

The book cover features a background of a map with red splatters and stains. The text is arranged as follows:

Organizadores
Alaerte Antonio Martelli Contini
Camilo Pereira Carneiro Filho
Gustavo de Souza Preussler

FRONTEIRAS E DIREITOS HUMANOS EM PERSPECTIVA



EDITORA ÍTHALA



Capítulo 5

A SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI: DIREITO FUNDAMENTAL E MECANISMO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

HEALTH IN THE BRAZIL-PARAGUAY FRONTIER: FUNDAMENTAL LAW AND REGIONAL INTEGRATION MECHANISM

Tamyris Rocha¹

Tomaz Espósito Neto²

RESUMO: O direito à saúde é um direito fundamental que consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos e também configura um mecanismo de integração regional de grande importância para desenvolvimento de áreas deprimidas economicamente, como as zonas de fronteira. O presente trabalho tem como objetivo apresentar como a saúde e a fronteira se estabelecem como pauta do processo de integração, a formatação do acesso à saúde no Brasil e no Paraguai, e a relação existente entre a proximidade e a transfronteirização dos serviços de saúde. Para tanto, aborda as diferenças nas disposições legais e constitucionais do Brasil e do Paraguai quanto ao direito à saúde, como são formados os sistemas de saúde de ambos os países e ainda a realidade política atual e sua interferência direta na criação e desenvolvimento das políticas de cooperação em saúde entre os países estudados. O estudo apresenta algumas assimetrias existentes no acesso ao direito à saúde que acabam por justificar a demanda de atendimento de paraguaios no sistema de saúde brasileiro e a dificuldade da implantação de políticas que contemplem garantam a efetiva harmonização do acesso à saúde no Mercosul.

Palavras-chave: acesso à saúde; integração; desenvolvimento; fronteira; Mercosul.

- 1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Fronteiras e Direitos Humanos da UFGD. Bacharel em Direito pela UFGD (2009). E-mail: tamyris_rocha@hotmail.com.
- 2 Doutor em Ciências Sociais pela PUC/-SP (2012). Mestre em História pela PUC/-SP (2009). Bacharel em Relações Internacionais pela PUC/-SP. Professor do Programa de Pós-Graduação em Fronteiras e Direitos Humanos da UFGD. E-mail: tomazeneto@gmail.com.

ABSTRACT: The right to health is a fundamental right contained in the definition of the Universal standard of Human Rights and also constitutes a mechanism of regional integration of great importance for the development of areas disproportionately economically, as the zones of border. The present paper aims to present how health and the border are established as a guideline of the integration process, the format of access to health in Brazil and Paraguay, and the relationship between the proximity and the cross-restructuring of health services. It addresses the differences in the legal and constitutional provisions of Brazil and Paraguay regarding the right to health, how the health systems of both countries are formed, and also the current political reality and its direct interference in the creation and development of cooperation policies between the countries studied. The study presents some existing asymmetries in the access to the right to health that end up justifying the demand for Paraguayan care in the Brazilian health system and the difficulty of implementing policies that contemplate ensuring the effective harmonization of access to health in Mercosur.

Keywords: access to health; integration; development; border; Mercosur.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde além de ser considerado um direito fundamental que consta no artigo 25, inciso I da Declaração Universal dos Direitos Humanos, estabelecida em 1948, no âmbito das Nações Unidas, é também um mecanismo de integração regional de grande importância para o desenvolvimento de áreas deprimidas economicamente como as zonas de fronteira. No tocante à realidade sul-americana, foram estabelecidas como pauta do processo de integração do Mercosul a formatação do acesso à saúde nos países membros. No caso da fronteira Brasil-Paraguai o objetivo era fortalecer o intercâmbio e a transfronteirização dos serviços de saúde.

