mesmo de sobrevivência.

5. Integração em cidades gêmeas do Paraná: o desafio de instituir políticas públicas duradouras

As iniciativas de integração, frequentemente pontuais, não decorrem de uma política de longo prazo e avançam ou retrocedem de acordo com situações específicas, sensibilidade das equipes técnicas e visão de cada gestão municipal.

Nesse tempo que eu estou aqui, a gente não tem nada formalizado em relação a isso, existem alguns trabalhos pontuais, mas de iniciativas dos técnicos da região, não uma política formalizada ou que esteja a nível ministerial (P1).

O aspecto pessoal das iniciativas e sua não institucionalização faz com que essas desapareçam com mudanças nos cargos, na gestão, com transferência ou ausência do profissional, sem que haja uma continuidade.

Os programas não são institucionalizados, eles são pessoalizados vamos pensar assim: a pessoa que se empenha, a pessoa que vai, quando a pessoa sai do cargo que ela ocupava, não tem outra pessoa que dê sequência (P4).

O caráter provisório é motivo de desencanto dos trabalhadores que participam de iniciativas avaliadas como interessantes e que são abandonadas em função de sua não institucionalização como uma política de Estado, muitas vezes nem de governo.

Não tem nada que tenha continuidade [...] até hoje nada solidificado nada formalizado, alguns treinamentos pontuais que envolveu dois ou

três países, mas também nenhuma ação até hoje que estabeleceu uma coisa continua (P1).

A questão da saúde em região de fronteira necessita de maior estabilidade, uma vez que envolve países distintos, acordos que demandam tempo, energia, diálogo, superação de barreiras burocráticas em cada país.

A solução dificilmente partirá da vontade política de um município, então essa é a maior dificuldade de integrar as três esferas dos três níveis de governos, para discutirem efetivamente as soluções do problema como política. Isso traz dificuldade na troca de informação, na relação mais fluida entre os países, uma vez que nós somos município e temos que respeitar a soberania nacional (P3).

Como se observa na fala acima, a integração em região de fronteira excede o âmbito municipal e requer uma intervenção federal para a sua solução. Ressaltando que a intervenção federal deve estar articulada com o país vizinho para que se efetive. De acordo com Carneiro (2016), a nossa Constituição concentra grande parte da competência acerca dos temas de fronteira à União, deixando assim pouca margem de articulação de políticas de desenvolvimento local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As regiões fronteiriças e os problemas ali vivenciados ainda carecem de visibilidade e de políticas específicas para seu enfrentamento. A ausência dessas iniciativas faz com que a população transfronteiriça enfrente discriminações, gere uma dualidade de cidadãos, tornando o acesso do transfronteiriço à rede de atenção à saúde instável e dependente de decisões subjetivas dos profissionais de saúde que estão na ponta do sistema. Os municípios menores, com 100% de ESF, apresentam maior acolhimento na AB. A regionalização e a organização das redes de atenção, em busca da integralidade e equidade é um desafio no SUS, visto que por vezes o cerne de discussão político-social inerentes a essas políticas é menosprezado, e na prática se limitam apenas a questões burocráticas e administrativas. Outra complicação decorre da diminuição com gastos em saúde pública, no Brasil, a redução dos recursos reduz a oferta de bens e serviços de saúde, e implica maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde.

O Sis-Fronteira e o Saúde do Viajante foram iniciativas importantes no sentido de reconhecer a problemática, mas pontuais e descontínuas, o que também ocorre com as iniciativas locais não institucionalizadas. Cabe ressaltar que os dois programas foram unilaterais e hierarquizados verticalmente, não havendo espaço de discussão compartilhada entre os envolvidos, tanto na implantação como no financiamento. A disseminação do pensamento integrador e de solidariedade entre os povos, a partir do nível local, pode contribuir para ampliar a noção de cidadania e de acolhimento ao transfronteiriço.

REFERÊNCIAS

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.

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.

ALBUQUERQUE, J.L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **Revista TOMO**, 2015.

ARAÚJO, C.E.L; GONÇALVES, G.Q; MACHADO, J.A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, 2017.

AZEVEDO, S.T. **A Transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo lago de Itaipu**. 2015. 145 f. (Dissertação de mestrado em Geografia) Universidade Estadual do Paraná. Marechal Candido Rondon, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª. Lisboa: Edições, v. 70, 2011.

BENTO, Fábio Régio. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional Sul-Americana. **Conjuntura Austral**, v. 6, n. 27-28, p. 40-53, 2015.

BRANCO, Marisa Lucena. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 1, p. 40-54, 2013.

BRASIL. Ministério de Integração. **Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016**. Estabelece o conceito de "cidades gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016.2016>.

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.

CARNEIRO, P.C. **Fronteiras irmãs: transfronteirizações na Bacia do Prata**. Editora Ideograf, Porto Alegre, p.273, 2016.

CAZOLA, L.H.D.O; PÍCOLI, R.P; TAMAKI, E.M; PONTES, E.R.J.C; AJALLA, M.E. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamerica Salud Publica**, v. 29, n.3, 2011.

DOURADO, D.A; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

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 Soc**, p. 1137-1150, 2015.

FLEURY, S; OUVERNEY, AM. **Política de Saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, Lígia. *et al.* [orgs.]. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

GIOVANELLA, L; GUIMARÃES, L; NOGUEIRA, V.M.R; LOBATO, L.D.V.C; DAMACENA, G.N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 251-266, 2007.

IBGE. Indicadores sociais municipais : uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. 151p. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro. 151p. 2011. [acessado 2017 jan 5]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.393-402, 2015.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, 2017.

MIRANDA, G.M.D *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família eo programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15 n. 1, p. 131-145, jan./abr. 2017.

Nota Técnica Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS). 2017. [acessado 2017 fev 11]. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>.

OLIVEIRA, A.R.F; SOUZA, R.C.M. As cidades fronteiriças na América do Sul: polêmicas e conflitos com o centro oeste brasileiro. **Revista Tamoios**, v. 10, n. 1, 2014.

PREUSS, L.T; NOGUEIRA, V.M.R. O pacto pela saúde nas cidades gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 2, p. 320 - 332, Porto Alegre, 2012.

Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Resolução nº 80/2016. [acessado 2017 mar 12].
Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2789>.

8. ARTIGO 2

A SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA: O QUE DIZEM OS DOCUMENTOS DO MERCOSUL E UNASUL

RESUMO

O artigo objetivou analisar o tratamento dado ao tema da saúde em região de fronteira no âmbito do Mercosul e da Unasul. Para isso realizou-se uma análise documental, dos arquivos disponíveis nos sítios eletrônicos, utilizando as palavras chaves: saúde e fronteira. Entre os resultados destaca-se a diferença na abordagem dos problemas sociais pela Unasul, com uma

visão mais solidária. No que se refere ao tema específico da saúde em região de fronteira, no Mercosul, ele emerge em vários momentos das reuniões do subgrupo da saúde, com a proposta, inclusive, de criação de um consórcio Mercosul-Saúde para atender a população fronteiriça, que não se efetivou. O que parece avançar são propostas relativas a harmonização de normas gerais de vigilância sanitária e epidemiológica nas regiões fronteiriças. A institucionalização do Subgrupo de Trabalho Integração Fronteiriça, poderá dar maior notoriedade aos processos de transfronteirização. Na Unasul, houve uma visão mais solidária sobre o tema da saúde em região de fronteira, verifica-se a preocupação de garantir o direito à saúde aos migrantes, mas também faz menção sobre a possibilidade de compensação financeira. Ambas as instituições assumiram importante papel no desenvolvimento econômico regional, já a integração na área social limitada. A atuação em regiões de fronteira ainda é incipiente, prejudicando a população que vive nesses espaços. Cabe aos cidadãos sul-americanos o desafio de reconhecer-se como parte integrante desses organismos e lutarem pela manutenção e ampliação dos direitos sociais nesses países.

Descritores: Áreas de Fronteira, Saúde na fronteira, Mercosul.

ABSTRACT

The article aimed to analyze the treatment given to the topic of health in the frontier region within Mercosur and Unasur. For that, a documentary analysis of the files available in the electronic websites was carried out using the key words: health and border. Among the results, the difference in approach to social problems by Unasur, with a more solidary vision, stands out. With regard to the specific topic of health in the border region, in Mercosur, it emerges at various moments in the meetings of the health subgroup, with the proposal, including the creation of a Mercosur-Health consortium to serve the border population, which did not take effect. What seems to be progressing are proposals for the harmonization of general standards of health and epidemiological surveillance in border regions. The institutionalization of the Border Integration Working Subgroup may give greater prominence to the cross-border processes. At Unasur, there was a more sympathetic view on the issue of health in the border region, there is a concern to guarantee the right to health for migrants, but it also mentions the possibility of financial compensation. Both institutions have played an important role in regional economic development, and integration in the limited social area. The work in border regions is still incipient, harming the population living in these spaces. South American citizens have the challenge of recognizing themselves as an integral part of these organizations and of striving to maintain and expand social rights in those countries.

Descriptor: Border Areas; Health at the border; Mercosur.

INTRODUÇÃO

A formação de blocos regionais de Estados próximos por interesse econômicos comuns é uma das consequências da globalização econômica. No cenário atual das relações internacionais, a integração regional é realidade inegável e, possivelmente, irreversível, dada a interdependência entre os países da região. Na América do Sul, nas últimas décadas, ocorreram movimentos e dinâmicas variadas de acordos comerciais entre os países, com tentativas de integração e comércio. São exemplos: a Associação Latino-Americana de Integração (Aladi), a Alternativa Bolivariana para a América (Alba), a Comunidade Andina de

Nações (Can), a Comunidade Sul-Americana de Nações (Casa), a União das Nações Sul-Americanas (Unasul), além do Mercado Comum do Sul (Mercosul) (GOMES, 2015).

A integração sul-americana encontra dificuldades internas que são causadas pelas desigualdades econômicas e as diferenças culturais, sociais e político-ideológicas, além de conflitos territoriais. Na integração é necessário que as partes tenham diálogo e planejamento conjunto, criando um ciclo dinâmico em que as capacidades e recursos particulares de cada país possam ser maximizados. Entre os anos de 2004 e 2008, em toda a América do Sul, foram eleitos governos progressistas que contribuíram para um clima político de integração sul-americana e de modelos de desenvolvimento semelhantes (KRYKHTINE, 2014), mas isso pode estar sendo revertido ou ao menos estancado nos últimos anos com eleições de governos liberais, que não apostam na integração latino-americana como alternativa à lógica da globalização econômica e financeira.

Devido ao seu tamanho e localização geográfica, o Brasil ocupa uma posição vantajosa nos vínculos criados com os outros países latino-americanos. Participa de duas iniciativas que procuram promover a cooperação e o desenvolvimento regional, o Mercado Comum do Sul (Mercosul) e a União das Nações do Sul (Unasul), as quais envolvem o campo da presente pesquisa. O Mercosul, foi formalizado em 26 de março de 1991, composto inicialmente pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Em 2012, o bloco passou pela primeira ampliação desde sua criação, com o ingresso definitivo da Venezuela como Estado Parte, atualmente suspensa do bloco. No mesmo ano, foi assinado o protocolo de adesão da Bolívia que, uma vez ratificado, fará do país andino o sexto membro pleno do bloco. Ainda conta com Estados Associados: Chile, Colômbia, Equador, Peru, Guiana e Suriname. Caracteriza-se como modalidade de integração denominada união aduaneira, etapa intermediária para o alcance do mercado comum, caracterizada pela livre mobilidade de fatores produtivos (capital e trabalho), adoção de política comercial comum (tarifa externa comum) e coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais. Com o desenvolvimento do bloco, diversas políticas públicas como educação, saúde, justiça, cultura, transportes, entre outras foram incorporadas as discussões (MERCOSUL, 2016a).

Já o acordo concretizando a criação da Unasul ocorreu em 11 de março de 2011, quando teve início a vigência do Tratado Constitutivo, embora sua negociação tenha iniciado em 2004. Trata-se de uma união intergovernamental entre os doze países que compõem a América do Sul – Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela – que juntos ocupam um território de 17,8 milhões de km². (BUSS, 2011; UNASUL, 2016a). Anteriormente, a América do Sul se relacionava com outros países de maneira isolada e desintegrada, com a Unasul os países da região passaram a

se articular em torno de áreas estruturantes como, energia e infraestrutura, e a coordenar posições políticas. A Unasul privilegia um modelo de desenvolvimento interno e tem por objetivo construir um espaço de integração cultural, econômico, social e político (UNASUL, 2016a).

Apesar das diferenças sociais e econômicas que caracterizam os países sul-americanos, a contiguidade geográfica e a proximidade cultural facilitam os fluxos migratórios. O Brasil tem uma faixa de fronteira terrestre de 15.719 km, que corresponde aproximadamente a 27% do território nacional, com cerca de 11 milhões de habitantes. Nessa região de fronteira, estão sediados 588 municípios, distribuídos em 11 estados que fazem divisa com 10 países da América do Sul, onde são identificadas simetrias e assimetrias próprias desses espaços territoriais (BRASIL, 2016).

Um fenômeno típico da região fronteira é a busca de direitos sociais nos diferentes lados da fronteira. Observa-se em relação aos fluxos dirigidos ao Brasil, que a maior parte deles se relaciona aos serviços públicos de saúde e, secundariamente, de educação. A universalidade e a integralidade legitimadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são apontadas como características determinantes para que ocorra esse deslocamento. A utilização dos serviços de saúde brasileiros por cidadãos dos países vizinhos tem se tornado uma preocupação das autoridades envolvidas, argumentando que a ampliação da demanda pode contribuir para uma sobrecarga do SUS nessas localidades. (SCHERMA; OLIVEIRA, 2014).

O fenômeno denominado de transfronteirização pode ser entendido como um conjunto de processos de aproveitamento de uma fronteira. No âmbito desses processos, os habitantes transcendem a fronteira, imposta pelos Estados como uma barreira/limite, e a incorporam em suas estratégias de vida. Por muito tempo os Estados Nacionais marginalizaram os espaços fronteiriços, mas os transfronteiriços asseguraram a continuidade das interações (CARNEIRO, 2016). A legitimação dos processos de transfronteirização existentes nesse território demandam regras especiais de funcionamento, respaldadas por acordos bi ou multilaterais, já que transcendem a escala local, envolvem sistemas políticos e sociais distintos, que requerem intervenção dos níveis nacionais de governo. Para tanto, com o intuito de identificar como essa problemática é abordada no âmbito internacional e se há medidas que auxiliem os gestores de municípios fronteiriços. O presente trabalho objetiva analisar o tratamento dado ao tema da saúde em região de fronteira no âmbito do Mercosul e da Unasul, sendo este um recorte de pesquisa de mestrado intitulada Dinâmicas de integração e acesso à saúde em cidades gêmeas do Paraná.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa documental, que consiste em identificar, verificar e apreciar documentos com finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A pesquisa documental se caracteriza pelo estudo de documentos que ainda não receberam um tratamento analítico em relação a um determinado objeto de estudo, mesmo que ele já tenha sido analisado outras vezes sob o olhar de outro objeto de estudo (CECHINEL *et al.*, 2016).

