

## 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

Health on the borders: access to and demands on the Brazilian National Health System by foreigners and non-resident Brazilians in cities along the border with MERCOSUR countries from the perspective of municipal health secretaries

Ligia Giovanella <sup>1</sup>

Luisa Guimarães <sup>1</sup>

Vera Maria Ribeiro Nogueira <sup>2,3</sup>

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato <sup>4</sup>

Giseli Nogueira Damacena <sup>5</sup>

### Abstract

*In the context of forming common markets, border areas require special attention, since they anticipate the effects of integration processes. Along borders, different political, monetary, security, and social systems coexist; the intensification of flows resulting from integration raises challenges for the health systems, requiring specific policies focused on guaranteeing the right to health. This article presents the results of a study on the conditions for access to (and demands for) health services in the MERCOSUR border cities. A survey was performed with municipal health secretaries in the 69 Brazilian cities in the States of Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, and Mato Grosso do Sul that border on the other MERCOSUR countries. The study attempted to identify the services demanded by the border population, mechanisms used for access, flows between services and systems, response strategies, and local agreements. Initiatives for cooperation between Brazilian and foreign local administrators were identified in nearly half of the municipalities and can orient the formulation of guidelines for border situations, allowing improvement in comprehensive access to health care.*

*Border Areas; Health Policy; Health Services; Health Systems*

### Introdução

Processos de integração regional entre países para a implementação de mercados comuns foram intensificados no contexto de globalização, e lentamente uma agenda social da integração é construída acompanhando a regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital, fundamentos econômicos de um mercado único. No Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente têm sido incorporados à agenda política dos governantes da região.

A partir de 1997, a saúde passou a ser tratada em dois fóruns específicos do MERCOSUL: a Reunião de Ministros de Saúde e o Subgrupo de Trabalho 11 *Saúde* (SGT 11) <sup>1</sup>. As atividades desses fóruns estão orientadas principalmente à negociação entre países para harmonização de normas que possibilitem a circulação de produtos e serviços. Como União Aduaneira, a inclusão de temas relacionados à saúde no MERCOSUL vem sendo gradual, vinculada predominantemente às vigilâncias sanitária e epidemiológica, relacionadas à circulação de produtos e a ações de saúde pública de alta externalidade <sup>2</sup>. Mais recentemente, despontou com força a questão da circulação de profissionais de saúde, indicando preocupação com a regulação do mercado de trabalho e a formação neste campo.

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Escola de Serviço Social, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

<sup>5</sup> Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

#### Correspondência

L. Giovanella  
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4036, sala 1001 Rio de Janeiro, RJ 21040-361, Brasil.  
giovanel@ensp.ficoruz.br

No contexto de constituição de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes; e a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração <sup>3</sup> gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões.

A zona de fronteira, enquanto produto de interações econômicas, culturais e políticas, apresenta territorialidades heterogêneas. É “*espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais*” <sup>4</sup> (p. 21). Nesse sentido é importante estudar essas regiões para melhor conhecer obstáculos à integração, prospectar seus resultados negativos e subsidiar a formulação de políticas para a melhoria da vida e garantia de direitos sociais e de saúde da população fronteiriça.

Os processos de integração descortinam a exigência de se repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos econômicos em espaços internacionais. Assim, o debate, hoje, sobre o tema dos direitos sociais e de saúde não se restringe aos limites dos Estados-nações, mas alarga-se para os blocos regionais, na esteira das exigências econômicas, conformando novos espaços de regulação. Dal Prá et al. <sup>5</sup> no presente fascículo destacam que os processos de integração entre países tencionam uma mudança do conceito de cidadania nacional para o de cidadania regional ou global. Essa seria uma cidadania superposta e complementar, como se fora uma dupla cidadania, pois não substitui a cidadania nacional dos Estados Membros.

De um lado entende-se que a transposição da titularidade de direitos dos espaços nacionais onde encontram, em tese, as condições plenas de sua realização, para espaços internacionais, tem um longo caminho a percorrer até a construção de institucionalidades que garantam seu efetivo exercício. Por outro lado, nos processos de integração ou em espaços fronteiriços há tendência de dissociação da cidadania nacional como fonte geradora de direitos com enfraquecimento da associação entre cidadania e Estado-nação. Todavia, mesmo no cenário supranacional o principal ator político capaz de interferir na construção de novo patamar de cidadania e de garantia de direitos supranacionais é ainda o Estado-nação, o que compensa a inexistência, até o momento

de uma estrutura que possa garantir direitos, por exemplo, no âmbito do MERCOSUL.

Outro aspecto crucial quando se debate a cidadania social e o direito à saúde é o critério de atribuição de nacionalidade. A cidadania, tradicionalmente é atributo dos nacionais de um país, consequência de laços consangüíneos entre os membros de uma mesma nação, sendo excluídos desta condição os estrangeiros e migrantes. A esta visão nacionalista de cidadania opõe-se a visão republicana, sendo a cidadania atribuída pela aceitação do contrato entre as partes, inaugurada pela revolução francesa. Transpondo a questão para o plano jurídico tem-se os critérios de *jus sanguinis* e de *jus soli*. No Brasil, juridicamente o estatuto de cidadania é atribuído a partir do *jus soli*, sendo considerados brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, ainda que de pais estrangeiros. No caso de *jus sanguinis*, a atribuição da cidadania decorre somente por laços consangüíneos, vinculada ao conceito de nação, e, no caso de *jus soli*, vincula-se à idéia do território, favorecendo a inclusão de migrantes e estrangeiros residentes <sup>6</sup>.

Essas questões teóricas constituíram parte dos referenciais para pesquisa realizada com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e em cooperação com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). A pesquisa teve por objetivos analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL, e, discutir repercussões dos processos de integração regional entre países sobre os sistemas de serviços de saúde.

## Material e métodos

O estudo realizado se fundamentou nas experiências e percepções de atores políticos locais, estaduais e nacionais quanto: às implicações da integração regional *vis-à-vis* as políticas nacionais, regionais e locais no acesso às ações e serviços de saúde; às demandas nos serviços de saúde de localidades de fronteira e às estratégias de cooperação e acordos locais. As fontes de informação foram: (i) inquérito com secretários municipais de saúde; (ii) estudos de caso em quatro cidades brasileiras gêmeas e correspondente localidade fronteiriça estrangeira do Uruguai, Argentina e Paraguai, mediante visitas e entrevistas com autoridades locais e gerentes de unidades de saúde brasileiras e estrangeiras; (iii) entrevistas com secretários estaduais de saúde dos quatro Estados brasileiros da região;

(iv) entrevistas semi-estruturadas com coordenadores nacionais do SGT 11 da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

O presente artigo discute resultados da pesquisa referentes ao inquérito com os secretários de saúde dos municípios brasileiros da linha de fronteira com os países membros do MERCOSUL na época de sua fundação. O universo da pesquisa foram os 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina. Destes, 29 pertencem ao Estado do Rio Grande do Sul, sendo 18 municípios de fronteira com a Argentina e 11 de fronteira com o Uruguai, 10 municípios pertencem ao Estado de Santa Catarina fazendo fronteira com a Argentina, 19 municípios pertencem ao Estado do Paraná, sendo 8 de fronteira com Argentina e 11 com Paraguai e, 11 municípios pertencem ao Estado do Mato Grosso do Sul fazendo fronteira com o Paraguai. Os resultados aqui analisados referem-se às respostas dos secretários municipais de saúde de 67 localidades: 36 (54%) fazendo fronteira com a Argentina, 21 (31%) com o Paraguai e 10 (15%) com o Uruguai.