O presente trabalho aborda as diferenças nas disposições legais e constitucionais de dois países mercosulinos – Brasil e Paraguai – quanto ao direito à saúde, analisa ainda os sistemas de saúde de ambos os países, a realidade política atual e sua interferência direta na criação e desenvolvimento das políticas de cooperação em saúde entre os países estudados. Também apresenta algumas assimetrias existentes no acesso ao direito à saúde que acabam por justificar a demanda de atendimento de paraguaios e brasiguaios no sistema de saúde brasileiro.

Para tanto, o capítulo está organizado em três partes principais, sendo que primeira aborda a inclusão do tema saúde na pauta da integração regional, o tópico destaca o potencial da saúde como vetor de desenvolvimento social e econômico e sua importância nas regiões de fronteira, especialmente naquelas em que há grande interação entre os cidadãos fronteiriços. O segundo tópico apresenta uma análise comparativa entre as regulamentações constitucionais e legais do direito à saúde no Brasil e no Paraguai. Já a terceira parte apresenta a estrutura dos sistemas de saúde dos países estudados e a realidade política

que envolve o tema. O presente trabalho configura uma pesquisa qualitativa, pautada em análise bibliográfica e documental, sob a ótica do Direito e das Relações Internacionais, com recorte espacial referente à região de fronteira Brasil-Paraguai, cujo recorte temporal abrange o período entre 2005 e 2015.

1 A SAÚDE NA FRONTEIRA E INTEGRAÇÃO REGIONAL NO MERCOSUL

Nos últimos anos, o setor de saúde tem sido considerado um indutor do modelo de desenvolvimento, ganhando destaque internacional na Organização Mundial da Saúde, que constantemente apoia estudos que ressaltam a importância do setor diante da intensa relação entre as condições de saúde da população e sua capacidade de desenvolvimento econômico (OMS, 2001). Sen (2010) destaca que a liberdade econômica, e por consequência o desenvolvimento de uma população, está diretamente atrelada às oportunidades sociais de educação e saúde, que acabam por complementar-se às oportunidades individuais de participação econômica e política. Por sua vez, Gadelha (2006) destaca o alto potencial mercantil e de produção de renda dos produtos e serviços relacionados ao setor de saúde, que possui um grande complexo industrial, extremamente dinâmico e com alto grau de inovação e potencial de geração de renda e emprego.

Além do impacto sobre a capacidade de desenvolvimento social e humano e de dinamização da economia, o setor de saúde influencia de forma significativa a abordagem das questões referentes à integração regional. Tanto pela necessidade de abordagem e planejamento territorial da saúde, como pelo fato de que as fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países. Assim, o planejamento das ações de saúde na fronteira necessariamente impõe a discussão das relações entre territórios vizinhos (GADELHA; COSTA, 2007). No Mercosul, em 1996, com a criação do Subgrupo de Trabalho 11, ocorreram grandes avanços institucionais no âmbito da saúde, com o intuito de harmonizar legislações dos Estados e os critérios para vigilância epidemiológica e controle sanitário (MERCOSUL, 1996). Cabe destacar a criação da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados, fórum criado para a discussão das macropolíticas e estratégias para o setor da saúde, no qual são discutidos temas como vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis, dengue, febre amarela, HIV/AIDS, questões sobre saúde sexual e reprodutiva, saúde ambiental e do trabalhador, implementação do Regulamento Sanitário Internacional, doação e transplantes de órgãos, sistema de informação e comunicação em saúde, entre outros.