Os documentos que constituíram o *corpus* de análise foram obtidos nos sítios eletrônicos oficiais do Mercosul e da Unasul, utilizando as ferramentas de buscas *online* disponibilizadas, por meio das palavras-chaves: saúde e fronteira em português e espanhol. Não se fez distinção de documentos pela sua tipologia ou idioma, os arquivos analisados se tratam de atas, relatórios, declarações, projetos, acordos e resoluções, entre outros, em sua maioria, estavam redigidos em espanhol. Delimitou-se apenas documentos produzidos pela instância que oficialmente é responsável pela abordagem da saúde, o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT-11), no âmbito do Mercosul, e na Unasul, o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags). O Subgrupo de Trabalho 18 Integração Fronteiriço (SGT-18) foi incluído pela pertinência ao objetivo da pesquisa. A pesquisa documental foi realizada em novembro de 2016.

A busca dos documentos referente ao Mercosul foi realizada no site da instituição <www.mercosur.int>, com os seguintes procedimentos de busca: gestor documental – normativa – pesquisa – pesquisa básica – palavra a pesquisar: saúde e fronteira. Foram encontrados 231 documentos, desses 24 abordavam o tema da saúde ou correlato e continham a palavra fronteira em seu texto. Com relação às atas do SGT- 11, foram verificados os documentos produzidos nas 48 reuniões entre os anos de 1997 e 2016, exceto àquelas que não estavam disponíveis: ata nº 01/2000 Reunião extraordinária; ata nº 01/2004 Reunião ordinária XXII; e a ata nº 01/2004 Reunião extraordinária II. Já os documentos analisados do SGT-18, se referem a primeira e única reunião oficial, realizada em 19/05/2016.

Na Unasul a busca foi feita no endereço: <www.isags-unasul.org>, utilizando as palavras chaves: *salud* e *frontera*. Obteve-se 39 abas no sítio eletrônico com diversos arquivos, que ao final totalizaram 156 documentos. Dos 156 documentos analisados, 11 eram repetidos, um deles era o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 e 126 apesar de abordarem temas relacionados com a saúde pública, sistemas públicos e universais de saúde, educação em saúde entre outros, não faziam menção ao tema saúde em região de fronteira, somente em 18 documentos o tema da fronteira era abordado, sendo esses objeto de análise do presente artigo. Os documentos foram transferidos para pastas específicas e organizados em

planilha *Excel*, contendo tipo de documento, ano de publicação, título e uma breve resenha do conteúdo de cada um, após essa análise inicial, aqueles que identificamos relevância com o tema em estudo, foram individualmente apreciados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tanto o Mercosul como a Unasul, já conquistaram uma posição de destaque internacional e são instituições que abordam o tema saúde, entendendo-a como um importante aliado ao processo de desenvolvimento regional. A seguir, apresentamos os resultados das análises dos documentos obtidos nos sítios eletrônicos, buscando identificar como essas instituições tratam o tema da saúde em região de fronteira.

1. A saúde em região de fronteira no âmbito do Mercosul

As Reuniões de Ministros do Mercosul (RMS) e o SGT-11, criado em 1996, são as instâncias centrais para abordar o tema da saúde no Mercosul, sendo dessas instâncias os documentos analisados neste trabalho. Conforme anunciado na metodologia foram encontrado 25 documentos, sendo 24 resoluções e 01 ata que de alguma forma citam os termos saúde e fronteira em seu conteúdo. A preocupação expressa nos documentos se restringe basicamente a temas relacionados com vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e aspectos administrativos do trânsito em pontos de fronteira.

Cabe destacar que nos subgrupos as discussões são realizadas com base em Pauta Negociadora, documento que determina prioridades e estima prazos para seu cumprimento (TRINDADE, 2016). Desde sua criação o SGT-11 teve três pautas negociadoras, sendo a primeira em 2001, a segunda em 2005 e a terceira em 2007. Na pauta negociadora de 2001, está estabelecido como objetivo do subgrupo:

Harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e o controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo desta maneira ao processo de integração (MERCOSUL, 2001, s.p.).

Nenhuma referência é feita ao tema da saúde em região de fronteira nos objetivos iniciais do SGT-11. A questão central a ser debatida dizia respeito a aspectos gerais da

produção e consumo de mercadorias e serviços relacionados à saúde, controle sanitário e de vigilância epidemiológica, sempre visando favorecer o comércio entre os países.

Na segunda Pauta Negociadora, de 2005, os objetivos do subgrupo foram ampliados, contemplando a intenção de realizar algum grau de integração do setor saúde.

Promover e gerenciar propostas de cooperação que visem à integração regional no setor saúde; Promover a atenção integral à saúde e a qualidade de vida das pessoas, mediante ações comuns no âmbito do Mercosul (MERCOSUL, 2005a, s.p).

Na terceira Pauta Negociadora, de 2007, manteve-se a ideia do trabalho de cooperação visando à integração no setor saúde e incluiu-se o desenvolvimento e atuação dos recursos humanos em saúde, conforme expresso em seus objetivos:

Promover e gerenciar propostas de cooperação que visem à redução das assimetrias existentes e a integração regional no setor saúde. Propor e coordenar diretrizes com vistas ao desenvolvimento dos profissionais da saúde, para o seu exercício profissional no âmbito do Mercosul (MERCOSUL, 2007, s.p).

Além disso, nessa Pauta Negociadora, pela primeira vez aparece a proposta de “...apoiar iniciativas de integração das ações de saúde nas fronteiras do Mercosul” (MERCOSUL, 2007, s.p), no entanto, sem discriminar como isso seria feito.

Apesar de em seus objetivos, o SGT-11 abordar a necessidade de cooperação no setor saúde, não se observa discussões sobre a integração dos sistemas e com relação ao acesso à saúde em regiões de fronteira. Assim, pode-se afirmar que as Pautas Negociadoras do SGT-11 não contemplaram a saúde em região de fronteira, se restringindo à busca de harmonização da legislação dos países no que se refere à produção e comercialização de mercadorias que tenham relação com a saúde, vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira, além da prestação de serviços de saúde e mais recentemente de formação e trânsito de recursos humanos no bloco.

Com relação à apreciação das atas do SGT-11, o tema da fronteira aparece relacionado mais a aspectos epidemiológicos e de vigilância sanitária, como o projeto apresentado pela delegação Uruguia: Vigilância Epidemiológica e Sanitária em pontos de fronteira. A Ata SGT-11 nº 02/2000, faz referência a um acordo entre os coordenadores nacionais para “elaborar um marco orientador o qual deverá abordar as atividades bi ou trilaterais entre os estados partes para promover a saúde da população fronteiriça” (MERCOSUL, 2000a, s.p). Na reunião seguinte, foi apresentado o projeto, em parceria com a OPAS, denominado Projeto

de Cooperação Técnica em Saúde na região Fronteiriça entre Argentina/Brasil/ Paraguai (MERCOSUL, 2000b, s.p).

A partir da Ata nº 01/2002, a Saúde nas fronteiras, passou a ser um ponto específico, sendo que nessa reunião, foi relatada a criação do Grupo *Ad-Hoc* sobre Integração Fronteiriça (Gahif), sendo determinado, pelo CMG, que os grupos deveriam trabalhar em conjunto. No ano seguinte foi entregue, pela delegação brasileira, dois documentos sobre o tema da saúde em região de fronteira: Subsídios para o Gahif e o *Informe de la Trifrontera. Estudio de Red Fronteriza: Brasil – Argentina – Paraguay. 2001 – 2002* (MERCOSUL, 2002; MERCOSUL, 2003a).

Na segunda reunião de 2003, a delegação do Brasil apresentou a proposta de criação de um Consórcio MERCOSUL - SAÚDE com o objetivo de organizar a atenção à saúde nas fronteiras. As delegações concordam com a importância de avançar na consolidação de ferramentas de gestão capazes de responder às necessidades de saúde das populações fronteiriças e comprometeram-se a analisar a viabilidade da proposta (MERCOSUL, 2003b). No plano de trabalho 2004, anexo a essa ata, identificaram-se propostas de ações que tinham a fronteira como tema:

“Saúde nas fronteiras seguimento e articulação com o Gahif; projeto de cooperação técnica em epidemiológica e vigilância em saúde em áreas de fronteira; avançar o desenvolvimento da implementação do projeto em áreas de fronteiras terrestres do Mercosul (MERCOSUL, 2003b, s.p).

Em 2005, foi apresentado o Projeto Integrado de Saúde nas fronteiras do Mercosul (Sis-Mercosul) e em 2006, esse é mencionado, constando em ata que falta detalhamento para ser discutido com a OPAS (MERCOSUL, 2005b).

Após 2006, houve um silêncio do tema nas atas do SGT-11, sendo retomado em 2009, com a proposta da delegação do Uruguai do projeto intitulado Fortalecimento na capacidade de resposta em saúde a nível nacional e em particular em zonas de fronteira: Uruguai – Brasil, que tinha por objetivo o fortalecimento das respostas sanitária com ênfase na fronteira com o Brasil, diminuindo as assimetrias internas entre os dois países (MERCOSUL, 2009, s.p.).

Nas Atas do SGT-11 nº 02/2010; nº 02/2011; nº 01/2014 e mais recentemente na nº 02/2015 que aprovou o Plano de Trabalho (2015-2016), existe a menção de propostas de criação de mecanismos de vigilância e controle nas zonas fronteiriças para realizar um diagnóstico e caracterização de trabalho em cidades de fronteira. (MERCOSUL, 2015b). Seu status, nos relatórios desse plano de trabalho, revela que se estudam ainda mecanismos de

implementação, isso demonstra a procura por um diagnóstico factual sobre aspectos epidemiológicos em municípios fronteiriços.

Embora em diferentes momentos a saúde em região de fronteira tenha sido objeto de discussão nas reuniões do SGT-11, não foi possível identificar, na documentação analisada, a efetivação das propostas apresentadas pelas diferentes delegações.

O SGT-18 foi instituído em 2015, por meio da Resolução nº 59/2015. É coordenado pelos ministérios das relações exteriores dos Estados partes e tem como objetivo:

...promover o aprofundamento do processo de integração das comunidades fronteiriças dos Estados Partes criando um espaço de trabalho permanente com a finalidade de pôr em vigência programas conjuntos para alcançar um melhor desenvolvimento integrado desses territórios e comunidades (MERCOSUL.2016b, s.p.).

O subgrupo iniciou os trabalhos com a revisão da Pauta Negociadora, documento que direciona os trabalhos e contém as diretrizes e atribuições do subgrupo. Segundo a resolução, além de cumprir atividades administrativas o mesmo deverá atuar em medidas que beneficiem as populações fronteiriças, com a elaboração de instrumentos normativos, a melhoria da comunicação e a articulação de projetos, incluindo aspectos de financiamento. Como funções e atribuições constam:

- a) recomendar a adoção de medidas que possam beneficiar as populações fronteiriças dos Estados Partes
- b) elaborar propostas de instrumentos normativos ou outros cursos de ação voltados a facilitar e melhorar as relações entre as comunidades fronteiriças, inclusive mediante a criação de regimes especiais que se ajustem às necessidades específicas das mesmas.
- b) trocar informações sobre as políticas e boas práticas implementadas de forma bilateral e trilateral nas áreas de fronteira;
- d) contribuir para uma maior visibilidade do MERCOSUL nas zonas de fronteiras e para um melhor conhecimento da normativa pertinente a fim de alcançar sua efetiva implementação.
- e) impulsionar a realização de atividades específicas de integração fronteiriça e a articulação de projetos em diferentes zonas de fronteiras incluindo aspectos de financiamento (MERCOSUL. RESOLUÇÃO 25/2016, s.p.).

O SGT-18 publicizou na reunião uma proposta para criação de mercoregiões, que serão constituídas levando em consideração as características regionais e deverão ser tratadas de

maneira diferenciada conforme suas necessidades. Na Pauta Negociadora fica esclarecido que a atuação do SGT-18 é ampla, podendo atuar nas diversas áreas sociais, buscando responder as necessidades e anseios da população fronteiriça.

O SGT-18 poderá tratar questões relativas à saúde, sanitárias, educação, cultura, povos indígenas e comunidades multiétnicas, trabalho, migração, transporte, energia, infraestrutura, desenvolvimento urbano e rural, desenvolvimento econômico, cooperação, integração produtiva, segurança, meio ambiente, turismo e outras voltadas a impulsionar a integração entre comunidades de fronteira (RESOLUÇÃO 25/2016, s.p).

Por se tratar de um órgão que apenas recentemente conquistou a institucionalização merecida, não é possível uma análise mais aprofundada, mas se destaca como uma importante conquista para a população transfronteiriça, principalmente pela mudança de perspectiva que propõem para discutir os processos de transfronteirização no âmbito do Mercosul.

Em regiões de fronteira, a esfera social define-se nacional e internacional ao mesmo tempo. Há uma dinâmica social translocal nas relações entre as populações fronteiriças, as quais, por vezes, driblam os mecanismos de controle das burocracias nacionais. No que se refere ao desenvolvimento e à integração da faixa de fronteira dos países do Mercosul, nota-se que a fronteira até os anos 90 aparece no contexto das trocas comerciais. A celebração do Acordo sobre Trânsito Vicinal entre os Estados partes, promovido em 1999 foi um avanço sobre a questão da livre circulação de pessoas em cidades gêmeas, dando início a uma ampliação da visão a respeito do tratamento da integração fronteiriça. Sendo a visão integradora se expandiu em 2002, com a criação do Gahif, o Fórum Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do Mercosul e do Fundo para a Convergência Estrutural do Mercosul (Focem), ambos em 2004 (NETO; PENHA, 2016). O Parlasul instituído em 2005, apesar de enfrentar entraves a sua institucionalização, também se destaca como órgão de representação dos povos no âmbito da integração sul-americana (TARJA; MARTINS, 2014).

Para a população transfronteiriça a Rede Mercocidades, fundada em 1995, foi um marco já que o órgão visa a que os atores subnacionais adquiram voz e espaço de atuação para melhoria das políticas sul-americanas, atualmente conta com 323 cidades, seu papel inclui inserir as demandas dos cidadãos no processo de integração regional, trabalham a partir de 15 unidades temáticas, uma delas denominada Integração Fronteiriça que atua junto com o FCCR (CAMPOS, 2017).

Para que se avance na integração regional, é necessário que se mantenham aberto os canais de participação social. Que a garantia das necessidades fundamentais da população tenha tanta importância dentro da agenda do Mercosul quanto a desobstrução do comércio, a integração física e a redução das assimetrias (BIANCHIN; SCHLOGEL; MACIEL, 2016).