O inquérito foi realizado por meio de aplicação por entrevistador, profissional de nível superior treinado, de questionário modular composto por 73 perguntas fechadas e 30 parcialmente abertas, abordando: fluxos transfronteiriços, ações demandadas pela população fronteiriça nos serviços de saúde locais, mecanismos utilizados para acesso, fluxos formais e informais entre serviços e sistemas, estratégias de resposta de gestores às pressões por atendimento e acordos locais com gestores das localidades fronteiriças estrangeiras.

Os secretários de saúde dos municípios estudados foram entrevistados entre novembro e dezembro de 2005, ano de início de gestão dos executivos municipais; assim a grande maioria (89%) dos secretários municipais de saúde encontrava-se no cargo entre 7 e 12 meses, exercendo o seu primeiro mandato como secretário municipal de saúde (Tabela 1).

Os questionários aplicados foram revisados por supervisor e depois de digitados realizada crítica com verificação da codificação e consistência entre variáveis com correção dos erros pontuais. A entrada de dados foi feita por meio do programa Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos) e os dados posteriormente transportados para o SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) para a realização da descrição e análise estatística. Foi elaborada tabulação com frequências simples com resultados para o conjunto dos municípios e por segmento de fronteira (Estado e país). Para a análise de associação entre variáveis selecionadas foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson <sup>7</sup> e

para a comparação entre segmentos de fronteira foi utilizado o teste não paramétrico de correlação de Spearman, mais adequado para análise de pequeno número de casos. O valor crítico do nível de significância pré-estabelecido foi de 0,05 (p valor).

No presente artigo, os principais resultados do inquérito com secretários municipais de saúde são apresentados com análise realizada em dois níveis de agregação das informações dos municípios: (i) por país de fronteira (Argentina, Paraguai e Uruguai), e (ii) pelos seis segmentos de fronteira Estado-país.

Os resultados do inquérito com os secretários municipais de saúde estão organizados em cinco seções: (i) características dos municípios de fronteira estudados, (ii) fluxos e trânsitos transfronteiriços, (iii) acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes no país por assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) do município, (iv) motivos de busca e dificuldades para a gestão causadas pela demanda de estrangeiros, e, (v) estratégias empreendidas localmente para a cooperação internacional em saúde.

## Resultados

### Características da fronteira e dos municípios de fronteira estudados

O Brasil tem uma Faixa de Fronteira extensa (15.719km), tradicionalmente tratada como local de isolamento que se configura hoje como uma região de baixo desenvolvimento sócio-econômico marcada por profundas iniquidades sociais <sup>8</sup>. Contudo, é faixa não homogênea apresentando em sua linha espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos, sociais <sup>4</sup>. Na presente pesquisa o universo de estudo foi composto pelos 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira, isto é, seu território faz divisa com os quatro países fundadores do MERCOSUL: Argentina (1.263km), Paraguai (1.339km) e Uruguai (1.003km). Corresponde ao Arco Sul e a alguns municípios do Arco Central (Fronteira do Mato Grosso do Sul com o Paraguai).

O Arco Sul se caracteriza por espaço com influência sócio-econômica e cultural européia e é o mais intensamente afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente da integração econômica promovida pelo MERCOSUL. As relações transfronteiriças são principalmente do tipo sinapse com interações com o outro lado da fronteira constantes e intensas; e em parte relações capilares com trocas difusas no nível local, entre vizinhos fronteiriços, com limitadas redes de co-

Tabela 1

Caracterização dos municípios brasileiros pesquisados da linha de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Variáveis	Países de fronteira						Total (n = 67)	
	Argentina (n = 36)		Paraguai (n = 21)		Uruguai (n = 10)		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Porte populacional (mil)*	36	53,7	21	31,3	10	14,9	67	100,0
0-10	24	66,7	9	42,9	4	40,0	37	55,2
10.001-50.000	10	27,8	10	47,6	4	40,0	24	35,8
50.001 e mais	2	5,6	2	9,5	2	20,0	6	9,0
Índice de Desenvolvimento Humano **								
Até 0,700	1	2,8	3	14,3	0	0,0	4	6,0
0,701-0,800	28	77,8	14	66,7	7	70,0	49	73,1
Acima de 0,800	7	19,4	4	19,0	2	20,0	13	19,4
Estrutura assistencial do SUS								
Número de leitos ***								
0	17	47,0	2	9,5	2	20,0	21	30,3
1-49	9	25,0	9	42,9	3	30,0	21	31,3
50 e mais	10	27,8	10	47,6	5	50,0	25	37,3
Possui Policlínica ***	3	8,3	4	19,0	3	30,0	10	14,9
Número de Unidades Básicas de Saúde ***								
0	1	2,8	1	4,8	0	0,0	2	3,0
1-2	15	41,7	6	28,6	4	40,0	25	37,3
3-5	15	41,7	10	47,6	2	20,0	27	40,3
6 e mais	5	13,9	4	19,0	4	40,0	13	19,4
Cobertura do Programa Saúde da Família (%) #								
0	4	11,1	2	9,5	6	60,0	12	17,9
1-50	4	11,1	6	28,6	2	20,0	12	17,9
51-80	2	5,6	5	23,8	0	0,0	7	10,5
81-100	26	72,2	8	38,1	2	20,0	36	53,7
Perfil do secretário municipal de saúde ***								
Experiência prévia mínima de 2 anos em gestão pública	22	61,1	7	33,3	10	100,0	39	58,2
Formação de nível superior	19	52,8	13	61,9	9	90,0	41	61,2
Tem ou teve cargo político eletivo	15	41,7	5	23,8	4	40,0	24	35,8

\* Contagem populacional para os anos intercensitários. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004.

\*\* Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil; 2003. N = 66, um município sem informação.

\*\*\* Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

# Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Dados de dezembro de 2005.

municipação e baixa presença de infra-estrutura de articulação transfronteira <sup>4</sup>.

Ainda que em termos populacionais, os municípios da linha de fronteira não tenham grande relevância, sua presença é mais importante nos Arcos Sul e Central, que abrigam também o maior número de cidades gêmeas e é neles que ocorrem as principais interações transfronteiriças <sup>4</sup>. Potencialmente, esses municípios de divisa internacional são os espaços de maior procura por serviços de saúde por estrangeiros e brasileiros não residentes, e por isso constituíram o universo de municípios da pesquisa.