As discussões consubstanciam as pautas negociadoras do bloco e estão baseadas em planos e projetos comuns de várias comissões intergovernamentais conjuntas, o que mostra avanços institucionais quanto ao tema da saúde no Mercosul e, também, maior par-

ticipação dos atores subnacionais. As dificuldades ainda são muitas, o processo de integração tem sido gradual e lento, baseado principalmente nas questões relacionadas à circulação de produtos e nas ações de saúde pública de alta externalidade, tais como as de vigilância sanitária e epidemiológica (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

Para Draibe (2007), problemas antigos permanecem sem solução, como, por exemplo, a restrição do livre comércio de serviços de saúde e produtos para saúde, a proibição de livre circulação profissional e a falta de harmonização das legislações e da criação de um fundo orçamentário comum. Ainda assim, a importância das questões sociais e, especificamente, da saúde na agenda do Mercosul foi evidenciada com o processo de integração econômica. Na fronteira essa preocupação recebeu destaque, pois se mostrou um importante vetor de integração que deve ser atrelada a ações que dependem de articulação política (BAUERMANN; CURY, 2015). A diferença de mecanismos de garantia do direito à saúde nos países membros, bem como a inexistência de ações conjuntas de grande porte voltadas a essas regiões de maior fluxo de integração levaram ao distanciamento dos países envolvidos à garantia do acesso à saúde de maneira universal (SWARTZ; FUGA, 2015).

Apesar da implementação de uma agenda social na teoria, na prática o que se observa é a dificuldade de implantação das medidas previstas na agenda do bloco. Para Luciano (2013), diversas mudanças podem ser identificadas na estrutura institucional do Mercosul, todavia o processo de integração se mantém caracterizado como intergovernamental, em razão do grande poder decisório que os executivos nacionais possuem em relação aos rumos da integração. São os executivos nacionais que determinam as prioridades e diretrizes da integração regional. Segundo Malamud (2010), ainda que a integração do Mercosul possa ser orientada para o mercado (*market-oriented*), nela prevalece a busca pela proteção das soberanias estatais e não pelo compartilhamento ou delegação dessa. A convergência de políticas é dificultada pelos interesses particulares de cada Estado e o comprometimento de cada um na garantia dos princípios do bloco, bem como à continuidade política dos governos. Conflitos são inevitáveis no processo de integração, mas não necessariamente representam fracassos, apenas dificuldades a serem superadas.

A primeira forma de gerenciar tais conflitos envolveria instrumentos jurídicos e institucionais existentes, já a segunda forma seria uma solução informal, representada por uma negociação direta entre os envolvidos (SCHMITTER; MALAMUD, 2005). Em alguns casos, esse tipo de solução informal pode até ser eficiente por algum tempo, mas em sua maioria não representa uma solução definitiva para as reais causas dos conflitos, o que os trazem novamente à tona (MARIANO, 2015). Além disso, o gerenciamento dos conflitos pode ser direcionado para as instituições nacionais ou ainda pode ser capitaneado por estruturas institucionais regionais. Nesse momento se percebe a postura do governo brasileiro diante dos fatos e da expectativa quanto à modificação das assimetrias regionais e setoriais existentes.

No caso do Brasil, essa atitude se mostra por meio de políticas públicas que contemplam a área da saúde, especialmente na faixa de fronteira, onde os efeitos da integração

acabam por se potencializar. No início dos anos 2000 essa postura se mostrou a partir de diversas discussões levantadas acerca da importância da saúde na agenda de desenvolvimento, mas também da integração regional. Assim, o governo brasileiro se dispôs a melhor compreender as demandas e problemas de saúde nas áreas fronteiriças e empreendeu esforços para uma ação conjunta, efetiva e sustentável, instituindo o Sistema Integrado de Saúde das fronteiras (SIS-Fronteiras), regulamentado e criado pela Portaria GM/MS n. 1.120 de 2005. Segundo Gadelha e Costa (2007), o SIS-Fronteiras criou um instrumento que busca a melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde ao racionalizar a oferta e melhorar a infraestrutura. A intenção inicial era que o sistema pudesse também impulsionar o processo de sedimentação da integração regional, já que teve como principal motivação o reconhecimento de que o processo de harmonização necessário à integração dos sistemas de saúde dos países envolvidos não era compatível com a organização e ressignificação das fronteiras que estava vigente à época da criação do programa.