Entre outras iniciativas levadas na dimensão social do Mercosul, é importante destacar como projetos abrangentes o Plano Estratégico de Ação Social (Peas) e o Plano de Ação para Conformação do Estatuto da Cidadania (NETO; PENHA, 2016). Segundo o estudo de Neto e Penha (2016) que avaliou o impacto nas fronteiras das 59 iniciativas listadas pela cartilha da cidadania do Mercosul, lançada em 2010, constataram que, 49 têm impacto maior e positivo (83%), quatro têm impacto maior e negativo (7%) e seis não têm impacto maior (10%). Esse diagnóstico preliminar corrobora o argumento de que esses territórios são laboratórios da integração, nos quais demandas são formadas e soluções são experimentadas, mesmo que em alguns casos não haja um fluxo formal entre uma coisa e outra.

Algumas ações identificadas nos documentos do SGT-11 propõem o diagnóstico dos processos de transfronteirização na saúde nos municípios fronteiriços. Essa problemática de identificar e compreender o que ocorre nesses municípios é antiga, é importante destacar que em 2005, o Mercosul propôs o programa Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (Sis-Mercosul) que suscitou a expectativa de ser um processo de longo prazo com ações específicas para essa questão de saúde dos transfronteiriços, porém esse projeto se dispersou (GALLO; COSTA, 2004).

Observa-se que o Mercosul proporciona um estreitamento de vínculos entre os Estados, que podem auxiliar no avanço de políticas mais equitativas. Na criação da Nova Agenda para a Cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço (NACDF), em 2002, Brasil e Uruguai assumiram a compreensão da singularidade da região de fronteira, e se dispuseram a uma experiência inovadora em relação à integração, a implementação das ações passa até hoje por entraves burocráticos e operacionais, apesar da relevância e da permanência dos debates, nota-se que ainda há dificuldade em transformar o idealizado em ações concretas. Esse projeto lançou as bases para a criação da figura jurídica do cidadão fronteiriço, que regula e binacionaliza os direitos (SCHERMA, OLIVEIRA, 2014).

Na fronteira entre Brasil e Paraguai, por exemplo, com a securitização da fronteira em função de questões como o contrabando, o descaminho e o tráfico de pessoas, jamais foi negociado um mecanismo que sequer se aproximasse desse modelo. A redução das assimetrias bilaterais e a superação de preconceitos são passos fundamentais para que um acordo dessa natureza seja assinado pelos países (NETO; PENHA, 2016).

Pelo exposto verifica-se que o Mercosul, principalmente o SGT-18 deverá trabalhar com o conceito mais ampliado de integração, que nessa perspectiva, a integração é capaz de promover mudança e construir uma nova realidade. A integração supera a etapa do interesse dos participantes, visto que já foi internalizado na cultura política o pertencimento ao grupo regional (CANDEAS, 2010). Apesar de a integração ter evoluído enquanto conceito e estar presente nas discussões desses órgãos no Mercosul, há mais de 20 anos, na prática nas cidades gêmeas os processos de transfronteirização na área da saúde ainda são tidos como ilegítimos e/ou inapropriados (ALBUQUERQUE, 2012).

2. A saúde no âmbito da Unasul

Foi possível verificar após exploração do material, que os princípios contidos no estatuto geral da Unasul já demonstravam que a abordagem da instituição privilegia preceitos sociais, democráticos, solidários e de união para os países participantes, mesmo esses documentos não sendo foco de avaliação, em virtude dos filtros utilizados, essas diretrizes ficam claras ao analisar os documentos e na própria literatura sobre a instituição. Na criação do Conselho de Saúde Sul-americano (CSS) em 2008, já é possível identificar importantes diretrizes expressas nos documentos de criação: saúde como direito fundamental da pessoa humana; saúde como indutor de integração entre os países da Unasul; solidariedade; respeito pela diversidade e a interculturalidade. E objetivos como: a redução de assimetrias entre os sistemas de saúde dos estados membros; acesso universal aos serviços de saúde, sendo esse o foco principal do CSS. Entre eles, destacamos a pactuação de: “Privilegiar as ações da Unasul saúde nas fronteiras” (UNASUL, 2008, p. 02), entende-se que esse seja um reconhecimento do problema enfrentado pela população transfronteiriça.

Ainda no âmbito da vigilância em saúde, existem três resoluções de 2010, resoluções nº 4/2010; nº 5/2010 e nº 6/2010 do CSS, as quais tratam sobre dengue, chagas e H1N1, mostrando a atuação da Unasul no combate as epidemias e doenças endêmicas que causam preocupação nos países membros. Nos documentos analisados, fica clara também a preocupação de vigilância e controle de doenças nas regiões fronteiriças. No Acordo nº 1/2009 do CSS que contem o plano de trabalho em 2009, uma das metas faz referencia à fronteira: “Promover o trabalho e atuação conjunta da vigilância e controle de doenças em região de fronteira”. A perspectiva de atuação nessas situações pela Unasul pode se observar nos trechos: “Propiciar o intercâmbio de experiências entre os sistemas de saúde de seus países membros, incluindo o financiamento” e “Desenhar e intercambiar as experiências de prestação de serviços para migrantes da região, de maneira a garantir o acesso a saúde” (UNASUL, 2009^a, s.p.). Ratifica-se que a integração entre os países é o objetivo da Unasul,

considerando o princípio de solidariedade, e preocupando-se com o a efetivação do direito a saúde desse migrante.

A preocupação com a migração entre os países, assim como a cidadania desse migrante está registrada em outros documentos, ressaltam os trechos: “Recomendar o estabelecimento de mecanismos para aumentar a participação do cidadão nos serviços de saúde, de modo a capacitar as pessoas sobre seus direitos” e “Recomendar o estudo das leis nacionais, o funcionamento do sistemas de saúde e o acesso dos migrantes, em função da sua vulnerabilidade, para garantir seus direitos de saúde” (UNASUL, 2009b, s.p.).

A concepção do direito a saúde na Unasul, como direito de todos, e a adoção de sistemas de saúde universais, é fortemente marcada pelos documentos: “Impulsionar politicamente os países da Unasul criando Redes Integradas de Serviços de Saúde baseado na atenção primária para facilitar a criação de sistemas universais de saúde” e “Estudar e avaliar a criação de mecanismos de cooperação financiamento e integração entre os países da Unasul” (UNASUL, 2009b, s.p.).

Houve referência à necessidade de legitimar as iniciativas de cooperação e integração fronteiriça entre os países membros: “Estimular a capacidade das autoridades para desenvolver marcos legais para as fronteiras dos países, levando em conta suas particularidades e seu potencial de integração” (UNASUL, 2009b, s.p.).

No documento que apresenta o relatório do I Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde da Unasul, realizado em 2011, é possível identificar uma mesa redonda intitulada, Saúde e Cooperação nas fronteiras da Unasul, que visou apresentar uma análise da situação da saúde nas fronteiras da Unasul e debater formas e ações de cooperação para essas regiões. Como reflexões finais dessa atividade no relatório destacaram:

Os comitês são ferramentas muito úteis. Fronteiras são espaços privilegiados e a população fronteiriça é a primeira a se integrar; por ser flutuante, há muita solidariedade. A Unasul deve pensar o tema de fronteiras como transversal com educação, saúde, drogas, já que aparece em diferentes setores do Estado. Deve pensar ainda em mecanismos de financiamento compensatório para os países. E sobre ações concretas que permitam o acesso aos serviços de saúde de forma recíproca. Finalmente, Unasul deve considerar a adoção de um novo conceito de fronteiras (UNASUL, 2011, p.61).

A construção social transfronteiriça fica claramente reconhecida no trecho: “As fronteira são espaços de integração e cooperação onde as pessoas, as comunidades e as instituições interagem e desenvolvem processos sociais, econômicos e culturais espontaneamente” (UNASUL, 2012, s.p.). Esse documento ainda propõem a implementação

da Rede integrada de Serviços de Saúde binacionais ou trinacionais como estratégia para fortalecer a capacidade de resposta dos serviços de saúde dos países da Unasul.

A criação da Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS) e do grupo técnico de desenvolvimento de sistemas de saúde universais foram criados para impulsionar ações no sentido de defender as diretrizes propostas pela Unasul. No informe da 1ª Reunião ordinária do grupo técnico de desenvolvimento de sistemas de saúde universais, em 2013, há um tratamento especial às fronteiras e propõem a elaboração de um ferramenta de diagnósticos de saúde nas fronteiras com o prazo de 06 meses como responsabilidade do Chile e Paraguai, que atualmente se encontra sob responsabilidade do Isags (UNASUL, 2013).

No plano operativo do Isags de 2013, encontram-se fortes referências aos problemas na esfera da saúde pública, enfrentados pelos transfronteiriços, reconhecem que essa população carece de maior atenção e que esses territórios não estão integrados com os grandes centros: “Fortalecer os serviços de saúde no âmbito das fronteiras” e “As populações fronteiriças carecem do acesso aos diversos níveis de atenção” (UNASUL, 2012, s.p.).

No Plano Quinquenal 2010-2015 do CSS, reforça-se o desafio de integração, com ênfase nas questões sociais: “O processo de integração, no entanto, deve ser acompanhada de políticas social de saúde, educação, saneamento básico, emprego e geração de renda para garantir os princípios democráticos e exercício dos direitos humanos” (UNASUL, 2010, s.p.).

Na declaração nº 3/2015 do CSS, que trata do plano operativo anual do Isags 2016, ainda é possível encontrar referências às regiões fronteiriças como a proposta de reunião técnica para verificar como a migração das regiões afetam os serviços de saúde, ou seja, mais uma vez ainda procura-se um diagnóstico que retrate a realidade desse processo de transfronteirização no campo da saúde (UNASUL, 2015).

Diante do exposto verifica-se que a Unasul trouxe outra proposta para o desenvolvimento regional dos países sul-americanos, em seu cerne estão presentes valores éticos e morais, em pouco tempo se destacou no cenário internacional pela sua atuação e pela representatividade conquistada. A criação de grupos técnicos com temas específicos como a garantia e a melhoria de acesso a medicamentos, a defesa dos sistemas universais de saúde, capacitação de recurso humano em saúde e o reconhecimento de determinantes sociais em saúde são ações concretas.

Segundo Buss (2011) o SGT-11 e a RMS, diferem consideravelmente do Conselho de Saúde da Unasul, pois as decisões têm caráter vinculante. O autor ressalta a contribuição para uma integração baseada em princípios de solidariedade e complementaridade, que certamente potencializará o desenvolvimento da região e colaborará para a melhoria nas condições de vida e saúde dos sul-americanos.

A integração transfronteiriça abrange um conjunto de ações coordenadas entre iniciativas formais (vértice) e informais (base). Compreende-se que a regulamentação por meio de acordos e legislações não é uma resolução definitiva, porém são instrumentos condicionadores do comportamento humano. A integração formal é um reconhecimento da realidade social construída nas cidades fronteiriças, porém quando feita verticalmente, constitui-se um instrumento impeditivo, caracterizando-se como uma forma de controle social. Apesar dessa dualidade, as duas relações formal e informal são complementares e essenciais para a harmonia na fronteira (BENTO, 2015).

O diagnóstico desses processos de transfronteirização na saúde foi pauta nas duas instituições estudadas, entretanto o que se verifica é que não se procura legitimar essa realidade, assim, uma identificação real do fenômeno fica prejudicada, a população transfronteiriça aprendeu a conviver com essa dinâmica e muitas vezes se utiliza de artifícios para garantia de atendimento a serviços, como por exemplo, a adulteração de documentos ou a utilização da dupla nacionalidade (CAMPOS, 2017). Albuquerque (2012, p.202) definiu que “viver na fronteira é geralmente também viver da fronteira” é um pêndulo que oscila ora para um lado ora para outro, isso decorre das condições políticas e econômicas oferecidas por cada Estado.

Verifica-se que os entraves aos processos de transfronteirização expressa uma visão reducionista de fronteira, historicamente construído oriunda da antiga doutrina baseada na segurança nacional e garantia da soberania, supostamente ameaçada pela presença do estrangeiro (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010). A forte contradição presente na dualidade entre “interior” e “exterior”, na perspectiva do território nacional, tem marcado as ações e estratégias de definição de espaços fronteiriços, fortalecendo a ideia de controle, segurança e defesa do território, são espaços por muito tempo relegados a um discurso marginal nos processos de planejamento (CAMPOS, 2017).

Com a transfronteirização construída pelos transfronteiriços o limite internacional foi sendo ultrapassado dando origem à nova territorialidade, a transfronteiriça. Ocorreu a passagem de um conceito de fronteira–separação para um de fronteira–cooperação (LEMOS; RUCKERT, 2011). Os fluxos transfronteiriços neste novo contexto imprimem novas dinâmicas aos territórios na região geopolítica da América do Sul. No Brasil, esse novo conceito de fronteira foi reconhecido pelo Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) (SCHERMA; OLIVEIRA, 2014).

Os órgãos de integração regional ao abordarem as questões sociais e culturais, devem promover a aproximação entre os interesses dos Estados, aliando-os aos da sociedade, e assim favorecer a formação de uma identidade transnacional. (ANDRADE; RIBEIRO, 2016). A

ausência de uma consciência de identidade comum latino-americana a partir de determinados valores, se constitui em empecilho para que mudanças se estabeleçam de forma mais abrangente nos países que compõe a região. Neste contexto é necessário descobrir o lugar que cabe a América Latina na sua história e, além disso, buscar a projeção da região como unidade (MIRANDA; CADEMARTORI, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se analisar os documentos do Mercosul e da Unasul, ficou evidente a diferença entre os objetivos e os preceitos que fomentam cada uma das instituições. É certo que os trabalhos executados pelas instituições no campo da saúde pública merecem reconhecimento: a vigilância em saúde e a regulação dos serviços e do mercado de trabalho na área da saúde são essenciais, tanto na perspectiva econômica como social. É importante ressaltar que apesar de distintas, as instituições podem ser complementares no desenvolvimento e progresso da América do Sul. Contudo, com a criação da Unasul observa-se que o diálogo e a negociações entre os países atingiram um maior grau de cumplicidade e solidariedade. No Mercosul, a institucionalização recente do subgrupo Integração Fronteiriça, levanta a expectativa de que a população transfronteiriça e os processos transfronteiriços sejam discutidos e representados com mais notoriedade.

Apesar das duas instituições não possuírem políticas específicas para regiões fronteiriças, os processos de integração regional podem ter início por meio do comércio e da economia, mas, devem avançar na questão social. Integrar não significa menosprezar nacionalidades, anular identidades, muito menos intervir nos assuntos soberanos dos Estados. Os limites compartilhados entre os países, as fronteiras, pela análise documental, há mais de duas décadas no Mercosul, são alvo de discussões em diversos grupos técnicos, principalmente ligados ao controle e vigilância em saúde, suscitando a expectativa da melhoria da integração nos municípios fronteiriços, por meio da legitimação dos processos de transfronteirização e até mesmo a institucionalização de iniciativas já executadas nesses municípios.