As localidades brasileiras da linha de fronteira do MERCOSUL pesquisadas apresentam variados perfis populacionais, contudo, na maioria, são municípios de pequeno porte. Mais da metade dos municípios (55%) tem até 10 mil habitantes e 91% até 50 mil habitantes. A distribuição dos municípios por porte ao longo da fronteira é similar, destacando-se, todavia, o segmento de fronteira com a Argentina com proporção de municípios limítrofes menores de 10 mil habitantes acima da média: 67% (Tabela 1).

Correspondendo ao pequeno porte dos municípios, a estrutura assistencial do SUS é predo-

minantemente de atenção básica com unidades presentes em quase todos (97%). Em geral, o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) é pequeno: 40% dos municípios dispõem de apenas até duas UBS e 80% de até 5 UBS, segundo informações prestadas pelos secretários municipais de saúde. Um terço dos municípios estudados não possui hospital e outros 31% têm menos de 50 leitos SUS. A atenção especializada prestada por policlínicas está presente em apenas 15% (Tabela 1).

O Programa Saúde da Família (PSF) está implantado em 80% dos municípios e a cobertura populacional é elevada. Mais da metade (54%) dos municípios cobre entre 81% e 100% da sua população, ainda que o número de equipes de saúde da família seja pequeno: em 46% dos municípios atuam de uma a duas equipes de saúde da família e em 27% de 3 a 5 equipes.

### Fluxos e trânsitos transfronteiriços

Para se conhecer as facilidades de acesso e demandas potenciais foram investigadas algumas características dos fluxos transfronteiriços. Por se tratarem de municípios limítrofes, a distância entre o centro do município brasileiro e a principal localidade estrangeira de fronteira é de até 20km

para a maioria (55%) dos municípios estudados (Tabela 2).

Na grande maioria (84%) dos municípios estudados ocorre algum tipo de fluxo e trânsito na fronteira. Os fluxos e trânsitos na fronteira são mais intensos nas divisas com o Paraguai e o Uruguai do que com a Argentina. Em apenas 11 municípios, os secretários municipais de saúde informaram não existir qualquer trânsito, sendo que a maior parte destes (8) localiza-se na divisa de Santa Catarina com a Argentina, fronteira com características de zona-tampão pela presença de reservas florestais. Entre os segmentos de maior fluxo transfronteiriço destacam-se os segmentos do Paraná e do Mato Grosso do Sul fronteira com o Paraguai, ambos com 100% dos municípios apresentando algum fluxo ou trânsito. Contudo, somente em 28% das localidades estudadas existe transporte público regular (ônibus) entre o município e a localidade estrangeira de fronteira, o que facilitaria a circulação de pessoas (Tabela 2).

Entre os diversos tipos de fluxo e trânsitos transfronteiriço apontados pelos secretários municipais de saúde, os de maior intensidade são aqueles de pessoas com familiares residentes do outro lado da fronteira considerados freqüentes ou muito freqüentes por 64% dos secretários municipais de saúde. Os fluxos de trabalhadores que

Tabela 2

Características da fronteira, fluxos e trânsitos transfronteiriços segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Variáveis	Países de fronteira			Total (n = 67)	
	Argentina (n = 36)	Paraguai (n = 21)	Uruguai (n = 10)	n	%
Distância de até 20km do centro do município ao centro da cidade estrangeira de fronteira	47,2	61,9	70,0	37	55,2
Existência de fluxo e trânsito com cidades estrangeiras	72,2	100,0	90,0	56	83,6
Existência de transporte público regular entre o município e a cidade estrangeira de fronteira	8,3	52,4	50,0	19	28,4
Tipos de fluxo e trânsito freqüentes e muito freqüentes na passagem de fronteira					
Pessoa com familiares residentes do outro lado da fronteira	80,5	90,4	70,0	43	64,2
Turista em trânsito ou em visita	44,4	57,1	80,0	36	53,7
Trabalhador que mora de um lado da fronteira e trabalha em outro	27,8	61,9	80,0	31	46,3
Mercadoria em caminhões ou outro meio de transporte de cargas	30,5	61,9	70,0	31	46,3
Comprista/Sacoleiro/Chibeiro	44,5	33,3	70,0	30	44,8
Estudante que mora de um lado da fronteira e estuda em outro	11,1	47,6	80,0	22	32,8
Direção do fluxo de pessoas entre o município e a cidade estrangeira de fronteira *					
Da cidade estrangeira de fronteira para o município	38,5	47,6	66,7	26	46,4
Igualmente importante nas duas direções	34,6	42,9	22,2	20	35,7
Do município para a cidade estrangeira de fronteira	26,9	9,5	11,1	10	17,9

Fonte: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

\* Nos 56 municípios onde há fluxo transfronteiriço.



moram de um lado da fronteira e trabalham em outro, de mercadorias em caminhões, de compristas e de turistas em trânsito ou em visita estão presentes na maior parte dos municípios (60% ou mais) e são freqüentes ou muito freqüentes em 40% ou mais dos municípios. A fronteira com o Uruguai é a mais permeável sendo todos os tipos de trânsito assinalados como freqüentes ou muito freqüentes por 70% ou mais dos secretários municipais de saúde, concernente com históricas interações presentes na região do pampa gaúcho (Tabela 2).

#### **Acesso e demanda de estrangeiros no SUS**

A busca de atendimento por estrangeiros no SUS varia conforme a região, tipo de fronteira e país fronteiriço. Os secretários municipais de saúde informaram existência de demanda de estrangeiros para atendimento no SUS em 75% dos municípios (50), sendo freqüente ou muito freqüente em 36% (24) das localidades. Essa demanda é mais importante nos segmentos de fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai, e do Mato Grosso do Sul com o Paraguai (Tabela 3).

Na percepção dos secretários municipais de saúde, a busca de brasileiros residentes nas cidades estrangeiras de fronteira por atendimento no SUS é ainda mais elevada do que a demanda de estrangeiros: 87% (58) dos gestores informaram demanda de brasileiros não residentes no Brasil em seus municípios, sendo freqüente ou muito freqüente em 67% (45 localidades – Tabela 3). Nas fronteiras do Paraná (com Argentina e Paraguai) e do Mato Grosso do Sul com Paraguai, a demanda de brasileiros não residentes é mais intensa, sendo freqüente ou muito freqüente em 80% a 90% dos municípios. Nestes dois últimos segmentos, municípios brasileiros fazem fronteira com propriedades rurais, em território paraguaio, arrendadas ou pertencentes a brasileiros (cultivo de soja e criação de gado), estimando-se em 350 mil os brasileiros e descendentes residentes no Paraguai (“brasiguaios”) <sup>4</sup>. Esses brasileiros moradores em terras paraguaias da faixa de fronteira procuram com freqüência pelos serviços de saúde dos municípios brasileiros, informaram os secretários municipais de saúde.