A iniciativa visava também subsidiar o processo de harmonização de saúde entre os países, em especial do Mercosul, necessários para o estabelecimento de marcos legais para a integração, otimização e qualificação da atenção prestada nas fronteiras. Todavia, mesmo diante das medidas unilaterais, é evidente a existência de um descompasso do bloco, que pode ser percebida diante da inexistência de motivação de grande parte dos países membros quanto à adoção de políticas e medidas de maior abrangência quanto ao desenvolvimento sanitário. Isso obriga os países que sofrem um maior impacto nesse campo a adotar medidas unilaterais, nem sempre eficazes. Dessa forma, o objetivo de garantir a harmonização legislativa sobre as questões sanitárias está longe de ser uma realidade. No processo de integração é importante haver um Estado disposto a assumir os custos da integração e oferecer maiores benefícios aos demais e esse é o custo em assumir a liderança no processo (SCHMITTER; MALAMUD, 2005). Diante da realidade do bloco, o governo brasileiro se mostra um ator importante e com papel diferenciado no desenvolvimento do processo negociador da integração no Mercosul.

Os períodos de crise no modelo político e, principalmente, institucional do Mercosul são os momentos em que há maior cobrança sobre o Estado líder. Essas cobranças acabam por influenciar as respostas do governo e conseqüentemente a construção de sua política interna quanto as questões pertinentes à integração regional. Contudo a mesma responsabilidade e engajamento pelas questões sociais, em especial quanto à saúde, não é percebida nos demais países. Nos dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) houve uma nova estratégia de inserção internacional do país, com grande enfoque no processo de integração regional da América do Sul. Assim, o Brasil saiu da condição de mero receptor de cooperação internacional, no modelo Norte-Sul, para a de prestador de cooperação agora a outros países em desenvolvimento, especialmente na cooperação Sul-Sul. Todavia, tais perspectivas tiveram grande declínio no governo Dilma Rousseff e foram alteradas nos governos subsequentes de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

Aliada à vulnerabilidade da realidade política as discussões acerca da saúde no Mercosul, em especial nas fronteiras, mostram-se dificultosas, pois remetem à necessidade de financiamento do próprio processo integrativo. Isso porque, a ocorrência de conflitos, assimetrias e demandas diversas trazem a necessidade de financiamento conjunto dos meios de solução. No caso da saúde, o atrelamento das soluções ao desenvolvimento do processo de harmonização e a concentração do tema no controle do acesso e compensação financeira foram apontados como os dois principais empecilhos ao processo de integração das ações de saúde, especialmente nas fronteiras (GALLO; COSTA, 2004). Assim, a disparidade entre os países quanto à garantia ao acesso à saúde e a inexistência de medidas que possibilitem a harmonização política e legislativa acerca do tema configuram obstáculos para o efetivo desenvolvimento desse setor e trazem diversas complicações para as localidades onde há grande interação entre populações de diferentes países, como as cidades de fronteira. A inexistência de uma entidade supranacional que aja na negociação e convergência dos interesses, oriundos de diversas escalas, bem como de um sistema de compensação financeira, acaba por provocar a criação de políticas unilaterais nos Estados mais prejudicados, que não se apresentam como um meio de solução efetiva dos conflitos e não garantem o acesso a saúde igualitário para todos.