Contudo, na prática pouco se avançou, não se verifica propostas de mudanças nos dispositivos legais, nem a outorga de autonomia para essas populações. É notório o momento de ameaça à Unasul, visto a mudança política que os países sul-americanos estão, e ainda irão enfrentar. Atualmente, a América do Sul apresenta instituições políticas e administrativas que podem colaborar na superação dos problemas de forma articulada, assegurando a paz, a democracia e a garantia dos direitos humanos. A prática da cidadania latino-americana plena universaliza os direitos, e permite conquistas sociais importantes frente ao opressor e

explorador capitalismo econômico. Cabe também, aos cidadãos sul-americanos, o desafio de reconhecer-se como parte integrante desses organismos e lutarem pela manutenção e ampliação dos direitos sociais nesses países.

REFERÊNCIAS

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. ISSN 0101-6628.

ALBUQUERQUE, JLC. 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.

ANDRADE, M.T.; RIBEIRO, A.C. A necessidade de inclusão de uma agenda plural para promover a parceria estado-sociedade na integração econômica no Mercosul. **Revista da Secretaria do Tribunal Permanente de Revisão**, p. 136-156, 2016.

BENTO, F.R. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional Sul-Americana. **Conjuntura Austral**, v. 6, n. 27-28, p. 40-53, 2015.

BIANCHIN, A; SCHLOGEL, D.A; MACIEL, R. Mercosul e a perspectiva econômica da integração latino-americana. **Orbis Latina**, v. 5, n. 2, 2016.

BRASIL, Segurança pública nas fronteiras, diagnóstico socioeconômico e demográfico: Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (ENAFRON) / organização, Alex Jorge das Neves *et al.* – Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, **Secretaria Nacional de Segurança Pública**, p. 591, 2016.

BUSS, P.M; FERREIRA, J.R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2699-711, 2011.

CANDEAS, A. **A integração Brasil-Argentina: história de uma ideia na “visão do outro”**. Brasília, FUNAG, 324p, 2010.

CAMPOS, H.A. O papel estratégico de cidades gêmeas no controle de mercadorias em regiões de fronteira no contexto do MERCOSUL: Uruguaiana (BR) e Paso de los Libres (AR). **Redes**, v. 22, n. 1, 2017.

CARNEIRO, P.C. **Fronteiras irmãs: transfronteirizações na Bacia do Prata**. Editora Ideograf, Porto Alegre, p.273, 2016.

CECHINEL, A *et al.* Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**, v. 5, n. 1, 2016.

CUNHA, José Sebastião Fagundes. **Um tribunal para a Unasul: tribunal da união das nações da América do Sul: justiça à cidadania e ao meio ambiente**. Editora Juruá, Curitiba, p.290, 2012.

DESIDERÁ NETO, WA; PENHA, B. As Regiões de fronteira como laboratório da integração regional no Mercosul. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 22, p. 33-49, 2016.

GALLO, E; COSTA, L. (orgs.) **Sistema integrado de saúde do Mercosul: SIS-Mercosul: uma agenda para integração**, p. 188-188, Brasília, 2004.

GOMES, J.F.F. A Rede Mercocidades na integração sul-americana: a paradiplomacia no MERCOSUL e na UNASUL. **Revista InterAção**, v. 8, n. 8, 2015.

KRYKHTINE, F. B. **A criação da UNASUL SAÚDE e do ISAGS e as estratégias de cooperação em saúde na América do Sul: um estudo exploratório**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

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

MERCOSUL. Institucional Mercosur. Disponível em <http://www.mercosur.int/>. Acessado em Agosto de 2016a.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 01/02. XVII Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2002.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 01/03. XX Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2003a.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 01/05. XXIV Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2005b.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 01/14. XLII Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2014.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 01/15. XLIII Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2015a.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 02/00. XI Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2000a.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 02/03. XXI Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2003b.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 02/09. XXXIII Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2009.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 02/10. XXXV Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2010.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 02/11. XXXVII Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2011.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 02/12. XXXIX Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2012.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 02/15. XLIV Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2015b.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 11/ATA Nº 03/00. XII Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2000b.

MERCOSUL. MERCOSUL/SGT Nº 18/ATA Nº 01/16. I Reunión Ordinaria del Subgrupo de Trabajo Nº 18 “Integración Fronteriza”.2016b.

MERCOSUL/GMC/P.RES. Nº 01/16. Pautas de funcionamento e atribuições do subgrupo de trabalho sobre integração fronteiriça. 2016c.

MERCOSUL/GMC/RES. Nº 06/05. Pauta Negociadora do SGT Nº 11 “Saúde” (Revogação da Res. GMC Nº 21/01). 2005a.

MERCOSUL/GMC/RES. Nº 13/07. Pauta Negociadora do SGT Nº 11 “Saúde” (Revogação da Res. GMC Nº 06/05). 2007.

MERCOSUL/GMC/RES. Nº 21/01. Pauta Negociadora do SGT Nº 11 “Saúde” (Revogação da Resolução GMC Nº 4/98). 2001.

MIRANDA, J.A.A; CADEMARTORI, S.U. processos constituintes e novas condições do estado na america latina: uma identidade comum?. **Nomos**, v. 36, n. 1, 2016.

NETO, W.A.D; PENHA, B. As Regiões de fronteira como laboratório da integração regional no Mercosul. 2016.

SCHERMA, M.A; OLIVEIRA, J.P. **Integração na fronteira Brasil-Uruguaí na área da saúde: um panorama**. V Congreso Uruguayo de Ciencia Política: Qué ciencia política para qué democracia?. 2014.

TAJRA, J.L.F; MARTINS, M.D. O parlamento do Mercosul e a cidadania sul-americana. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 5, n. 2, 2014.

TRINDADE, AAM da. **Cooperação internacional em saúde no Mercosul: Argentina, Brasil e Uruguaí**. Tese de doutorado apresentada a Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2016.

UNASUL, Declaração Nº 3/2015 do Conselho de Saúde Sul-americano - Plano Operativo Anual ISAGS 2016. 2015.

UNASUL. Acordo entre os Ministros e Ministras de Saúde dos Estados Membros da UNASUL - estabelecimento do Conselho de Saúde Sul-americano. 2008.

UNASUL. Acordo nº 1/2009 do Conselho de Saúde Sul-americano - Estruturação CSS. 2009a.

UNASUL. Ata Comitê Coordenador Preparatória VII Reunião Conselho de Saúde Sul-americano 04 e 05 setembro 2012. 2012.

UNASUL. Informe da 1ª Reunião Ordinária do Grupo Técnico de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde Universais. 2013.

UNASUL. Plano Quinquenal 2010-2015 - Conselho de Saúde Sul-americano. 2010.

UNASUL. Relatório do 1º Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde. 2011.

UNASUL. Resolução nº 8/2009 da Reunião do Conselho de Saúde Sul-Americano - Constituição do Grupo Técnico de Sistemas de Saúde Universais (SUS). 2009b.

UNASUL. União de Nações Sul-Americanas. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/integracao-regional/688-uniao-de-nacoes-sul-almericanas>. Acessado em Julho de 2016.

9. ARTIGO 3

INTEGRAÇÃO EM CIDADES GÊMEAS DO PARANÁ NO ÂMBITO DA SAÚDE

RESUMO

Pesquisa de campo que objetivou identificar os determinantes no deslocamento de estrangeiros nas fronteiras, as iniciativas de integração e os entraves existentes para a sua efetivação, em quatro cidades gêmeas do Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade com informantes chaves, utilizando-se da análise temática de conteúdo para o tratamento dos mesmos. Os resultados mostram que as assimetrias de

estrutura, recursos, oferta e qualidade da rede de atenção à saúde são determinantes para as circulações transfronteiriças; as experiências de integração se limitam basicamente a ações emergenciais de vigilância em saúde; constituição de grupos de trabalho com pouca resolutividade, dependentes de iniciativas pessoais, não institucionalizadas; o subfinanciamento público é fator de restrição do acesso aos serviços de saúde. Destaca-se o protagonismo do gestor municipal nas regiões de fronteira e a necessidade de seu reconhecimento como ator político internacional.

Descritores: Áreas de Fronteira, Saúde na fronteira, Financiamento da Assistência à Saúde, Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Field research aimed at identifying the determinants of the movement of foreigners at borders, integration initiatives and obstacles to their implementation in four twin cities of Paraná. Data were collected through in-depth interviews with key informants, using the thematic content analysis to treat them. The results show that the asymmetries of structure, resources, supply and quality of the health care network are determinant for cross-border flows; integration experiences are basically confined to emergency health surveillance actions; establishment of work groups with little resolving, dependent on personal, non-institutionalized initiatives; public underfunding is a constraint on access to health services. It emphasizes the importance of the municipal manager in the frontier regions and the need to be recognized as an international political actor.

Descriptor: *Border Areas; Health at the border; Helthcare Financing; Health Services Accessibility.*

INTRODUÇÃO

A integração regional entre os Estados é uma consequência da globalização econômica, tecnológica e cultural. O impulso inicial dessa construção foi condicionado pela hegemonia do receituário neoliberal, nesse sentido, predominou uma lógica econômico-comercial, que se mostrou ineficaz ao longo do tempo. A nova perspectiva das políticas integrativas apoia-se em parâmetros valorativos éticos e morais, representados pela defesa da equidade e da universalidade de direitos, para enfrentar as desigualdades consequentes do desenvolvimento (SILVA; JOHNSON; ARCE, 2016). A integração deve ultrapassar a ideia de mercado: integrar é cooperar solidariamente para o progresso e melhoramento das condições de vida. Não significa menosprezar nacionalidades, nem intervir nos assuntos soberanos dos Estados, mas um caminho importante para garantir o desenvolvimento, e ao mesmo tempo, assegurar a diversidade cultural (CUNHA, 2012).

O Brasil compartilha fronteiras com 10 países da América do Sul, onde estão sediados 588 municípios, distribuídos em 11 estados. No estado do Paraná existem 139 municípios dentro da faixa de fronteira (CAMPOS, 2017). Mesmo sem o apoio institucional do Estado, as cidades de fronteira realizam há décadas a prática cotidiana da integração fronteiriça como

instrumento fático de existência, ou mesmo de sobrevivência. Essa integração informal (base) precede à integração formal (vértice), que é quando os Estados nacionais respondem as demandas e reconhecem os processos transfronteiriços (BENTO, 2015).

A paradiplomacia, conceito utilizado nas relações internacionais, para explicar essa atuação dos entes subnacionais, assume um papel de relevância para a 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).

A transfronteirização é um processo social que promove o aproveitamento e valorização de uma fronteira. No âmbito desses processos, os habitantes transcendem a fronteira e a incorporam como um recurso em suas estratégias de vida, de várias maneiras (CARNEIRO, 2016). Entre as cidades fronteiriças brasileiras, 31 são cidades gêmeas, que se caracterizam por possuírem alta interação econômica e cultura, esses locais enfrentam uma dualidade, são espaços de controle e integração, um espaço-laboratório, pois as circulações transfronteiriças decorrem fundamentalmente de relações de trabalho, estudo, consumo e acesso aos serviços públicos, sendo os principais a saúde e a educação (BENTO, 2015; ALBUQUERQUE, 2015). A busca pela efetivação de direitos nessas cidades faz com que seja ampliada a cidadania para além do conceito de nacionalidade (MOURA; CARDOSO, 2013).

Os princípios da integralidade e da universalidade de acesso do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro são apontados como motivos de deslocamento de estrangeiros, para o Brasil, em regiões de fronteira (OLIVEIRA; SOUZA, 2014). O direito à saúde nessas regiões apresenta uma instabilidade que depende da postura ética e política dos sujeitos envolvidos com seu alcance, garantia e fruição (NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015). Os esforços de cooperação entre os países deveriam ser no sentido de garantir o acesso a serviços públicos dos transfronteiriços e auxiliar os gestores municipais na elaboração de estratégias visando à integração dessas regiões e a melhoria da qualidade de vida dessas populações.

O presente estudo objetivou identificar os determinantes no deslocamento de estrangeiros nas fronteiras, as iniciativas de integração e os entraves existentes para a sua efetivação, em quatro cidades gêmeas do Paraná: Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa descritiva, analítica e de campo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com informantes-chaves. Participaram do estudo treze profissionais de ambos os sexos que atuam ou atuaram em cargos de gestão nos serviços de saúde pública sendo quatro de Foz do Iguaçu, três de Barracão, três de Guaíra e três de Santo Antônio do Sudoeste, dos entrevistados oito era do sexo feminino e cinco do masculino. Para o fechamento amostral, observou-se a saturação de informações, considerando também os objetivos e o período para a realização da pesquisa (MINAYO, 2017).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra em programa de edição de textos e analisadas segundo a análise de conteúdo do tipo temática, que se organiza em torno de três fases: pré-análise, exploração e interpretação dos dados (BARDIN, 2011). As entrevistas forneceram informações sobre experiências de integração, bem como o ponto de vista dos informantes sobre o direito à saúde e os mecanismos que podem ampliar ou restringir o acesso do transfronteiriço.

Na exploração do material, emergiram as seguintes categorias temáticas: (1) As diferenças dos sistemas de saúde como fator de deslocamento entre as fronteiras; (2) A organização politico-administrativa como barreira para a integração local; (3) A vigilância em saúde: um desafio para a gestão na fronteira; (4) Do direito do cidadão ao direito humano à saúde; (5) A integração em cidades gêmeas do Paraná. Buscou-se identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, procurando compreender a lógica interna por meio de um diálogo com a literatura que aborda a temática.

A pesquisa obteve parecer favorável do comitê de ética em pesquisa com seres humanos sob parecer nº 1.741.583. Para assegurar o sigilo, as falas dos participantes foram identificadas através da letra P, seguida de um número inteiro: P1, P2... P13.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. As diferenças dos sistemas de saúde como fator de deslocamento entre as fronteiras

Apesar da existência de grande interação nas cidades gêmeas, elas não são homogêneas, possuem níveis de desenvolvimento distintos, cuja heterogeneidade é decisiva no deslocamento de pessoas entre as fronteiras, visando o acesso a serviços públicos, entre eles os serviços de saúde. Os fluxos são influenciados pela oferta, acesso, resolutividade e qualidade. A melhor estrutura do sistema de saúde brasileiro em relação ao sistema paraguaio, e mesmo argentino, é considerado um fator determinante no direcionamento de estrangeiros ao Brasil:

Apesar de todas as dificuldades nós temos o serviço mais estabelecido na região [...]eles não tem saúde pública no patamar que nós temos [...] é claro para mim quanto mais você melhora, mais aumenta a demanda (P12).