Perguntados quanto ao direito dos estrangeiros a atendimento no SUS municipal, 70% dos secretários municipais de saúde afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento. Do mesmo modo, todos os secretários informaram que prestam algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS municipal. Todavia, em 28% dos municípios, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência, indicando-se o retorno ao país

de origem após o primeiro atendimento. Um terço (36%) dos secretários municipais de saúde informou que presta atendimento a estrangeiros para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação necessitada, e outro terço (36%) que presta atendimento para todos os serviços disponíveis (Tabela 3).

A positividade dessas respostas encontra um contraponto com as barreiras de acesso estabelecidas para o atendimento no SUS existentes em parte das localidades. Em 69% é exigido documento de identidade e em 49% dos municípios comprovante de residência e documento de identidade. Essas barreiras burocráticas dificultam o acesso de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS e os obrigam a recorrer a subterfúgios para acessar ao tratamento necessitado, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros. Para controlar essas estratégias individuais de acesso, em algumas localidades foi implantado um cartão municipal de saúde – de apresentação obrigatória no ato da consulta. O cartão é periodicamente atualizado em visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para comprovar a presença do estrangeiro na residência. Para novos moradores, estabelece-se um período de carência de trinta dias para atendimento pela UBS. Ilustrativo das barreiras de acesso a não residentes no município são os dizeres de cartazes fixados na recepção de unidades de saúde visitadas, em clara violação a direitos dos pacientes: “Favor trazer conta de água ou luz para comprovar endereço ao consultar. A Direção”. Ou, “Pacientes internados somente receberão visitas com a entrega do comprovante de endereço para enfermagem, recepção ou administração”. Note-se que estes obstáculos ao atendimento vigoram para qualquer paciente não munícipe, seja ele estrangeiro ou brasileiro residente em outro município.

Guardando alguma correspondência com a distribuição dos municípios ao longo das fronteiras dos países, em sua maioria (54%) localizados na divisa com a Argentina, é esta a nacionalidade dos estrangeiros atendidos em maior proporção de municípios (43%), segue-se 36% dos municípios com demanda predominante de paraguaios e 19% dos municípios com maior procura por uruguaios (Tabela 4).

A presença de famílias binacionais nas localidades lindeiras é comum. Perguntados sobre quais as relações dos estrangeiros que procuram o SUS com o Brasil, os secretários municipais de saúde indicaram predominantemente maior busca de estrangeiros com familiares no Brasil, informada como freqüente ou muito freqüente em 66% dos municípios em que ocorre alguma

Tabela 3

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

Variáveis	Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul	Santa Catarina	Paraná	Paraná	Mato Grosso do Sul	Total (n = 67)	
	fronteira com o Uruguai (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 18)	fronteira com a Argentina (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 8)	fronteira com o Paraguai (n = 10)	fronteira com o Paraguai (n = 11)	n	%
Busca de atendimento no SUS por estrangeiros *								
Nunca acontece	0,0	22,2	50,0	37,5	20,0	0,0	14	20,9
Pouco freqüente	50,0	50,0	20,0	25,0	40,0	36,4	26	38,8
Freqüente	20,0	16,7	10,0	37,5	40,0	27,3	16	23,9
Muito freqüente	30,0	11,1	20,0	0,0	0,0	27,3	8	11,9
Busca de atendimento no SUS por brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira **								
Nunca acontece	0,0	11,1	70,0	0,0	0,0	0,0	9	13,4
Pouco freqüente	40,0	33,3	0,0	12,5	0,0	9,1	12	17,9
Freqüente	20,0	50,0	20,0	50,0	50,0	27,3	25	37,3
Muito freqüente	40,0	5,6	10,0	37,5	40,0	63,6	20	29,9
Direito ao atendimento no SUS no município								
Todos os estrangeiros	60,0	77,8	80,0	62,5	100,0	36,4	47	70,1
Estrangeiros com dupla cidadania	20,0	5,6	10,0	0,0	0,0	0,0	4	6,0
Estrangeiros residentes no município	20,0	0,0	0,0	12,5	0,0	27,3	6	9,0
Nenhum estrangeiro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	1	1,5
Prestação de atendimento a estrangeiros que buscam o SUS municipal								
Somente em caso de emergência	40,0	33,3	20,0	12,5	20,0	36,4	19	28,4
Para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação	40,0	38,9	30,0	37,5	10,0	54,5	24	35,8
Sim, para todos os serviços	20,0	27,8	50,0	50,0	70,0	9,1	24	35,8
Documentação exigida para atendimento no SUS								
Documento de identidade	80,0	38,9	80,0	87,5	60,0	90,9	46	68,7
Comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5	50,0	72,7	32	47,8
Documento de identidade + comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5	50,0	72,7	32	47,8

Fonte: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

\* Total inclui três secretários municipais de saúde que informaram desconhecer a busca de atendimento por estrangeiros;

\*\* Total inclui um secretário municipal de saúde que informou desconhecer a busca de atendimento por brasileiros não residentes.

demanda de estrangeiros ao SUS (n = 53, Tabela 4). Já a demanda de estrangeiros residentes no município é freqüente ou muito freqüente em mais da metade dos municípios (53%), e em cerca de um terço dos municípios há procura de serviços do SUS por parte de estrangeiro trabalhador no Brasil e residente nas cidades estrangeiras (36%), e, de estrangeiro em trânsito ou de passagem (34%).

A demanda é espontânea na maior parte dos municípios e em 13% ocorre também por encaminhamento pelos profissionais de saúde da

cidade de origem, políticos brasileiros ou estrangeiros ou pelo consulado do país de origem.

Ainda que na percepção dos gestores locais a procura de estrangeiros por serviços do SUS seja elevada, gerando dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, esta demanda não é dimensionada. A maioria dos municípios (69%) não registra os atendimentos como prestados a estrangeiros (Tabela 4). Apenas 40% (21 em 53) dos secretários municipais de saúde de municípios que atendem estrangeiros apresentaram estimativa mensal de atendimentos a estrangei-

Tabela 4

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

Variáveis	Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul	Santa Catarina	Paraná	Paraná	Mato Grosso do Sul	Total (n = 53) *	
	fronteira com o Uruguai (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 14)	fronteira com a Argentina (n = 5)	fronteira com a Argentina (n = 5)	fronteira com o Paraguai (n = 8)	fronteira com o Paraguai (n = 11)	n	%
Nacionalidade dos estrangeiros que buscam atendimento no SUS com maior freqüência								
Argentinos	0,0	100,0	100,0	80,0 **	0,0	0,0	23	43,4
Paraguaios	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	19	35,8
Uruguaios	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10	18,9
Estrangeiros que procuram freqüente e muito freqüentemente por atendimento no SUS								
Estrangeiro com familiar residente no Brasil	80,0	57,1	20,0	40,0	75,0	90,9	35	66,1
Estrangeiro residente no município	90,0	28,6	20,0	40,0	50,0	72,8	28	52,8
Estrangeiro trabalhador no Brasil e residente na cidade estrangeira	60,0	28,6	20,0	20,0	12,5	54,6	19	35,9
Estrangeiro de passagem	50,0	21,4	20,0	20,0	50,0	36,4	18	33,9
Estrangeiro estudante no município	30,0	7,1	0,0	20,0	50,0	27,3	11	22,7
Forma que estrangeiros buscam atendimento pelo SUS no município								
De forma espontânea	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	54,5	46	86,8
De forma espontânea ou por encaminhamento	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	45,5	7	13,2
Secretaria Municipal de Saúde registra as ações de saúde como prestadas a estrangeiros	30,0	50,0	0,0	40,0	75,0	36,4	22	41,5
Secretaria Municipal de Saúde dispõe de estimativa do número de atendimentos a estrangeiros no SUS	20,0	42,9	0,0	40,0	75,0	45,5	21	39,6