2 O DIREITO AO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL E NO PARAGUAI

A Organização Mundial da Saúde define a saúde como o conjunto do bem-estar físico, social e mental. Conceito amplamente utilizado especialmente no âmbito do Direito, sendo a disposição da saúde como um direito fundamental, baseada no conceito mencionado. A saúde configura um emaranhado de garantias, tanto de saúde física, determinado pela ausência de patologias, como também pelo emaranhado de preceitos fundamentais necessários para o ser humano desfrutar um bem-estar pleno, relacionando-se com o meio ambiente de maneira saudável. A saúde representa uma incessante busca pelo equilíbrio entre influências do meio ambiente, modo de vida e de vários outros componentes. Esse padrão de bem-estar foi previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No Brasil, a Constituição de 1988 foi a primeira a elevar o direito à saúde ao patamar de direito fundamental, incluindo-a na condição de direito social e, nessa condição, ainda trouxe o caráter de obrigação prestacional do Estado. Ao prever o direito a saúde como um direito social, e estando esses sob a égide dos direitos fundamentais, é garantido ao direito à saúde todas as características e a proteção jurídica diferenciada, inclusive a condição de *clausula pétre*a, conforme o artigo 60, § 4º, inciso IV, da CF/88. Por ser o direito à saúde indispensável ao exercício de tantos outros direitos, a Carta Magna brasileira dispôs em diversos artigos a aplicação e a garantia do direito a saúde de maneira geral, e associada a

diversos outros segmentos. Mas foi no artigo 196 que preceituou e conferiu responsabilidades ao Estado como garantidor da ordem constitucional:

Art.196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Para Simionatto, Nogueira e Gomez (2004, p. 81), no Brasil, o conceito de saúde adotado pela Constituição vai além da visão centrada na assistência à doença e no modelo curativo, apontando para uma perspectiva de integralidade, atenção à saúde, com priorização das atividades preventivas, conforme dispõe o artigo 198, II. As priorizações das medidas preventivas, ante as medidas assistenciais, apontam para o princípio da integralidade, que é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro. No Paraguai, o marco sanitário está regido, como no Brasil, pela Constituição Nacional em capítulo específico (CAPÍTULO VI) que dispõe sobre a obrigação do Estado em proteger e promover o acesso à saúde, como um direito fundamental. O artigo 68 da Constituição Nacional dispõe acerca da responsabilidade do Estado e sobre o caráter de direito fundamental do direito à saúde:

Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y em interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

Como na Constituição brasileira, o conceito de saúde utilizado pelo constituinte paraguaio abrange diversos fatores para qualificar o direito a saúde e não só a saúde como a ausência de doença, o que demonstra que o direito à saúde está diretamente ligado a tantos outros direitos sociais, bem como é condição essencial ao exercício da cidadania plena (SEN, 2010). Para Simionatto, Nogueira e Gomez (2004), o texto constitucional paraguaio traz a concepção de saúde mais próxima da visão higienista, na qual a doença é tomada como centro do processo de assistência. Os dispositivos evidenciam o caráter impositivo do direito à saúde, representando mais que uma mera previsão constitucional, mas sim uma garantia que, mesmo carecendo de atividade legiferante para se efetivar, deve ter sua aplicabilidade imediata. No que tange às competências e obrigações do Estado na efetivação do direito à saúde, a Constituição brasileira, por meio da institucionalização do Sistema Único de Saúde, prevê ações e serviços de saúde e as diretrizes básicas para a operacionalização desse sistema:

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Os constituintes brasileiros e paraguaios dispuseram sobre a caracterização e delimitação das ações do Estado para a efetivação do direito à saúde. No Brasil, essa delimitação está expressa nos artigos 194, 196 e 198 da Constituição Federal. É possível verificar no artigo 196 que a garantia da saúde é composta de ações do Estado para a prevenção e igualdade de oportunidades de utilização dos meios de tratamento pelos sujeitos, por meio de políticas sociais e econômicas. Por sua vez, o artigo 69 da Constituição paraguaia dispõe sobre as ações que o Estado deve seguir para a efetivação do direito, bem como as diretrizes para a criação do sistema nacional de saúde:

Artículo 69 - DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Ambas as Constituições estabelecem de maneira clara e objetiva o direito à saúde como um direito fundamental e de responsabilidade do Estado, que deve garanti-lo de maneira integral e universal, dispondo sobre a criação de um sistema nacional de saúde, a ser encarregado da garantia do direito previsto constitucionalmente. Assim, o Estado assume papel central na coordenação e estruturação das políticas de saúde.