Entretanto, há o reconhecimento que o fluxo pode ser em direção a outro país, em especial a Argentina: *“a medida que ia melhorando o atendimento, a demanda de lá também aumentava muito” (P4).*

No Brasil, com a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito social, com base nos princípios da universalidade, integralidade e igualdade e em um conceito ampliado de saúde/doença, que ao considerar os determinantes sociais da saúde deve oferecer ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em diferentes níveis de atenção, caracterizando um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 1988).

O modelo proposto tem como orientação o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção e porta de entrada para o sistema de saúde. Com isso observou-se, ao longo do tempo, um crescimento da oferta de serviços de APS. Por exemplo, nos últimos dez anos, o número de equipes de saúde da família, principal estratégia para mudança do modelo de atenção, saiu de 24.173 (cobrindo 41,70% da população) para 41.756 equipes (cobertura de 62,84%). Se consideradas as outras modalidades de atenção a cobertura atinge 74,44% da população brasileira (BRASIL, 2017). A ampliação de rede de atenção básica e o caráter universal foram decisivos para a melhoria do acesso ao sistema público de saúde no Brasil.

Azevedo (2015) e Cazola *et al.* (2011) também apontam as diferenças entre os sistemas de saúde como determinante para o deslocamento de estrangeiros para usufruir dos serviços de saúde no Brasil. Segundo Atun *et al.* (2015), em estudo que trata da reformas de saúde nos países latino-americanos, afirmam que com exceção do Brasil, Cuba e Costa Rica, a cobertura universal tem como grande obstáculo o financiamento dos sistemas de saúde e ainda possuem pontos fracos como a fragmentação da organização, a segmentação do financiamento e um setor privado mal regulado, que afeta principalmente a qualidade dos serviços, sendo um desafio para o desenvolvimento de sistemas de saúde equitativos e eficientes.

Em termos constitucionais, o Brasil e o Paraguai garantem a universalidade de proteção à saúde como dever do Estado, já na Argentina não consta explicitamente na constituição, parte da adesão à acordos internacionais vinculados aos direitos humanos. Tanto na Argentina quanto no Paraguai observa-se a manutenção do sistema de seguro social com

base no emprego, que interferem no acesso à saúde da população (NOGUEIRA *et al.*, 2015; ATUN *et al.*, 2015). O que reforça ainda mais o fluxo dirigido ao Brasil para garantir a efetivação do direito a saúde.

2. A organização político-administrativa como barreira para a integração local

O Brasil, desde a primeira constituição republicana, em 1891, adotou a forma de Estado federativo, que busca conciliar a diversidade e autonomia de cada ente político da federação (União, estados, municípios e Distrito Federal) com a unidade nacional indissolúvel. A federação se constitui na organização política, com diferentes entes no mesmo espaço territorial, compartilhando poder e repartindo competência. A União é soberana para o Direito Internacional, já os membros (estados federados) são autônomos para o Direito Interno (PRINCÍPIO..., 2017). Com base no princípio federativo, a representação do País se dá através da União, sendo competência privativa do Presidente da República “Celebrar tratados, convenções e atos internacionais, sujeitos a referendo do Congresso Nacional” (BRASIL, 1988).

A Argentina também é federalista composta por 23 províncias e uma cidade autônoma, Buenos Aires, a saúde é competência provincial, havendo grande autonomia dos municípios o que gera uma assimetrias na oferta de serviços entre províncias. O Paraguai possui um território dividido em 16 departamentos mais o Distrito Federal, a gestão do sistema público esta centralizada sob responsabilidade do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social. Nos dois países, problemas com a gestão e redes fragmentadas, limitam a coordenação e a integração funcional dos sistemas de saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Com os processos crescentes de globalização e regionalização, os entes subnacionais (estados e municípios no Brasil), tem ganhado protagonismo no cenário externo, por meio de contatos formais e informais, “em algumas circunstâncias ultrapassando - sem rompê-los abertamente – os limites aos quais cada entidade subnacional está constitucionalmente vinculada” (VIGEVANI, 2006, p. 131).

Tais processos em curso tem provocado, questionamentos às limitações do atual direito internacional em relação a estados e municípios, com argumentos jurídicos em defesa de que esses entes podem ser considerados atores internacionais legítimos (RODRIGUES, s.d.; SANTOS, s.d.)

A descentralização, uma das diretrizes organizativas do SUS, favoreceu a transferência, para a esfera municipal, de competências e responsabilidades na oferta de serviços de saúde, sobretudo os de APS. Os outros níveis de atenção, embora não sejam de

responsabilidade exclusiva da gestão municipal, no limite devem ser assegurados, também, por este nível de gestão, uma vez que junto com a descentralização, definiu-se que haveria “direção única em cada esfera de governo”.

A direção única em cada esfera de governo tinha como pressuposto, de um lado, impedir a pluralidade de entes governamentais, mantendo, de forma isolada, serviços em um mesmo território político-administrativo, sem inseri-los numa rede de referências e, de outro, coibir que numa mesma esfera de governo diversos órgãos ou setores pudessem cuidar da saúde (SANTOS, 2012, p. 01).

Assim, no âmbito do município, a secretaria de saúde ou órgão equivalente é o responsável pela gestão do SUS (inciso I do artigo 198 da Constituição Federal). Com isso o ente federativo possui poderes para conduzir, local e politicamente, seu sistema, respeitando os arranjos administrativo-operativos dos serviços de outros entes federativos com sede no território municipal que devem integrar a rede de serviços (SANTOS, 2012).

Isso, no entanto, dado o arranjo federativo e o direito internacional vigente, não permite que o município tenha autonomia para estabelecer acordos, convênios ou protocolos internacionais, sendo um aspecto dificultador para a implementação de ações conjuntas com municípios de países vizinhos. *“Existem 03 governos ,03 países, 03 legislações diferentes, e quando se trata então do pacto federativo, nós temos município, estado e governo federal, no Paraguai e na Argentina não tem essa estrutura” (P3).*

A diferença nas competências dos entes nacionais e subnacionais é apontada como fator que dificulta, quando não impede, a realização de acordos locais e processos de integração de ações no campo da saúde, apesar do reconhecimento da existência de problemas comuns.

Começamos a discutir o calendário vacinal para serem parecidos, só que a gente esbarrou na burocracia, porque no Paraguai era centralizado no nível federal, e nós não, o município tem autonomia de realizar as ações, daí a gente viu a discrepância do momento que a gente está vivendo. Nós estamos num momento e eles em outro o que dificulta muito o trabalho que acaba não evoluindo. A gente tem muita dificuldade de fazer as ações iguais porque cada um vive um modelo de assistência à saúde (P1).

A realidade e as especificidades dos municípios de fronteira exigem um olhar diferenciado dos entes nacionais, ações mais efetivas de apoio e a construção de instrumentos que facilitem a execução de ações integradas de proteção à saúde.

3. A vigilância em saúde: um desafio para a gestão na fronteira

As cidades gêmeas são espaços territoriais⁴ que, do ponto de vista epidemiológico, compõem um território sanitário único, compartilham os mesmos problemas e possuem dinâmicas semelhantes nos processos de adoecimento, sobretudo os transmitidos por vetores e/ou decorrentes de determinantes sócio ambientais, daí a importância de ações de vigilância em saúde compartilhadas, sobretudo as de caráter preventivo.

Para região de tríplice fronteira nós entendemos que há uma realidade epidemiológica única [...] a primeira coisa é entender o território sanitário como um território sanitário único, e que nós possamos olhar para esse espaço territorial, e entender as dinâmicas dos processos de saúde doença (P3).

A vigilância em saúde, dentre outros, compreende a coleta, consolidação, análise e divulgação de dados sobre eventos de saúde, necessário para o planejamento de medidas de proteção à saúde, tais como: promoção, prevenção e controle de riscos (ARREAZA; MORAES, 2010).

Em territórios contíguos, como os de cidades gêmeas, é fundamental o compartilhamento de dados e informações e o planejamento articulado de ações de vigilância em saúde, uma vez que o vetor não respeita os limites territoriais políticos-administrativos e o fluxo de transfronteiriços é intenso. Isso faz com que, nesses municípios, o perfil de morbimortalidade seja distinto, com doenças específicas (P5), como os casos de raiva humana “*teve no Paraguai, acabou em casos de óbitos aqui no Brasil, então, não dá para olhar isoladamente*” (P4).

Da mesma forma indicadores de saúde são alterados negativamente em virtude do atendimento ao transfronteiriço (P9) em especial os índices de mortalidade materna e infantil, uma vez que as gestantes não realizam o acompanhamento no pré-natal e atravessem a fronteira para realizar o parto. Isso tem mobilizado o gestor municipal melhorando o acesso dessa população aos serviços de saúde brasileiros.

Foi criado uma unidade de saúde para atender gestantes porque elas vinham aqui só para ter o filho, e daí a gente tinham altos índices de problemas do recém-nascido ou da mãe (P1).

Com a mesma preocupação, observa-se o livre acesso ao esquema básico de vacinação infantil, aparentemente, em ambos os lados da fronteira. “*A gente vacina quando eles vêm,*

4 A territorialidade pode ser definida como o próprio conteúdo do território, suas relações sociais cotidianas que dão sentido, valor e função aos objetos espaciais, associados aos diferentes tipos de usos do território (FUINI, 2014).

insiste, faz questão da vacina [...] como a gente tem esse entendimento de vacinar os deles, a gente sabe que eles também vacinam lá. A vacina é para todos” (P7).

Pesquisa realizada para avaliar indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira, mostrou resultados satisfatórios (CERRONI; CARMO, 2015). Por outro lado, Cazola *et al.* (2011), mostram que coberturas da vacinação superiores a 100% em municípios de fronteira ocorre face ao atendimento ao estrangeiro, mascarando a cobertura efetiva da população residente.

Iniciativas e ações pontuais são relatadas pelos informantes, com destaque para situações emergenciais como em casos de surtos e epidemias.

Teve, por exemplo, um surto de malária, então o Brasil ofereceu medicamentos pra eles através da regional de saúde que entrou em contato com o nível federal e receberam medicamentos. Num outro momento eles estavam com uma surto de raiva canina então, foi também vacinas do Brasil para eles (P1).

Foram traçadas estratégias de enfretamento inclusive com cedência não vou precisar o ano que nós emprestamos as nossas equipes, material para borrifar...nós estávamos sendo extremamente bondosos, não! nós estávamos evitando que viesse mais doença pra cá (P5).

Apesar dessas experiências de integração, a inexistência de mecanismos de troca de informações entre as cidades de fronteira, principalmente sobre aspectos sanitários e epidemiológicos fragiliza a qualidade da atenção à saúde, em ambos os lados fronteiriços (NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015).

O conceito de saúde global traz a ideia de que a saúde deve ser sustentada por um esforço coletivo internacional, de forma cooperativa. Em relação às políticas de saúde globais, existe uma demanda de reorganização dos países no que concerne a governança em saúde, que responda de forma satisfatória aos novos desafios relacionados à efetivação dos direitos humanos na saúde, ultrapassando o simples combate de epidemias e pandemias para uma assistência à saúde integral com aumento do bem estar a todos os cidadãos (SAMPAIO; VENTURA, 2016).

A agenda da saúde global ainda é predominantemente reativa: responde a crises e emergências, e acabam por se pautar por uma atuação superficial e de curto prazo, negligenciando questões macroestruturais dos processos de saúde-doença e o problema da determinação social das doenças, privilegiando fortemente uma perspectiva puramente tecnológica e biomédica (NUNES; PIMENTA, 2016).

4. Do direito do cidadão ao direito humano à saúde

A legislação brasileira, no campo da saúde, assegura à todos os brasileiros acesso universal e gratuito em todos os níveis do sistema e, ao estrangeiro, atendimento nos casos de urgência e emergência. O fronteiriço pertence a uma territorialidade que não é nacional, mas tampouco internacional, compõe uma cidadania específica e um território com dinâmica e modos de vida próprios.

A multiterritorialidade é a forma moderna de reterritorialização, um grupo social coeso constrói seus (multi)territórios integrando suas experiências culturais, econômicas, políticas em relação ao espaço, com sobreposições e/ou combinações de territórios (HAESBAERT, 2014).

A ampliação do conceito de cidadania, bem como a ideia de uma territorialidade própria da fronteira, está parcialmente incorporada no âmbito da oferta e acesso aos serviços públicos de saúde nas cidades gêmeas do Paraná. Municípios menores, com 100% de cobertura de APS, apresentam maior sensibilidade e se mostram mais solidários com o fronteiriço. Talvez, porque este nível de assistência, em princípio, demanda menos recursos financeiros.

A atenção básica é mais fácil de ser ofertada. Aqui no município a gente tem um fortalecimento bom da AB, o problema se dá quando precisa de uma complexidade maior que foge da esfera do município, como no tratamento de uma doença crônica, o paciente vai usar outras esferas de complexidade, isso é um problema maior (P10).

Por outro lado, municípios maiores, tem utilizado de mecanismos como a territorialização, a definição de áreas cobertas por Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o próprio cartão SUS como mecanismos de restrição do acesso de transfronteiriços, mesmo na atenção básica. “A única população que a gente atende aqui que não deixa de atender não questiona de onde é, é urgência e emergência e vacina” (P13).

Na prática, a territorialização da saúde foi reduzida à apropriação do espaço pelo serviço, tendo em vista uma oferta padronizada e regulada pelos recursos. O risco, nesse caso, é uma apropriação-imposição, expressa numa prática burocrática, condicionada temporalmente e relativamente alheia ao território (FARIA, 2013).

O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e os instrumentos normativos pós pacto, reforçam a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, sendo estruturado em regiões sanitárias. É fundamental perguntar se a apropriação do território pelos

serviços de saúde ou a “criação” de limites territoriais, como é realizada atualmente é uma prática adequada aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (FARIA, 2016). Isso porque, a restrição do acesso não se limita ao fronteiroço, mas a qualquer pessoa não residente no município.

A procura pelos serviços de saúde já com casos avançados, agudizados, que requerem procedimentos mais complexos, a pouca oferta de serviços especializados na região de saúde, o aumento da demanda que isso gera nos serviços próprios e os altos custos desses atendimentos são os principais argumentos para a restrição do acesso ao fronteiroço nos serviços de saúde dos municípios (P5, P7, P11, P12).

Nogueira, Fagundes e Agustini (2015), identificaram que a falta de acompanhamento e continuidade do atendimento em seu país de origem, tem como consequência o retorno do fronteiroço com quadros mórbidos agravados, aumentando a dificuldade já existente de referenciar para os outros níveis do sistema. A decisão sobre o atendimento ou não, se dá a partir da compreensão dos profissionais acerca do direito à saúde.

A falta de continuidade no atendimento ao estrangeiro, a dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade, a migração em decorrência da gratuidade do serviço público brasileiro, a ausência da quantificação da demanda, e a omissão da União no reconhecimento dos processos transfronteiriços foram similaridades encontradas por Ferreira, Braticevic e Mariani (2015).