Fonte: Núcleo de Pesquisas Econômicas em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

\* 53 municípios que informaram a existência de procura por atendimento no SUS por parte de estrangeiros e ou brasileiros não residentes;

\*\* Um secretário municipal de saúde informou que "brasiguaios" seria a nacionalidade de "estrangeiros" que procuram o SUS mais freqüentemente.

ros, e somente três municípios informaram os números registrados de atendimentos. As estimativas de atendimentos mensais a estrangeiros variaram: oito secretários municipais de saúde estimaram realizar em média até 10 atendimentos, sete informaram estimativas entre 11 e 100 casos, e seis secretários estimaram entre 100 e 500 atendimentos mensais.

Aos 53 secretários que informaram existir procura de atendimento no SUS por parte de estrangeiros foi perguntado quais ações eles buscam e com que freqüência. Em cerca da metade ou mais dos municípios é freqüente ou muito freqüente a busca por medicamentos (62%), consulta médica de atenção básica (60%), imunização (50%), parto (50%), exames de patologia clínica (49%), emergência e pré-natal (45%) (Tabela 5). Menores proporções de secretários mu-

nicipais de saúde indicaram como freqüente ou muito freqüente a demanda de estrangeiros por serviços mais especializados, tais como por internação hospitalar (40%), atenção odontológica (38%), serviços de radiodiagnóstico e imagem (38%). A busca por consulta médica especializada (28%) e procedimentos de alta complexidade (13%) foram as demandas menos mencionadas, o que é condizente com o pequeno porte populacional e a baixa oferta de atenção especializada nos municípios estudados (Tabela 5).

Observam-se diferenças nas demandas entre os segmentos de fronteira por país. As maiores procuras ocorrem em localidades que fazem divisa com o Paraguai, nas quais 70% ou mais dos secretários municipais informaram demanda de estrangeiros freqüente ou muito freqüente para nove dos 12 serviços listados na pergunta (Ta-



Tabela 5

Tipo de atendimento buscado freqüente e muito freqüentemente por estrangeiros no SUS do município por país de fronteira, segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Ações demandadas	Argentina (n = 24)		Paraguai (n = 19)		Uruguai (n = 10)		Total (n = 53)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicamentos	13	54,2	15	78,9	5	55,6	33	62,3
Consulta médica de atenção básica	11	45,8	15	78,9	6	66,7	32	60,3
Imunização	9	37,5	14	77,8	4	44,4	27	50,1
Parto	8	40,0	16	88,9	3	33,3	27	50,1
Exame de patologia clínica	6	30,0	14	73,7	6	60,0	26	49,1
Emergência	6	26,1	15	78,9	3	30,0	24	45,3
Pré-natal	9	37,5	12	63,2	3	30,0	24	45,3
Internação hospitalar	6	33,3	13	72,2	2	22,2	21	39,6
Atenção odontológica	9	37,5	7	38,9	4	44,4	20	37,7
Radiodiagnóstico e imagem (média complexidade)	4	28,6	12	80,0	4	40,0	20	37,7
Consulta médica especializada	5	25,0	6	42,9	4	40,0	15	28,3
Procedimentos de alta complexidade	3	20,0	2	28,6	2	25,0	7	13,2

Fonte: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

bela 5). Nessa fronteira, os serviços mais procurados são parto, radiodiagnóstico, emergência, medicamentos e consultas de atenção básica. Segue-se a fronteira com o Uruguai, na qual a proporção de municípios com procura freqüente é inferior: metade dos secretários municipais de saúde informou demanda freqüente ou muito freqüente para apenas três das ações listadas. Na fronteira com a Argentina, as proporções de secretários brasileiros que informaram procura freqüente para os serviços listados foram em geral as menores em comparação com os municípios de fronteira com Paraguai e Uruguai. Todavia, é necessário destacar que ainda que as proporções de municípios onde há procura sejam mais elevadas na fronteira com o Uruguai, em comparação com a Argentina, o número absoluto de municípios com demanda por ações de saúde é maior na fronteira com a Argentina (Tabela 5).

A busca de estrangeiros por atendimento no SUS está relacionada a características da fronteira e da oferta de serviços de saúde dos municípios limítrofes. Municípios mais próximos e de maior porte populacional tendem a atrair maior demanda de estrangeiros, bem como naqueles em que há transporte coletivo transfronteiriço. A presença de hospital do SUS está associada a uma busca freqüente e muito freqüente por estrangeiros (p valor = 0,005), por brasileiros não

residentes (p valor = 0,044) e por serviços de internação (p valor = 0,043) e parto (p valor = 0,034). Os municípios que dispõem de três ou mais UBS apresentam também uma procura mais freqüente por consulta médica de atenção básica (p valor = 0,033) (Tabela 6).

Vale lembrar que a situação do Arco Sul é diferenciada, apresentando maior intensidade das interações transfronteiriças e melhor oferta de serviços de saúde do que nos Arcos Norte e Central da fronteira brasileira, conforme aponta Peiter<sup>9</sup> em seu estudo panorâmico sobre condições de vida e disponibilidade de serviços de saúde nos 569 municípios da faixa de fronteira brasileira, publicado no presente suplemento.

#### **Motivos de busca e dificuldades para a gestão causadas pela demanda de estrangeiros**

Foi solicitado aos secretários municipais de saúde que indicassem, de acordo com sua percepção e experiência, os motivos que levam estrangeiros a buscar atendimento pelo SUS no município com base em uma lista. A proximidade geográfica com o município (68%), a ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de origem (66%), a facilidade de ser atendido (60%), a urgência ou gravidade do caso (60%), e, a qualidade da atenção à saúde no SUS (58%) foram

Tabela 6

Busca de atendimento por estrangeiros e brasileiros não residentes no SUS municipal segundo características da fronteira e oferta de serviços de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Busca de atendimento no SUS freqüente e muito freqüente *	Município possui hospital *						p valor
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Por estrangeiros	17	70,8	7	29,2	24	100,0	0,005
Por brasileiros não residentes	31	68,9	14	31,1	45	100,0	0,044
Por internação	17	81,0	4	19,0	21	100,0	0,043
Por parto	21	77,8	6	22,2	27	100,0	0,034

  

Busca de atendimento no SUS freqüente e muito freqüente *	Município possui 3 ou mais Unidades Básicas de Saúde *						p valor
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Por consulta médica de atenção básica	20	62,5	12	37,5	32	100,0	0,033
Por medicamento	22	66,7	11	33,3	33	100,0	1,004

Fonte: Contagem populacional para os anos intercensitários. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

\* Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

motivos de procura apontados pela maioria dos secretários entrevistados (Tabela 7).