3 OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DO PARAGUAI

Para além das disposições constitucionais tanto brasileiras como paraguaias que dispõem sobre o direito ao acesso à saúde como um direito de todos e dever do Estado, observa-se que em ambos os países a regulamentação acerca dos sistemas de saúde se dá por meio de legislação infraconstitucional. Nesse sentido, Preuss (2011) entende que o Brasil é o único país do Mercosul a apresentar a assertiva da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, com detalhamento de ações, serviços, financiamento e, especialmente, instituindo um sistema único de saúde, que se propõe universal e integral no acesso e no atendimento.

No Brasil, a disposição constitucional foi regulamentada pela lei n. 8.080 e 8.142, editadas em 1990, normatizando o SUS e dispondo acerca dos princípios éticos e organizacionais, sendo eles a universalidade, o caráter democrático e descentralizado da adminis-

tração e a integralidade. A lei em exata correspondência ao artigo 198 da Constituição normatiza um Sistema Único de Saúde, com gestão descentralizada, democrática, que garanta o acesso universal, integral, e com foco na prevenção das doenças. O financiamento, nos termos do artigo 195, se dará por meio de recursos advindos da União, dos estados e dos municípios, e da Seguridade Social.

No Paraguai, a Constituição dispõe sobre a adoção de medidas específicas para erradicar as enfermidades que atingem a população, regulando para tanto a implementação do Sistema Nacional de Saúde. Assim, para dar cumprimento à disposição constitucional, a Lei 1032/96 instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que trouxe um modelo de sistema fragmentado e segmentado, tendo como princípios éticos/doutrinários a equidade, integralidade, participação social e a qualidade da atenção. O artigo 4º da referida lei dispõe sobre a atuação do Estado. Por meio do sistema de saúde, pretende-se distribuir de maneira equitativa e justa os recursos do setor de saúde, para que os serviços sejam prestados de maneira equitativa, oportuna e eficiente, sem qualquer discriminação, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e cuidados paliativos.

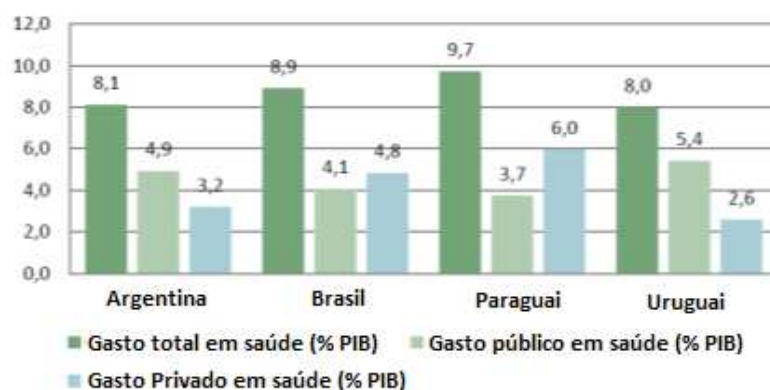
Dokko (2014) destaca que, ainda que apresentem princípios bastante parecidos, Brasil e Paraguai possuem diferenças de concepção sobre o direito à saúde, objetivos, princípios, financiamento e gestão dos sistemas de saúde. Diferenças pontuais que podem justificar a disparidade de cobertura e qualidade no acesso aos serviços de saúde, especialmente no que tange à universalidade dos serviços. As maiores diferenças entre os respectivos sistemas correspondem à forma de financiamento e gestão, o que influencia diretamente no acesso e cobertura da população, causando assimetrias que conduzem os usuários do Paraguai, especialmente os fronteiriços a buscar atendimento nas cidades brasileiras. No Brasil, o sistema de saúde é público, todavia composto pela esfera pública e privada (ao setor privado cabe uma função suplementar, ou de prestação de serviços para o sistema público) e possui uma cobertura de atendimento de 75% da população, sendo que os outros 25% são cobertos pelo Sistema de Atenção Médica Supletiva (PREUSS, 2011).