A impossibilidade de incluir/cadastrar o estrangeiro, sem comprovação de residência no território, nos sistemas de informação do SUS, acabou criando uma cultura de fraudar os dados de origem, utilizando de endereços falsos ou mesmo alugando casas no lado brasileiro para poder usufruir do SUS. (P2, P6, P9). Salienta-se que os dados de cadastro de usuários desses sistemas são utilizados, também, para a definição do repasse de recursos da esfera federal para a municipal. *“A gente não consegue registrar um cartão SUS com endereço diferente [...] há dificuldade de você colocar isso no sistema para efetivamente quantificar a demanda” (P2).*

Azevedo (2015) e Cazola *et al.* (2011) também identificaram que o transfronteiroço oculta informações sobre seu país de residência, garantindo o atendimento por meio de comprovantes de endereço de parentes e/ou amigos.

O fato de o Brasil ser signatário da carta dos direitos humanos e a saúde ser classificada como direito humano universal, parece não ser suficiente para atender as necessidades específicas dos imigrantes residentes e nem os que se encontram em trânsito ou em fronteira. É necessária a busca constante de novas formas de atuação, criação de ações, estratégias e políticas que prevejam a igualdade, a não discriminação e reforcem o

cumprimento do direito humano à saúde. E ainda, que os profissionais sejam devidamente instrumentalizados e preparados para atuar nessa condição (GUERRA; VENTURA, 2017).

5. A integração em cidades gêmeas do Paraná

A localização geográfica das cidades gêmeas, em geral distantes dos centros econômicos, políticos e de prestação de serviços existentes no país, é um traço comum dos municípios fronteiriços, caracterizando um modo de vida próprio de seus cidadãos. Essa forma de viver, na “aba” do território nacional, submetido a um padrão homogêneo de intervenção que desconsidera as especificidades do contexto da fronteira, tem levado equipes técnicas e gestores municipais a desempenharem um protagonismo ainda pouco conhecido e muitas vezes desconsiderado pelos centros decisórios do poder. Tal protagonismo, no campo da saúde, se configura em iniciativas pessoais de integração que não têm continuidade pela rotatividade de cargos nas estruturas técnicas e de gestão e pela falta de institucionalização das práticas bem sucedidas (P2, P5, P7).

Grupos técnicos de discussão, como os Comitês de Fronteira, são reconhecidos como iniciativas que melhoram a comunicação, apesar da falta de continuidade em decorrência da rotatividade dos representantes, da pouca resolutividade diante da falta de autonomia decisória e do não reconhecimento pela diplomacia nacional.

O Itamarati nunca reconheceu, entendeu. Tem que haver uma gestão maior para o Itamarati reconhecer [...] as decisões morrem ali no comitê só ficamos nós discutindo. Se tivesse algo que reflita em questões internacionais teria que passar pela validação de outras instâncias (P12).

Abreu (2013) relata que existe uma dupla circunstância em que o Estado é ao mesmo tempo resistente e tolerante com o exercício não institucionalizado da paradiplomacia. Há o receio do país em institucionalizar a paradiplomacia por medo de perder a soberania, e tolera, na medida em que a percebe como fenômeno inevitável.

O grupo de trabalho mais citado foi o GT Itaipu Saúde, que por possuir financiamento próprio, se destaca por sua atuação duradoura, auxilia nas discussões e comunicação entre os atores envolvidos, apesar da pouca resolutividade.

O GT garante celeridade ao processo porque a grande questão é velocidade, então o único fórum que temos hoje é o GT Itaipu Saúde que permite a interlocução entre atores aqui na fronteira [...] ele é um

campo de discussão em que nós podemos entender a realidade dos outros, o GT não tem a responsabilidade de resolver os problemas (P3).

Os consórcios (incluindo municípios de países vizinhos), apesar de ganharem espaço e ser um formato de cooperação, também enfrentaram e enfrentam problemas decorrentes da mudança de gestão e de entraves burocráticos.

No consórcio são feitas reuniões periódicas, entre os gestores da saúde, isso é discutido, a questão dos fluxos, como nós atendemos, como vai ser o impacto dessa demanda no nosso sistema de saúde, é apontado sugestões, e medidas de superação desse problema, mas até agora nesse período que eu estou não visualizamos algo significativo (P6).

Apesar disso Angnes (2013) afirma que a formação de grupos, associações ou consórcios com a finalidade de promover o desenvolvimento regional, tornam as ações menos desgastantes, pois a união dos diversos parceiros na busca por soluções para problemas iguais propicia o empoderamento e os resultados passam a ser atingidos com maior agilidade e eficácia.

Dois programas com repasse de recursos, um federal - Sistema Integrado de Fronteiras (Sis Fronteira) – e outro estadual – Saúde do Viajante - foram mencionados como políticas que ajudaram a evidenciar a problemática da saúde em municípios fronteiriços. No entanto, a falta de continuidade e a rigidez dos programas verticais são apontadas como pontos negativos.

Nós recebemos um recurso para a Saúde do Viajante, por sermos município de fronteira. O estado do Paraná forneceu esse recurso, que colocamos no atendimento, desde a pessoa que sofreu um acidente e precisa de um raio-x até a parte do hospital. Esse recurso ajudou a pagar mensalmente, mas não sabemos se terá continuidade (P7).

Para o Sis-Fronteira era feito todo um questionamento sobre onde vivia, só que foi um programa que veio, teve uma verba, mas parou não teve continuação.

Com relação ao Sis Fronteiras os estudos mostram que apesar dos recursos serem utilizados em serviços, atendendo às necessidades do sistema municipal de saúde, a limitação do direito à saúde aos estrangeiros permaneceu (NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015).

O financiamento de ações e serviços de saúde emerge como um fator decisivo para a ampliação ou restrição do acesso a estrangeiros. Sugestões são apontadas, tais como, repasse extra por procedimento realizado a estrangeiro (P6); instituição de um Piso de Atenção Básica (PAB) específico para a população flutuante (P8); criação de um sistema de informação, com registro sobre o atendimento ao estrangeiro, não para discriminar, mas para que essas diferenças sejam reconhecidas e financiadas (P4); até a criação de estruturas transfronteiriças de gestão e financiamento as quais:

Seriam benéficas para a região do ponto de vista econômico, do ponto de vista da educação, do ponto de vista de desenvolvimento do setor [...] consórcios interestadual, mais ainda, consórcio internacional abrangendo essa região (P12).

Nogueira, Fagundes e Agustini (2015), já indicaram que a preocupação mais frequente dos secretários municipais de saúde de municípios fronteiriços está no estabelecimento de mecanismos de cooperação financeira entre os países.

A população flutuante que não aparece nos dados para repasses de recursos públicos federais brasileiros faz com que os gestores reivindiquem políticas públicas específicas para os municípios fronteiriços (ALBUQUERQUE, 2015).

Por fim, cabe ressaltar, que o direito internacional em vigor, constrange e limita as iniciativas locais: *“São necessárias autoridades maiores com poder de mudar as leis” (P1)*. Uma vez que *“o município não pode negociar com eles nesse patamar” (P4)*, dado que o *“nosso empoderamento é a nível municipal” (P12)*. Esse constrangimento se opera em todos os lados da fronteira: *“O secretário de saúde de lá não tem definição sobre a política local de saúde, nem a gente da política transnacional [...] e o Estado [união] é um pouco ausente nessas discussões” (P2)*.

No entanto, o não reconhecimento de seu próprio protagonismo parece ser uma barreira a ser transposta na consecução de processos de integração local.

Na verdade é uma parte que envolve outras esferas. Por nós, nós faríamos, só que quando a gente entra em outras esferas maiores, a gente não consegue conversar [...] necessitaríamos de esferas, acima de nós, estado e Ministério de Saúde para trabalhar essas questões (P7).

A centralização do poder de interlocução internacional no governo federal, a ausência de repasse de informações entre os entes federados e a exclusão dos municípios fronteiriços do diálogo, mesmo em temas que lhes são próprios, é uma realidade denunciada.

É bastante precária a comunicação oficial [...] ainda que os governos federais troquem informação, isso para o nível municipal não acontece na velocidade que se necessita [...] essa troca de informação de forma mais fluida menos burocratizada (P3).

A uniformização de modelos e sistemas parece ser o único caminho possível para superar os entraves burocráticos existentes “*nós precisávamos ter um sistema mais uniforme formalmente estabelecido pra conseguir conversar esses três países e estabelecer um fluxo de atendimento e de notificação da assistência para essas pessoas que estão nesse fluxo*” (P1).

Desconsidera-se, com isso, a riqueza da diversidade e da heterogeneidade das experiências dos outros países, no enfrentamento dos problemas de saúde e na organização de seus sistemas de proteção. Desconsidera-se, também, os processos históricos de cada país e a inexistência real de dois sistemas de saúde iguais no mundo. Subjetiva e objetivamente, o SUS é tido como o melhor sistema, a ser “copiado” pelos países vizinhos. Além disso, as formas de organização dos Estados-nacionais, federativa ou unitária, são aspectos que podem favorecer ou dificultar a integração das cidades gêmeas, devendo ser conhecidos pelos gestores locais, o que certamente contribui para um melhor diálogo e respeito as diferenças. Assim, para os municípios fronteiriços, parece urgente outra interpretação do direito internacional, que favoreça a ação local e legitime o protagonismo do gestor municipal como ator político internacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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. O subfinanciamento é fator limitador do acesso e as ações de integração ocorrem em situações emergenciais, sobretudo relacionadas à vigilância em saúde.

Os programas Sistema Integrado de Fronteiras, do governo federal e Saúde do Viajante, do governo estadual, foram iniciativas importantes, mas pontuais, de repasse de recursos, contribuindo, também, para dar maior visibilidade ao problema da saúde em região de fronteira. A falta de autonomia e empoderamento municipal para propor mudanças políticas, e principalmente as assimetrias do sistema públicos de saúde de cada Estado nação

foram apontadas como entraves importantes para a integração no campo da saúde. Consta-se que nas cidades gêmeas a integração econômica é completa, os processos de transfronteirização que respondem a preceitos neoliberais, como o consumo de serviços privados, são legitimados e por vezes incentivados, mas na esfera social, como no caso da procura de serviços públicos de saúde, a integração não avança na mesma proporção e celeridade que se necessita.

O fomento do pensamento integrador, a ideia de cidadania regional e o reconhecimento do protagonismo do gestor municipal podem contribuir para o surgimento de projetos binacionais ou multinacionais que garantam a fruição de direitos humanos nas regiões de fronteira.

REFERÊNCIAS

ABREU, G.S. Efeitos político-jurídicos da não institucionalizada paradiplomacia no Brasil. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 3, n. 2, 2013.

ALBUQUERQUE, J.L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **Revista TOMO**, 2015.

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.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

ATUN, R; ANDRADE, L.O.M; ALMEIDA, G.; COTLEAR, D.; DMYTRACZENKO, T.; FRENZ, P.; PAULA, J.B. *La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina*. **MEDICC Review**, v. 17, n. S1, p. 21-39, 2015.

AZEVEDO, S.T. **A Transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo lago de Itaipu**. 2015. 145 f. (Dissertação de mestrado em Geografia) Universidade Estadual do Paraná. Marechal Cândido Rondon, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª. Lisboa: Edições, v. 70, 2011.

BENTO, Fábio Régio. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional Sul-Americana. **Conjuntura Austral**, v. 6, n. 27-28, p. 40-53, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessado em: setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-gestor. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acessado em: Setembro de 2017.

CARNEIRO, P.C. **Fronteiras irmãs: transfronteirizações na Bacia do Prata**. Editora Ideograf, Porto Alegre, p.273, 2016.

CAZOLA, L.H.D.O; PÍCOLI, R.P; TAMAKI, E.M; PONTES, E.R.J.C; AJALLA, M.E. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamerica Salud Publica**, v. 29, n.3, 2011.

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.

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: justiça à cidadania e ao meio ambiente**. Editora Juruá, Curitiba, p.290, 2012.

FARIA, R.M. A Territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia*, Uberlândia, v. 6, n. 16, p. 131-47, 2013.

FARIA, R.M. Território e Saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise**, v. 38, p. 291-320, 2016.

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 Soc**, p. 1137-1150, 2015.

FUINI, L.L. Território, territorialização e territorialidade: o uso da música para a compreensão de conceitos geográficos. **Terr@ Plural**, v. 8, n. 1, p. 225-249, 2014.

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.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, 2017.

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

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. Amostragem e saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, 2017.

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

NOGUEIRA, VMR; FAGUNDES, HS; AGUSTINI, J. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, nº 9, p. 64-85, 2015.

NOGUEIRA, V.M.R *et al.* Políticas de Saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade?. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 145-156, 2015.

NUNES, J; PIMENTA, D. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 21-46, 2016.

OLIVEIRA, A.R.F; SOUZA, R.C.M. As cidades fronteiriças na América do Sul: polêmicas e conflitos com o centro oeste brasileiro. **Revista Tamoios**, v. 10, n. 1, 2014.

Princípio Federativo. Origem, conceito, características, evolução e finalidades. Março de 2017. Disponível em: <https://castro96.jusbrasil.com.br/artigos/442312137/principio-federativo>. Acessado em: setembro de 2017.

RODRIGUES, J.R.A.F. O Município e o Direito Internacional no mundo globalizado. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/03_%20O%20Município%20e%20o%20Direito%20Internacional.pdf. Acessado em: setembro de 2017.

SAMPAIO, J.R.C.; VENTURA, M. A emergência do conceito saúde global: perspectivas para o campo da saúde coletiva. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 4, p. 145-155, 2016.

SANTOS, C.M.F. Capacidade jurídica internacional dos municípios. https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciasSociais/Dissertacoes/santos_cmf_me_mar.pdf. Acessado em: setembro de 2017.

SANTOS, L. A direção única em cada esfera de governo: a melhor hermenêutica. 28 de agosto de 2012. blog direito sanitário: cidadania e saúde. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/08/28/a-direcao-unica-em-cada-esfera-de-governo-a-melhor-hermeneutica>. Acessado em: setembro de 2017.

SILVA, M.A; JOHNSON, G.A; ARCE, A.M. O Mercosul em seu labirinto: desafios da integração regional. **Revista de Geopolítica**, v. 4, n. 1, p. 52-64, 2016.

VIGEVANI, T. Problemas para a atividade internacional das unidades subnacionais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 62, 2006.

10. 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, sua institucionalização ainda é incipiente. A efetiva integração em saúde nas cidades gêmeas pressupõe políticas articuladas internacionalmente para o desenvolvimento social e para a superação das assimetrias legislativas. A omissão de iniciativas nacionais e binacionais faz com que a população transfronteiriça enfrente discriminações, gere uma dualidade de cidadãos, tornando o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde instável. Por vezes os gestores relatam gerir essas discussões de forma solitária, sem que haja uma atuação a nível nacional sobre essas questões, principalmente aquelas de ordem prática, encontradas no cotidiano das cidades gêmeas.