A busca dos estrangeiros por atenção à saúde traz dificuldades para a gestão do SUS com repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade *per capita*, não sendo contabilizada a população itinerante. Essa foi a principal dificuldade apontada por 74% dos secretários municipais de saúde: “a demanda estrangeira sobrecarrega os serviços de saúde e os recursos não são suficientes para atender a todos”, como expressou um dos secretários entrevistados.

A busca de atendimento pelo SUS por parte dos estrangeiros resulta também em dificuldades na garantia da referência regional e na continuidade do tratamento no país de origem, apontadas por 68% dos secretários municipais de saúde (Tabela 7). Como o atendimento ao estrangeiro não está regulamentado é difícil garantir, após o primeiro atendimento no município, a continuidade do tratamento, seja para os necessários encaminhamentos para atenção especializada em outras cidades brasileiras – dificuldade apontada por 90% dos secretários municipais de saúde de localidades de fronteira com o Uruguai e Mato Grosso do Sul com o Paraguai –, seja para a continuidade da atenção no país de origem. Esse foi o problema apontado pela totalidade dos secretários municipais de saúde de localidades de fron-

teira com o Paraguai, destacando empecilhos ao acesso naquele país (Tabela 7). O retorno dos pacientes é também por vezes causa de conflito. Nas palavras de um dos secretários entrevistados na fronteira com o Paraguai, “a solicitação de alguma contrapartida para atendimento de pacientes do Paraguai, como auxílio para transporte de retorno, nem sempre é atendida pelas autoridades do país vizinho, ainda que a demanda seja freqüente, causando aumento das filas e inclusive conflitos com pacientes brasileiros”.

Por outro lado, a cooperação entre países pode ser imprescindível para garantia do cuidado integral aos brasileiros. Muitos municípios de fronteira são isolados dos grandes centros, sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar serviços especializados, o que para pacientes crônicos pode ser uma *via crucis*. Essa foi uma das implicações do fato do município estar localizado na fronteira para a gestão do SUS, apontada pelos secretários municipais de saúde. A formalização de acordos de fronteira poderia facilitar a continuidade de cuidados também para brasileiros, pois como enfatizou um secretário municipal de saúde, “muitas vezes o serviço de saúde necessitado mais próximo está em território estrangeiro”.

Outras implicações explicitadas pelos gestores, dados os fluxos transfronteiriços, foram a dificuldade para vigilância e controle epidemiológicos de determinadas doenças, para a

Tabela 7

Motivos de busca por atendimento no SUS por estrangeiros e dificuldades causadas para gestão segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Motivos de busca e dificuldades	Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul	Santa Catarina	Paraná	Paraná	Mato Grosso do Sul	Total (n = 53)	
	fronteira com o Uruguai (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 14)	fronteira com a Argentina (n = 5)	fronteira com a Argentina (n = 5)	fronteira com o Paraguai (n = 8)	fronteira com o Paraguai (n = 11)	n	%
Motivos de busca por estrangeiros a atendimento pelo SUS municipal								
Proximidade geográfica com o município	60,0	42,9	80,0	80,0	75,0	90,9	36	67,9
Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de fronteira	60,0	35,7	20,0	100,0	100,0	90,9	35	66,0
Facilidade de ser atendido pelo SUS no município	60,0	28,6	80,0	100,0	75,0	63,6	32	60,4
Urgência ou gravidade do caso	50,0	50,0	40,0	80,0	87,5	63,6	32	60,4
Qualidade da atenção à saúde no SUS	40,0	50,0	40,0	100,0	62,5	72,7	31	58,5
Por estar longe de outros centros	30,0	7,1	60,0	40,0	75,0	54,5	21	39,6
Facilidade de transporte para o município	40,0	7,1	20,0	80,0	50,0	63,6	21	39,6
Não ter direito ao acesso gratuito aos serviços públicos de saúde no país de origem	20,0	7,1	0,00	0,0	50,0	72,7	15	28,3
Dificuldades causadas pela busca de estrangeiros por atendimento no SUS municipal								
Para o financiamento das ações de saúde	70,0	50,0	60,0	80,0	100,0	90,9	39	73,6
Para a referência regional	90,0	57,1	20,0	60,0	62,5	90,9	36	67,9
Para a continuidade do tratamento no país de origem	80,0	50,0	0,0	40,0	100,0	100,0	36	67,9
Para a oferta de ações e serviços de saúde	60,0	21,4	20,0	60,0	75,0	81,8	28	52,8
Para a qualidade da atenção prestada	40,0	14,3	40,0	20,0	12,5	81,8	19	35,8

Fonte: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

\* 53 municípios que informaram a existência de procura por atendimento no SUS por parte de estrangeiros e/ou brasileiros não residentes.

programação de imunização e para cálculo de estimativas de cobertura populacional, pois bebês de mães que vieram para usufruir de parto hospitalar no Brasil podem ser registrados como brasileiros e depois retornam ao país de origem não sendo vacinados no município. “O que acaba prejudicando alguns indicadores como, por exemplo, de cobertura vacinal e de pré-natal. Há mulheres que chegam à cidade apenas no momento do parto, sem a realização do pré-natal no município”, comentou um dos secretários municipais de saúde.

#### **Presença de estratégias locais para a cooperação internacional em saúde**

Buscando enfrentar as dificuldades apontadas, iniciativas locais de cooperação entre gestores brasileiros e estrangeiros são empreendidas na região de fronteira, tendo sido observada a presença de algum tipo de cooperação em saúde

em cerca da metade dos municípios pesquisados (48%).

Relações formais ou informais entre o SUS municipal e os serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira e iniciativas relativas a questões de saúde na fronteira são mais presentes nos segmentos de fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai, do Paraná com o Paraguai e de Mato Grosso do Sul com o Paraguai (Tabela 8). Os tipos de cooperação mais freqüentes são fórum ou grupo internacional no município ou região sobre saúde na fronteira (apontado por 25% dos secretários municipais de saúde), realização de ações conjuntas de controle de vetores (23%), troca regular de informações epidemiológicas (16%) e ações conjuntas de vigilância ambiental (16%) (Tabela 8). Outras vezes os contatos são informais, ocorrendo colaboração no atendimento a pedido da autoridade de um outro país ou contatos diretos entre profissionais de saúde com escambo de serviços,

Tabela 8

Presença de ações em saúde relacionadas com a situação de fronteira e de estratégias de cooperação com cidade estrangeira de fronteira. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.