O financiamento se dá por meio de receitas próprias da União, dos estados e dos municípios, e a disponibilização de recursos se dá por meio de transferências intergovernamentais, realizados por intermédio dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, que são gerenciados por órgãos do poder executivo, sob a fiscalização dos conselhos de saúde e pelos conselhos municipais e estaduais de saúde.

Quanto à distribuição dos recursos federais, sua divisão e disponibilização se dá através de negociação na Comissão Intergestores Tripartite, em que é estabelecido um teto financeiro para cada estado e, posteriormente, é dividido entre os municípios, conforme negociação na Comissão de Intergestores Bipartite (OPAS, 2001). A forma de repasse representa um entrave ao acesso de qualidade aos municípios localizados na faixa de fronteira, pois é considerada somente a população residente em cada município, sem observar os

usuários esporádicos e não contabilizados na população fixa. Há grande inclinação à garantia da prevenção, de modo que as políticas desenvolvidas tendem a privilegiar medidas que possibilitem a atenção básica, como, por exemplo, o programa Saúde da Família e o programa dos Agentes Comunitários. O Brasil já foi, dentre os membros do Mercosul, um dos países com maior percentual de gasto público em saúde com relação ao PIB, todavia essa realidade tem sido modificada ano a ano desde meados do ano de 2005 (TRINDADE, 2015). Em 2011 o gasto público em saúde foi de 4,1% do PIB atrás de países como Argentina e Uruguai (gráfico 1) (CABALLERO, 2012, p. 11):

Figura 1. Países do Mercosul: Gasto em saúde em relação ao PIB (2011)



Fonte: Banco Mundial, 2011.

A realidade brasileira no início do século XXI retratava a adesão do país a um movimento de fortalecimento da universalidade do acesso à saúde e culminou na criação de diversos programas como da Saúde da Família e do Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras, em 2005. Tal medida foi ao encontro de uma preocupação existente também nos Estados-membros do Mercosul, em constituir sistemas integrados de saúde que pudessem congregiar e acolher nacionalidades diferentes. O SIS-Fronteiras, criado em 2005 pelo governo brasileiro, objetivava amenizar/solucionar os problemas quanto ao acesso aos serviços públicos de saúde nas 121 cidades localizadas até 10 km do limite internacional terrestre. Para tanto, estabeleceu um repasse *per capita* maior por habitante dos municípios que aderissem ao programa de fronteira, visando a construção de um diagnóstico local e ajustes nos sistemas de saúde dos municípios envolvidos (CONASEMS, 2006).

Todavia, as mudanças no quadro político do país, bem como a crise econômica, trouxeram à pauta de políticas para o setor de saúde a abertura do mercado de saúde ao capital estrangeiro – Lei 13.097/15 –, o aumento da participação do setor privado e a diminuição do gasto público em saúde por meio da aprovação da Emenda Constitucional n.

95/2016, que congelou as despesas primárias até 2036 (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). No Paraguai, a discussão acerca da reforma da saúde vem ao encontro da intenção primária da Constituição brasileira, ou seja, com a garantia ao acesso universal e integral, com intensa participação social na política sanitária, todavia, tal movimento tem se aprofundado de maneira lenta e gradual. O financiamento dos serviços de saúde é misto e se dá mediante fontes privadas, seguro saúde e pagamentos diretos e fontes públicas, especialmente impostos e fontes contributivas do seguro social. A parte pública é financiada pelo *Ministerio de la Salud y del Bienestar Social* e pelo *Instituto de Previsión Social*.