O mais preocupante é a outorga ao profissional de saúde, a atribuição da seletividade do acesso ao sistema público de saúde em relação aos não nacionais. A falta de clareza com relação ao acesso e a descontinuidade de tratamentos contrariam diretrizes presentes no SUS, fundamentais para efetivação do direito a saúde, a integralidade e a universalidade. O projeto proposto de mudança da lei de migração brasileiro, que substituiria o Estatuto do Estrangeiro, se aprovada nos termos que se encontra, poderá ser uma mudança importante na ampliação do acesso dos transfronteiriços a serviços públicos e a fruição de direitos sociais no país, e quiçá motivar a institucionalização a níveis internacionais dos direitos sociais nos países da América do Sul, que poderiam ser articulados com apoio da Unasul e do Mercosul.

As novas políticas do SUS, a regionalização e a organização das redes de atenção, em busca da integralidade e equidade é um desafio, visto que por vezes o cerne de discussão político-social, inerentes no momento da proposição é menosprezado, e na prática se limitam apenas a questões burocráticas e administrativas. No estudo, observamos que as recentes mudanças políticas no SUS mesmo prevendo questões de fronteira, como no caso do pacto de gestão, não ampliaram a discussão sobre o acesso do transfronteiriço a saúde pública. 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 maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde.

Pelo estudo de campo, verificou-se que os programas que visam contribuir com os processos de transfronteirização na saúde, evoluíram, o programa nacional Sis-Fronteira, é tido como um marco importante de reconhecimento por parte do governo federal, propôs um diagnóstico quali-quantitativo desse processo, que até hoje não foi alcançado, em virtude da

própria dinâmica desse fenômeno social e da ilegalidade culturalmente a ele atribuído. Na maioria das cidades do estudo o investimento se refletiu em construção de unidades de saúde. Já o programa estadual Saúde do Viajante, apesar de não ter sido idealizado para suprir as demandas dos transfronteiriços, foi inovador nas cidades gêmeas, pois os recursos disponibilizados propiciaram a manutenção de serviços existentes e melhoraram o acesso aos serviços públicos de saúde que são utilizados cotidianamente pelos transfronteiriços. Cabe ressaltar que os dois programas foram unilaterais e hierarquizados verticalmente, não havendo espaço de discussão compartilhada entre a gestão das cidades gêmeas, tanto na proposição como no financiamento. Outra falha decorre da falta de continuidade e avaliações desses programas.

A satisfação encontrada na pesquisa com o programa Saúde do Viajante pode ser atribuída por responder ao anseio dos gestores de saúde nesses municípios, que atribuem a falta de recursos financeiros, para atividades de custeio, como empecilho para o acesso do transfronteiriço. Contudo, além do aspecto financeiro, que é evidentemente necessário, falta discussão política e a disseminação do pensamento efetivamente integrador, visto a interdependência desses territórios. O fomento desse pensamento integrador pode motivar o surgimento de políticas multinacionais que melhorem a fruição de direitos sociais pelos transfronteiriços.

Na análise dos documentos, do Mercosul e da Unasul, observamos as diferenças entre os objetivos e os preceitos que fomentam cada uma das instituições. Com a criação da Unasul observa-se que o diálogo e a negociações entre os países atingiram um maior grau de cumplicidade e solidariedade. A institucionalização recente do subgrupo Integração Fronteira no Mercosul, levanta a expectativa de que a população transfronteiriça e os processos transfronteiriços sejam discutidos e representados em outro patamar.

Apesar das duas instituições não possuírem políticas específicas que abordem o direito à saúde em regiões fronteiriças, os processos de integração regional podem ter início por meio do comércio e da economia, mas, devem avançar na questão social. As fronteiras, pelo analisado há mais de duas décadas são alvo de discussões em diversos grupos técnicos, principalmente ligados ao controle e vigilância em saúde, suscitando a expectativa da melhoria da integração nos municípios fronteiriços, por meio da legitimação dos processos de transfronteirização. Todavia, na prática pouco se avançou, não se verifica propostas de mudanças nos dispositivos legais, nem a outorga de autonomia para os gestores locais. É notório o momento de ameaça à Unasul, diante das mudanças políticas que os países sul-americanos estão enfrentando, e ainda irão enfrentar. A prática da cidadania latino-americana plena universaliza os direitos, e permite conquistas sociais importantes frente ao opressor e

explorador capitalismo econômico. Cabe também, aos cidadãos sul-americanos, o desafio de reconhecer-se como parte integrante desses organismos e lutarem pela manutenção e ampliação dos direitos sociais nesses países.

Constatou-se ainda que, as iniciativas de integrações oficiais nas cidades gêmeas do Paraná, ainda estão centradas na perspectiva emergencial, relacionadas à vigilância sanitária e epidemiológica em saúde. Identificou-se que o serviço de vacinação é o único ofertado nas cidades gêmeas do estudo, sem restrições. A falta de autonomia e empoderamento municipal para propor mudanças políticas, e principalmente as assimetrias dos sistemas e de estruturas foram apontadas como entraves importantes na integração na saúde pública nas cidades gêmeas.

Os achados da pesquisa, mesmo com a dinâmica inerente a eles, foram identificados também por outros estudos, principalmente após a implantação do Sis Fronteira, mas o fato é que persistem as discriminações e os obstáculos na efetivação de direitos a população transfronteiriça. Os transfronteiriços desorganizam os conceitos de nacionalidade, cidadania e soberania, principalmente quando relacionados a efetivação de direitos sociais. Emerge a necessidade de discussões de políticas públicas nos países sul-americanos que garantam direitos sociais universais, a criação de cidadanias regionais que retratem a realidade vivenciada por essa população.

11. REFERÊNCIAS

ABRÃO, J.A.A. Concepções de espaço geográfico e território. **Sociedade e Território**, v. 22, n. 1, p. 46-64, 2010.

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.

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.

_____. Migrações internacionais: legislações, estados e atores sociais. **38º Encontro Anual da Anpocs**. Caxambu, MG, 27 a 31 de outubro de 2014.

ALDAO, M; CLÉRICO, L; FAZIO F De. *La protección del derecho constitucional a la salud en Argentina*. **Revista Gaceta Laboral**, vol. 21, n. 3. p. 239-275. 2015.

ALUM, J.N.M; BEJARANO, M.S.C. *Sistema de Salud de Paraguay*. **Revista Salud Pública Paraguay**. v. 1, n. 1, p. 13-25, 2013.

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.

ANTUNES, E.M. Considerações sobre integração regional e seus reflexos nas cidades de fronteira do Mercosul. **Anais do Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais – SEBREEI**. Integração Regional e Cooperação Sul-Sul no Século XXI. Porto Alegre. 2012. p. 156-175.

ATA Nº 01/05. XXIV Reunião ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. 2005. Disponível em www.mercosur.int. Acessado em Janeiro de 2017.

ATUN, R; ANDRADE, L.O.M; ALMEIDA, G.; COTLEAR, D.; DMYTRACZENKO, T.; FRENZ, P.; PAULA, J.B. *La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina*. **MEDICC Review**, v. 17, n. S1, p. 21-39, 2015.

AZEVEDO, S.T. **A Transfronteirização entre Brasil e Paraguai**: a saúde nos municípios margeados pelo lago de Itaipu. 2015. 145 f. (Dissertação de mestrado em Geografia) Universidade Estadual do Paraná. Marechal Candido Rondon, 2015.

_____. O Transfronteiriço e o Atendimento Público de Saúde na Fronteira Brasil/Paraguai. **Revista Perspectiva Geográfica**,v.7, n.8, s.n, 2012.

BAHIA, L. **Financeirização e restrição de coberturas**: estratégias recentes de expansão das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. COHN, A. (org.). Saúde, cidadania e desenvolvimento. E-papéis, Centro Internacional Celso Furtado, Rio de Janeiro, p. 240, 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.

BAUERMAN, C.L; CURY, M.J.F. Políticas Públicas em Saúde na Fronteira Brasil/Paraguai. VII Seminário Estadual de estudos territoriais. **XXXI Semana da Geografia da UEL**. Londrina, 26 a 29 maio de 2015.

BELLÓ, M.; BECERRIL-MONTEKIO,V.M; *Sistema de salud de argentina*. **Salud Pública de México**, vol. 53, p.96-109, 2011.

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.

BORBA, V. Fronteiras e Faixa de Fronteira: expansionismo, limites e defesa. **Historiae**, v. 4, n. 2, p. 59-78, 2013.

BRANCO, M.L. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 1, p. 40-54, 2013.

BUENO, C. Brexit e o novo momento para a Europa. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 4, p. 14-16, 2016.

BRASIL. **Ministério da Integração Nacional**. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira /Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais, Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. Ministério da integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Faixa de fronteira: Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira: PDF. 2009.

BRASIL. Senado Federal. Estatuto do Estrangeiro. Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980.

BRASIL, Segurança pública nas fronteiras, diagnóstico socioeconômico e demográfico: Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (ENAFRON) / organização: Alex Jorge das Neves *et al.*– Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Segurança Pública, p. 591, 2016a.

BRASIL. Ministério de Integração. **Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016**. Estabelece o conceito de "cidades gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016.2016.2016b>.

BUSS, P.M; FERREIRA, J.R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2699-711, 2011.

CAMPOS, C.E.A *et al.* **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai.** Boas práticas da gestão dos Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS). Brasília: OPAS, 2013.

CAMPOS, H.A; RÜCKERTII, A.A. Dinâmicas territoriais da rede urbana em regiões de fronteira: a realidade transfronteiriça internacional do Rio Grande do Sul (Brasil). **I Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão Territorial.** Rio de Janeiro, p. 7-10, 2014.

CANDEAS, A. **A integração Brasil-Argentina:** história de uma ideia na “visão do outro”. Brasília, FUNAG, 2010. p. 324.

CARNEIRO, P.C. **Fronteiras irmãs:** transfronteirizações na Bacia do Prata. Editora Ideograf, Porto Alegre, p.273, 2016.

CASTRO, J.A.de. **Saúde e desenvolvimento no Brasil.** COHN, A. (org). Saúde, cidadania e desenvolvimento. E-papéis, Centro Internacional Celso Furtado, Rio de Janeiro, p. 240, 2013.

CAVALCANTE, RB; CALIXTO, P.; PINEHIRO, MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informações & Sociedade: Estudos**, v.24, n.1, p. 13-18, 2014.

CAZOLA, L.H.D.O; PÍCOLI, R.P; TAMAKI, E.M; PONTES, E.R.J.C; AJALLA, M.E. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamerica Salud Publica**, v. 29, n.3, 2011.

CECHINEL, A *et al.* Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**, v. 5, n. 1, 2016.

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.

CHOMATAS, E. Desafios da Saúde na Abordagem Intersetorial da Saúde do Viajante. Lançamento do Programa de Saúde do Viajante. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS). Programa Estadual de Saúde do Viajante. 2015.

COHN, A. **Reformas da saúde e desenvolvimento:** desafios para a articulação entre direito a saúde e cidadania. COHN, A. (org). Saúde, cidadania e desenvolvimento. E-papéis, Centro Internacional Celso Furtado, Rio de Janeiro, p. 240, 2013.

COLOMBO, S. **La Unasur frente a las problemáticas que amenazan la gobernabilidad em la región.** In Ayerbe, L.F(org.). Territorialidades, conflitos e desafios à soberania estatal na América Latina., São Paulo, p. 284, 2012.

CUNHA, J.S.F. **Um tribunal para a Unasul:** tribunal da união das nações da América do Sul: justiça à cidadania e ao meio ambiente. Editora Juruá, Curitiba, p.290, 2012.

CURY. M.J.F. Territorialidades Transfronteiriças do Iguassu (TTI): Interconexões, Interdependências e Interpenetrações nas Cidades da Tríplice Fronteira - Foz Do Iguaçu

(Br), Ciudad Del Leste (Py) E Puerto Iguazú (Ar). 2010. 234 f. (Tese de Doutorado em Geografia) Curitiba, Universidade Federal do Paraná, 2010.

DELGADO, I.G. **Saúde e indústria farmacêutica:** apontamentos para uma análise comparativa entre Brasil, Argentina e Grã-Bretanha. COHN, A. (org). Saúde, cidadania e desenvolvimento. E-papéis, Centro Internacional Celso Furtado, Rio de Janeiro, p. 240, 2013.

DESIDERÁ NETO, W.A; PENHA, B. As Regiões de fronteira como laboratório da integração regional no Mercosul. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 22, p. 33-49, 2016.

DOURADO, D.A; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DRI, C.F; PAIVA, M. Parlasul, um novo ator no processo decisório do Mercosul?. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 31-48, 2016.

DUARTE, L.S; PESSOTO, U.C; GUIMARÃES, R.B; HEIMANN, L.S; ROCHA CARVALHEIRO, J; CORTIZO, C.T; RIBEIRO, E.A.W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

FERNANDES, R.C.P; FRAGA, N.C. Espaço e Complexidade na Fronteira: Análise territorial e turística nas cidades de Barracão(Pr), Dionísio Cerqueira(Sc) e Bernardo de Irigoyen(Arg). **Revista Geografar**, Curitiba, 2009.

FERRARI, M. Zona de fronteira, Cidades gêmeas e interações transfronteiriças no contexto do Mercosul. **Revista Transporte y Território**, n. 9, p. 87-104. 2013.

FERREIRA, CMPG; MARIANI, MAP; BRATICEVIC, SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Revista Saúde Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1137-1150, 2015.

FIGUEREDO, L.V.S. **Direitos sociais e políticas públicas transfronteiriças:** a fronteira Brasil-Paraguai e Brasil-Bolívia. 1º edição, p.154, Curitiba, 2013.

FILHO, C.P.C.; LEMOS, B.D.O. Brasil e Mercosul: Iniciativas de Cooperação Fronteiriça. ACTA Geográfica, Boa Vista, Ed. Esp. **Geografia Política e Geopolítica**, p.203-219. 2014.

FILHO, J.L.M. **Multiterritorialidade em regiões transfronteiriças:** estudo de duas cidades gêmeas na fronteira Brasil-Uruguaí. 2010. 329 f. (Tese de doutorado em Desenvolvimento Regional). Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2010.

FLEURY, S; OUVÉREY, AM. **Política de Saúde:** uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia. *et al.* [orgs.]. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

GADELHA, C.A.G, COSTA L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. Sup 2, p. S214-226, 2007.

GALLO, E; COSTA, L. (orgs.) **Sistema integrado de saúde do Mercosul:** SIS-Mercosul: uma agenda para integração, p. 188-188, Brasília, 2004.