Tipos de iniciativa	Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul	Santa Catarina	Paraná	Paraná	Mato Grosso do Sul	Total (n = 53)	
	fronteira com o Uruguai (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 18)	fronteira com a Argentina (n = 10)	fronteira com a Argentina (n = 8)	fronteira com o Paraguai (n = 10)	fronteira com o Paraguai (n = 11)	n	%
Presença de relações formais ou informais com serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira e/ou de iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira	70,0	38,9	10,0	50,0	60,0	63,6	32	47,8
Fórum ou grupo que trate de questões específicas de saúde na fronteira no município ou região	30,0	16,7	10,0	25,0	60,0	18,2	17	25,4
Ações conjuntas de controle de vetores	20,0	16,7	0,0	25,0	50,0	36,4	16	23,9
Contatos informais entre profissionais para encaminhar pacientes	40,0	5,6	10,0	12,5	20,0	27,3	12	17,9
Mecanismo de troca regular de informação epidemiológica	10,0	5,6	10,0	12,5	40,0	27,3	11	16,4
Ações conjuntas de vigilância ambiental	20,0	16,7	0,0	25,0	30,0	9,1	11	16,4
Cooperação técnica em saúde entre o município e a cidade estrangeira de fronteira	30,0	0,0	10,0	25,0	20,0	18,2	10	14,9
Atividades de capacitação com participação de profissionais de saúde das cidades estrangeiras de fronteira	20,0	5,6	10,0	12,5	10,0	27,3	9	13,4
Acordo entre os governos locais para viabilizar os atendimentos	10,0	0,0	10,0	0,0	0,0	9,1	3	4,5
Mecanismo de encaminhamento formal	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	2	3,0

Fonte: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

não existindo iniciativas formalmente estabelecidas (18%).

São exemplos dessas iniciativas de cooperação com o outro país especificadas pelos secretários municipais de saúde: atividades conjuntas para prevenção do dengue, AIDS e febre amarela, preparação de calendário unificado de imunização, campanhas de vacinação, cursos de capacitação profissional em programas de saúde pública, seminários binacionais em saúde co-financiados, reuniões conjuntas de conselhos locais de saúde, remoção de pacientes em urgências, permuta e cessão de material e equipamentos.

Entre os fóruns de discussão sobre a saúde nas fronteiras, destacam-se: (i) a atuação do Grupo de Trabalho para a Integração das Ações em Saúde, coordenado pela empresa pública Itaipu

Binacional na fronteira Brasil/Paraguai, integrado por representantes de governo locais, departamentais e nacionais com planejamento e execução conjunta de ações nas áreas de serviços de saúde, vigilância, informações em saúde e formação profissional; (ii) e a Comissão Binacional Assessora de Saúde da Fronteira Brasil-Uruguai, com participação de representantes dos governos nacionais e do estadual do Rio Grande do Sul, com atuação em vigilância epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador, integração assistencial e hidatidose.

Os secretários municipais de saúde reconhecem a insuficiência de iniciativas e propõem temas prioritários de cooperação. Dois terços dos secretários municipais de saúde (70%) consideram necessário firmar acordos entre o municí-

pio brasileiro e a cidade estrangeira vizinha para tratar de questões de saúde na fronteira, principalmente nas áreas de: (i) vigilância epidemiológica de diversos agravos, como dengue, malária, AIDS, tuberculose, hepatites; (ii) prestação de serviços bilaterais e circulação de pacientes para atenção básica, pré-natal, parto, serviços hospitalares e especializados; e (iii) exercício profissional. Na fronteira com o Uruguai, a ênfase esteve no estabelecimento de acordos para possibilitar atendimento especializado de usuários do SUS no Uruguai e para a permissão da atuação dos profissionais de saúde das duas nacionalidades em ambos os territórios. Na fronteira com o Paraguai, secretários municipais de saúde apontaram a necessidade de acordos para contrapartidas ou ressarcimento financeiro, dada a percebida elevada demanda de população paraguaia no SUS. Na fronteira com a Argentina, o destaque foi para calendário único de imunizações e ações de vigilância epidemiológica.

### Considerações finais

A busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam. Por outro lado, os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, e 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. Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos, sejam nas abordagens organizacionais da assistência, aliados às estratégias individuais para garantia de acesso, intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços e, levam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde.

As dificuldades para garantia do direito à saúde nessas circunstâncias apresentam novas facetas e dubiedade quanto à interpretação desse direito. Constatou-se durante a realização da pesquisa diversidade de concepções de “estrangeiro”. Nas entrevistas, parte dos secretários municipais de saúde considerou como estrangeiros: brasileiros não residentes no país, brasileiros com dupla nacionalidade, e por vezes filhos de brasileiros nascidos no outro país, ou filhos de estrangeiros nascidos no Brasil, sem

documentação brasileira por insuficiência de renda familiar para regularizar a cidadania.

Ainda que a maioria dos secretários municipais de saúde tenha considerado que estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS, barreiras de acesso restritivas deste direito foram identificadas, ferindo a legislação nacional. No Brasil, a *Constituição Federal* de 1988 afirma a saúde como “*Direito de Todos e Dever do Estado*”, e a *Lei nº. 8080* ao regulamentar o texto constitucional, reitera que “*Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício*”. Assim, ainda que a legislação em saúde não se refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos, e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade. De outra parte, o artigo 5º da *Constituição Federal* reza que “*Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade...*”, donde se conclui que estrangeiros residentes têm os mesmos direitos sociais dos brasileiros. O que é também afirmado pelo *Estatuto do Estrangeiro (Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980)* que em seu artigo 95 rege: “*O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis*”<sup>10</sup>.

A legislação para estrangeiros em vigor no país é retrógrada e anterior à *Constituição Federal* de 1988 e à criação do MERCOSUL (encontrando-se em processo de reformulação no Legislativo Federal), todavia aponta para a garantia de iguais direitos aos estrangeiros residentes com permanência regulamentada. Para estrangeiros de cidades fronteiriças entretanto, não há referência no *Estatuto do Estrangeiro* ao acesso à atenção à saúde, ficando a garantia deste direito dependente do poder discricionário da autoridade local, ainda que seja permitido aos estrangeiros fronteiriços exercer função remunerada, frequentar escolas e obtenção de Carteira de Trabalho e de Previdência Social brasileiras. De outra parte, há dificuldades burocráticas e financeiras para regularização da situação de residência ou de cidadania, com presença freqüente de indocumentados nas localidades fronteiriças, ficando esta população sem possibilidades de exigir seus direitos.

A pesquisa de campo também permitiu observar que na falta de legislação específica para atendimentos a estrangeiros, paradoxalmente, uma melhor organização do sistema de saúde

municipal, como por exemplo, a implantação do PSF ou a implementação do cartão SUS, pode dificultar o atendimento aos estrangeiros ao organizar a demanda e restringir o atendimento aos usuários cadastrados. Por outro lado, como discutido por Nogueira et al.<sup>11</sup>, neste fascículo, a inexistência de regras para a atenção, do lado brasileiro favorece decisões pessoais dos gestores e profissionais de saúde, fazendo com que usuários não-brasileiros permaneçam em incerteza constante quanto ao tipo de atendimento que receberão.

As iniciativas de ações conjuntas e os temas de acordos de cooperação apontados pelos secretários municipais de saúde indicam ser as fronteiras laboratórias do enfrentamento de dilemas da integração, antecipando repercussões da criação de mercados comuns sobre os sistemas de saúde. Os resultados do estudo ratificam a necessidade de uma legislação específica para municípios da linha de fronteira, de modo que a população neles residente tenha direitos diferenciados para garantia de acesso integral aos serviços de saúde. A diversidade dos sistemas de saúde nos países da fronteira estudada aponta para acordos binacionais que considerem a experiência e tradição local de cooperação na fronteira e as especificidades dos sistemas de saúde dos países. A realização e implementação de acordos específicos, como o acordo bilateral Brasil-Uruguai, além do fortalecimento de instituições supranacionais voltadas para a integração fronteiriça, são fundamentais para a promoção da cidadania da população de fronteira<sup>8</sup>.

Ainda que perspectivas econômicas tenham ocupado lugar de destaque nas negociações entre os países nos processos de integração, questões sociais têm estado cada vez mais presentes nas agendas da integração do MERCOSUL. O caso da União Européia (UE) é ilustrativo das possibilidades de acordos necessários para garantia do direito universal à saúde. A UE reconhece a heterogeneidade dos sistemas de saúde dos países e a garantia de acesso universal a serviços de saúde de qualidade. A organização do sistema de serviços e o financiamento permanecem uma competência nacional e ainda nos dias atuais, a maior parte dos cidadãos europeus concorda que as políticas sociais são atribuições principalmente dos Estados nacionais<sup>12</sup>. Todavia, desde os anos 1970, sucessivas legislações ampliaram

progressivamente a garantia de atenção à saúde em outro país da União<sup>13,14</sup>. Atualmente, a UE garante acesso transfronteiriço, tendo estabelecido mecanismos de cooperação e compensação. A regulamentação garante que o paciente seja tratado com os mesmos direitos dos cidadãos do país no qual recebe tratamento. A compensação financeira entre os Estados Membros pelos tratamentos prestados é realizada mediante pagamentos de despesas individuais, ou por meio de uma taxa básica, relativa ao conjunto de tratamentos realizados durante um ano. Outros Estados renunciam mutuamente a reclamar ressarcimento, tratando os pacientes sem solicitar compensação<sup>15</sup>.

A experiência européia mostra que as decisões de política social permanecem uma atribuição dos países e que as pessoas preferem receber tratamento em seu local de residência, não tendo ocorrido fluxos intensos de pacientes mesmo com acesso liberado. Mostra também a importância da atuação dos Estados nacionais na garantia do direito à saúde e na construção de acordos para enfrentar assimetrias entre países na garantia deste direito. Aponta para necessidade de que os mecanismos para acesso devem ser facilitados e uniformes, dando pouca margem a diferentes interpretações, pois obstáculos burocráticos podem incidir negativamente sobre o direito do paciente ser tratado em outro país<sup>16</sup>. Nesse sentido, as iniciativas locais de cooperação entre gestores identificadas na pesquisa podem orientar a formulação de diretrizes específicas para situações de fronteira que possibilitem a melhoria do acesso, integral e humanitário às ações de saúde no MERCOSUL. Por outro lado, nos processos de integração é necessário criar novas institucionalidades e métodos de regulação supranacional, com participação de atores sociais capazes de gerar consensos e dar legitimidade a instrumentos de decisão em nível regional na construção da cidadania social, reduzindo desigualdades sociais e assimetrias entre países.

A tarefa é das mais complexas e a garantia do direito à saúde para além das fronteiras insere-se em movimento supranacional. É necessário somar vozes com movimentos pela cidadania global, de universalização de direitos, em um mundo sem fronteiras não apenas para mercados e capitais, mas principalmente para as pessoas.



## Resumo

*No contexto de formação de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras convivem diferentes sistemas políticos, monetários, de segurança e proteção social, e a intensificação de fluxos decorrentes da integração gera novos desafios para os sistemas de saúde, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito à saúde nas regiões fronteiriças. Este trabalho apresenta resultados de pesquisa com o objetivo de analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL. Foi realizado inquérito com secretários municipais de saúde das 69 localidades brasileiras da linha de fronteira com países do MERCOSUL referentes aos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul. Buscou-se identificar ações demandadas pela população fronteiriça, mecanismos utilizados para acesso, fluxos entre serviços e sistemas, estratégias de resposta e acordos locais. Iniciativas de cooperação entre gestores locais brasileiros e estrangeiros, identificadas em quase metade dos municípios, podem orientar a formulação de diretrizes para situações de fronteira que possibilitem a melhoria do acesso integral à atenção à saúde.*

*Áreas de Fronteira; Política de Saúde; Serviços de Saúde; Sistemas de Saúde*

## Colaboradores

Todas as autoras participaram do processo de pesquisa em diferentes fases, da discussão dos dados e da concepção e elaboração do artigo. L. Giovanella, L. Guimarães e L. V. C. Lobato organizaram e redigiram a análise dos dados. V. M. R. Nogueira redigiu a revisão sobre direitos à saúde e fronteira. G. N. Damacena descreveu a metodologia, elaborou tabelas e realizou a análise estatística. O manuscrito foi revisado pelas quatro primeiras autoras para sua redação final.

## Agradecimentos

A pesquisa foi realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

## Referências

1. Sánchez DM. Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 2:S155-63.
2. Lucchese G. Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
3. Bolis M, editor. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
4. Ministério da Integração Nacional. Proposta de estruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Secretaria de Programas Regionais, Ministério da Integração Nacional; 2005.
5. Dal Prá KR, Mendes JMR, Mioto RCT. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 2:S164-73.
6. Vieira L. Cidadania global e estado nacional. *Revista Dados* 1999; 42:395-419.
7. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: John Wiley and Sons; 1981.
8. Gadelha CAG, Costa I. A política nacional de integração e o desenvolvimento das fronteiras: o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDFF. In: Oliveira TCM, organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS; 2005. p. 25-46.
9. Peiter PC. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 2:S237-50.
10. Brasil. Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. *Diário Oficial da União* 1980; 19 ago.

11. Nogueira VMR, Dal Prá K, Fermiano S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira MERCOSUL. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 2:S227-36.
12. Heien T. Wer will eigentlich eine Sozialunion? Die Haltung der Bürger zu einer Verlagerung sozialpolitischer Kompetenzen und Massnahmen auf die europäische Ebene. *Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy* 2006; 55:241-8.
13. Guimarães L, Giovanella L. Integração Européia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1795-808.
14. Leidl R. Health care and its financing in the single european market. Amsterdam: IOS Press; 1998.
15. Bertinato L, Busse R, Fahy N, Legido-Quigley H, McKee M, Passarani I, et al. Cross-border health care in Europe. Policy brief. Regione de Veneto. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization; 2005.
16. Hermans LLMB, Brouwer W. Quality issues on cross-border care: a literature search. Rotterdam/Utrecht: European Health Management Association; 2003.

---

Recebido em 19/Mar/2007

Versão final rerepresentada em 28/Mai/2007

Aprovado em 29/Mai/2007