GEMELLI, V. **As redes do tráfico: drogas ilícitas na fronteira Brasil e Paraguai**. 2013. 177 f. (Dissertação mestrado em Geografia) Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, 2013.

GIOVANELLA, L; FEO, O; FARIA, M; TOBAR, S. (orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidade**, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Rio de Janeiro, p.852, 2012.

GIOVANELLA, L; GUIMARÃES, L; NOGUEIRA, V.M.R; LOBATO, L.D.V.C; DAMACENA, G.N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 251-266, 2007.

GOMES, J.F.F. A Rede Mercocidades na integração sul-americana: a paradiplomacia no Mercosul e na Unasul. **Revista InterAção**, v. 8, n. 8, 2015.

GONDIM, G.M.M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos territórios a multiterritorialidade**. In: HEIDRICH, A.L *et al.* (org). A emergência da multiterritorialidade: a ressignificação da relação do humano com o espaço. Editora da ULBRA, Porto Alegre, p. 312, 2008.

HAESBAERT, R. Limites no espaço-tempo: a retomada de um debate. **Revista Brasileira de Geografia**, v. 61, n. 1, 2016.

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

HAESBAERT, R; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Revista do Departamento de Geografia**, UERJ, RJ, n. 5, p. 7-19, 2007.

IBGE. Perfil dos municípios brasileiros : 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 61 p.

ISAGS. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. Sobre o ISAGS. Disponível em <http://www.isags-Unasul.org>. Acessado em Janeiro de 2017.

KRYKHTINE, F.B. **A criação da UNASUL SAÚDE e do ISAGS e as estratégias de cooperação em saúde na América do Sul: um estudo exploratório**. 2014. 92 f. (Dissertação de Mestrado Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LAURELL, A.C. **As reformas da saúde e o desenvolvimento na América Latina**. Desafios da articulação entre o direito à saúde e o desenvolvimento. Características das reformas e sua instrumentalização em alguns países. COHN, A. (org). Saúde, cidadania e desenvolvimento. E-papéis, Centro Internacional Celso Furtado, Rio de Janeiro, p. 240, 2013.

- LEMÕES, M.A.M. **Sistema Integrado de Saúde em região de Fronteira**: desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde. 2012. 50 f. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- LEMOS, 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.
- LOBATO, LV.C; FLEURY, S. (orgs) **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 204, 2009.
- MARQUEZINI, A.C.T. Circuitos Espaciais de fronteira: cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Cidade do Leste. **Entre-Lugar**, Dourados, MS, ano 1, n. 2, 2010.
- MARSIGLIA, R.M.G. **Orientações básicas para a pesquisa. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. OMS, Ministério da saúde, São Paulo, p.383-398, 2006.
- MAZON, L.M. Reflexos da Aplicação dos Recursos Financeiros Públicos em Saúde no Desenvolvimento Regional. 2012. 116 f. (Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional) Universidade do Contestado Campus de Canoinhas, Canoinhas, 2012.
- MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.393-402, 2015.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.
- MENDONÇA, C. **Impactos de processos de integração em zonas de fronteira: o crescimento dos fluxos comerciais e o desenvolvimento em cidades gêmeas do Mercosul**. 2008. 62 f. (Monografia especialização em Relações Internacionais) Instituto de Ciências Políticas e Relações Internacionais, Universidade de Brasília. Brasília, 2008.
- MERCOSUL. *Institucional Mercosur*. Disponível em <http://www.mercosur.int/>. Acessado em Agosto de 2017.
- MINAYO, M.C.S; **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. Ed., São Paulo, 2008.
- MONKEN, M. *et al.* **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: Território, ambiente e saúde. BARCELLO, C.; MIRANDA, A.C.; MONKEN, M.(orgs.) Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 272, 2008.
- MOURA, R; CARDOSO, N.A. Mobilidade transfronteiriça: o ir e vir na fronteira do possível. **Anais: Encontros Nacionais da ANPUR**, v. 15, 2013.
- MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*. v. 15, n. 4, pp. 731-747, 2011. Disponível em <http://www.anpad.org.br/rac>.
- NETO, W.A.D; BARROS, P.S; **O Brasil emergente e a integração sul-americana**. IPEA. Brasil em desenvolvimento 2015: Estado, planejamento e políticas públicas / editores: André de Mello e Souza, Pedro Miranda, Brasília, p. 292, 2015.

NOGUEIRA V.M.R.; SILVA, M.G. Direito, Fronteiras e Desigualdade em Saúde. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, n. 24, p.83–99, 2009.

NOGUEIRA, V.M.R *et al.* Políticas de Saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade?. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 145-156, 2015.

NOGUEIRA,V.M.R.; DAL PRÁ,KRD; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do Mercosul. **Caderno Saúde Pública**,v.23, n.s2, 2007.

NOGUEIRA, V.M.R.; GIMÉNEZ, R.P.; FAGUNDES, H.S. Elementos para a reavaliação dos direitos sociais e da cidadania nas fronteiras do Mercosul. **Argumentum**, v. 4, n. 2, 2012.

NORONHA, J.C.; PEREIRA, T.R. Dilemas para o futuro do sistema de saúde brasileiro. COHN, A. (org). Saúde, cidadania e desenvolvimento. E-papéis, Centro Internacional Celso Furtado, Rio de Janeiro, p. 240, 2013.

OLIVEIRA, M.G. **As cidades gêmeas Ponta Porã-Pedro Juan Caballero e Foz do Iguaçu-Ciudad Del Este diante da desarticulação regional sul-americana**. 255 f. (Tese de Doutorado em Geografia) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, T.C.M (org). **Território sem limites: estudos sobre fronteiras**. Campo Grande, ed. UFMS, ISBN: 85-7613-069-6, 2005.

OPAS/OMS. **Saúde nas Américas**, edição 2012: volume regional. Organização Pan-americana da Saúde, 2012.

PAIM, J. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext)>.

PEREIRA, J.H. Brasiguaios ou Fronteiriços? A noção de habitus para compreender o pertencimento cultural na fronteira Brasil-Paraguai. **Revista do Centro de Educação e Letras**, v. 15, n. 2, p. 129-148, 2013.

PREFEITURA DE BARRAÇÃO. O município, história. Disponível em: <http://barracao.pr.gov.br/o-municipio/sobre-barracao/historia/>. Acessado em Fevereiro de 2017.

PREFEITURA DE GUAÍRA. Guaira uma cidade no centro da história. Disponível em: <http://www.guaira.pr.gov.br/index.php?sessao=b054603368ncb0&id=1>. Acessado em Janeiro de 2017.

PREFEITURA DE SANTO ANTONIO DO SUDOESTE. Município, histórico. Disponível em: <http://www.pmsas.pr.gov.br/historico>. Acessado em Fevereiro de 2017.

PREUSS, L.T; NOGUEIRA, V.M.R. O pacto pela saúde nas cidades gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 2, p. 320 - 332, Porto Alegre, 2012.

QUEIROZ, L.G. **Integração econômica regional e políticas de saúde: União Européia e Mercosul**. 2007. 365 f. (Tese de Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

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.

RIZZOTTO, M.L.F; CAMPOS, G.W.S. *The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21st century*. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016.

RODRIGUES, S.B; PEREIRA, L.M. A proteção dos direitos humanos dos migrantes no Brasil: breves considerações sobre o projeto de lei n. 2.516/2015 e o estatuto do estrangeiro. **Revista Juris UniToledo**, v. 2, n. 02, 2017.

RÜCKERT, A.A; ALBUQUERQUE, E.S. Uma contribuição ao debate sobre a política nacional de ordenamento territorial–PNOT. **Revista Mercator**, v. 4, n. 8, 2008.

RÜCKERT, A.A; CARNEIRO FILHO, CP; UEBEL, RRG. Cenários de transfronteirizações na América do Sul. Alguns exemplos de pesquisas recentes. **Revista GeoPantanal**, v. 10, n. 18, p. 159-182, 2015.

RUCKERT, A.A; GRASLAND, C. Transfronteirizações: possibilidades de pesquisa comparada América do Sul-União Europeia. **Revista de Geopolítica**, v. 3, n. 2, p. 90-112, 2012.

SÁ, E.B.; BARROS, E.D.; SILVA, R.V.; PAIVA, A.B. **Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos**. IPEA. Brasil em desenvolvimento 2015: Estado, planejamento e políticas públicas / editores: André de Mello e Souza, Pedro Miranda, Brasília, p. 292, 2015.

SANTOS, I.S. A solução para o SUS não é um Brazilcare. **RECIIS (Online)**, p. 1-10, 2016.

SANTOS, M. **Espaço do Cidadão**, 7 ed., Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

_____. **Metamorfoses do espaço habitado**. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 6. ed. 2. reimpressão, 2014.

SAQUET, M.A. **Por uma Geografia das territorialidades e das temporalidades: uma concepção multidimensional voltada para a cooperação e para o desenvolvimento territorial**. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2011. 128 p.

SENHORAS, E.M. Dinâmica fronteira das cidades gêmeas entre Brasil e Guyana. **Revista Geonorte**, edição especial 3, v.7, n.1, p.1077-1094, 2013.

SILVA, M.A. **Breve história de Foz do Iguaçu**. Editora Epígrafe. Foz do Iguaçu, 2014.

SILVA, M.G. **O local e o global na atenção das necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu.** 2009. 177 f. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

_____. **O pacto pela gestão e a saúde na fronteira: condições e relações de trabalho do assistente social em debate.** 2012. 218 f. (Tese doutorado) Universidade Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, 2012.

SILVA, M.P. **Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai: Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento-Rivera.** DIPROSUL. Pelotas, 2011.

SOUZA, E.B.C. Por uma cooperação transfronteiriça: algumas contribuições para as dinâmicas territoriais da fronteira Brasil-Paraguai. **Revista GeoPantanal**, v. 8, n. 15, p. 63-78, 2013.

SOUZA, E.B.C. Tríplice Fronteira: fluxos da região oeste do Paraná com o Paraguai e Argentina. **Terra Plural**, Ponta Grossa, v.3, n.1, p.103-116, 2010.

SOUZA, R.C.M; OLIVEIRA, A.R.F. As cidades fronteiriças na América do Sul: polêmicas e conflitos com centro oeste brasileiro. **Revista Tamoios**, v. 10, n. 1, 2014.

TAJRA, J.L.F; MARTINS, M.D. O parlamento do Mercosul e a cidadania sul-americana. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 5, n. 2, 2014.

TEIXEIRA, A. Saúde e desenvolvimento – notas para elaboração de uma agenda de debates. **3º Seminário Preparatório para o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, Porto Alegre, 2012.

TORRECILHA, M.L. **A gestão compartilhada como espaço de integração na fronteira Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai).** 2013. 184 f. (Tese mestrado em Geografia Humana) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

TRINDADE, A.A.M. **Cooperação internacional em saúde no Mercosul: Argentina, Brasil e Uruguai.** 2016. 379 f. (Tese de Doutorado em Ciências Sociais) Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2016.

UNASUL. União de Nações Sul-Americanas. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/integracao-regional/688-uniao-de-nacoes-sul-almericanas>. Acessado em Maio de 2017.

VIEIRA, F.S *et al.* O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 28, 2016.

WELZ, L. **A saúde no processo de integração no âmbito do Mercosul: um estudo de suas Resoluções e acordos.** 197 f. (Dissertação de Mestrado em Educação) Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2009.

WINTER, L. **Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu-PR.** 2009. 80 f. (Dissertação de mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2009.

12. APÊNDICES

APÊNDICE I- ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CELS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO
DE FRONTEIRA

ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Gestor de Saúde / Informante Chave

País/cidade: _____

Identificação: _____

Cargo: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Nível de escolaridade:

() Nenhum () 2º Grau completo () Alfabetização () Superior incompleto () 1º. Grau incompleto () Superior completo () 1º. Grau completo () Pós-Graduação
() 2º. Grau incompleto () Outro – Qual? _____

Formação: _____

Tem cargo político eletivo?

() Não – Possui vínculo através de concurso? () Sim () Não

() Sim. Qual? () Prefeito () Vice-Prefeito

1. Você conhece alguma política, programa ou diretriz nacional para a saúde em região de fronteira?

Se sim citar.

2. Há acordos formais ou informais para o atendimento de saúde prestado aos estrangeiros dos países limítrofes ao seu município? Se sim cite os acordos existentes e como eles são operacionalizados.

3. O Sr(a) participa, participou ou conhece algum grupo/instância de discussão sobre a saúde na região de fronteira? Se sim fale sobre esta experiência.

4. Que mecanismos/estratégias são utilizadas para resolver problemas emergenciais de saúde na região de fronteira? Por exemplo: Como são tratadas as epidemias que ultrapassam as fronteiras nacionais em seu município?

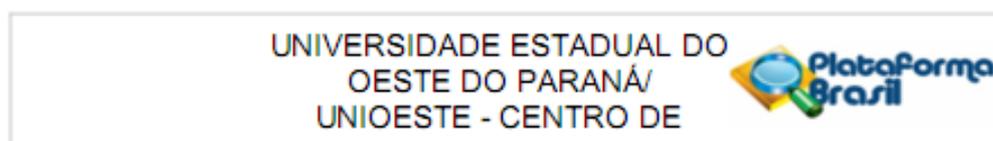
5. Como ocorre o acesso aos serviços e às ações de saúde para estrangeiros no âmbito do seu município?

7. Em sua opinião, qual o atendimento que o setor da saúde do país deve fornecer ao estrangeiro?

8. Em sua opinião o que é necessário para resolver os problemas de saúde na região de fronteira?

13. ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Comissão Ética em Pesquisa – Unioeste



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA EM TRÊS REGIÕES DE FRONTEIRA NO ESTADO DO PARANÁ

Pesquisador: Solange Alkes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57775616.4.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.741.583

Apresentação do Projeto:

Projeto claro e contempla os aspectos teóricos, metodológicos e éticos. Uma pesquisa descritiva e exploratória. Serão realizadas entrevistas com os participantes e a análise será realizada por meio da Análise de conteúdo proposta por Bardin,

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e analisar as experiências de integração no âmbito da saúde pública em três regiões de fronteira do Estado do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão claros no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área da Saúde Pública em Região de fronteira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Continuação do Parecer: 1.741.553

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e ou Inadequações.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	campo_2.pdf	21/09/2016 10:33:49	Sebastião Caldeira	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_587778.pdf	04/07/2016 21:01:09		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	04/07/2016 21:00:23	Solange Aikes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/07/2016 20:47:52	Solange Aikes	Acelto
Declaração de Pesquisadores	dados.pdf	04/07/2016 20:46:40	Solange Aikes	Acelto
Declaração de Pesquisadores	coleta.pdf	04/07/2016 20:45:32	Solange Aikes	Acelto
Folha de Rosto	rosto.pdf	04/07/2016 20:44:12	Solange Aikes	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 22 de Setembro de 2016

Assinado por:

Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prrpg@unioeste.br