Enquanto a cobertura da *Previsión Social* abrange cerca de 13,9% da população, apenas 7,7% da população é coberta por outros tipos de seguro privado ou público, ou seja, apenas 21,66% da população possui cobertura (DULLAK *et al.*, 2011). Em 2011, o gasto público em saúde representava cerca de 38,6% do gasto total da população com a saúde e, assim como no Brasil, ainda está longe de ser o ideal em comparação a países com sistemas de saúde mais desenvolvidos e próximos da universalidade e integralidade. Contudo apresentou aumento significativo, especialmente nos anos de 2012 a 2014, chegando a um percentual de 53% em uma clara demonstração do poder público sobre a preocupação, ainda que tímida, quanto a efetivação de uma nova política sanitária no país (PARAGUAY, 2017). Observa-se que com o aumento do gasto público na última década, o Paraguai passou a apresentar um dos maiores percentuais de gasto público da América Latina, maior que a média de países com sistema de saúde universal e não segmentado como o Brasil (TRINDADE, 2015).

Caballero (2012) destaca que o sistema paraguaio ainda enfrenta problemas básicos de estruturação, isso porque na prática o Sistema Nacional de Saúde atua de forma descoordenada, segmentada e fragmentada, e possui diversas modalidades de financiamento, regulação e provisão, que acabam por fomentar as desigualdades sociais e promover a descontinuidade do cuidado em saúde. As diversas instituições que compõem o sistema apresentam pouca integração e grande dificuldade de articulação entre os subsetores, e, desse modo, garantem a oferta dos serviços de saúde não homogênea tanto nos níveis de organização como na distribuição socioespacial dos estabelecimentos.

Em uma demonstração de avanço na universalização do acesso à saúde e na mudança na visão higienista, em 2008 o MSPyBS paraguaio passou a difundir as Unidades de Saúde da Família, em uma clara inspiração no modelo brasileiro das Equipes de Saúde da Família. A prática está de acordo com a evidência internacional que sugere que os sistemas de saúde baseados em atenção primária alcançam melhores resultados, tanto quanto a eficiência na garantia da saúde, como na redução de custos e no aumento da satisfação usuário (GAETE, 2017). O modelo paraguaio foi inspirado no brasileiro e realizado por meio de uma parceria de cooperação entre os dois governos, triangulada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), que apresentou resultados expressivos na melhoria do acesso e dos indicadores de saúde pública da população paraguaia (OPAS, 2013). A iniciativa demonstra

um grande potencial de cooperação entre os países, pois ainda que permeados por sistemas diversos, a previsão constitucional dos países é similar e responde aos mesmos princípios no que tange ao acesso à saúde. Outra mudança substancial no sistema de saúde paraguaio decorreu da Lei 5.099/2013 que prevê a gratuidade dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O setor de saúde representa um importante indutor de desenvolvimento social e econômico, seu alto potencial mercantil e de produção de renda e produtos e serviços o transforma em um conjunto articulado de atividades que impactam sensivelmente no desenvolvimento econômico e social. O setor influencia questões referentes à integração regional, configurando uma das áreas de destaque no campo da integração regional, seja pela necessidade de abordagem e planejamento territorial regional da saúde, seja pelo fato de que as fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países.

Na América Sul, com a criação do Mercosul, especialmente no Brasil, observou-se a partir dos anos 2000 uma maior articulação e preocupação política quanto ao desenvolvimento sanitário, com a inclusão de diversas discussões sobre a importância da saúde na agenda de desenvolvimento. As diferenças regulamentares e legislativas evidenciam assimetrias no acesso à saúde em países como Brasil e Paraguai, o que acaba por trazer os paraguaios, e os brasileiros residentes no Paraguai, a buscar atendimento de saúde no Brasil, causando uma demanda não contabilizada no orçamento do setor.

Ainda que a saúde tenha sido objeto de grandes avanços institucionais no Paraguai com políticas que visassem à ampliação da gratuidade no acesso e o aumento do gasto público em saúde, o país ainda está longe de garantir atendimento básico de qualidade e universal à população. O Paraguai se mostrou muito sensível às intensas mudanças no quadro político com a alternância de governos de esquerda e direita, com agendas e prioridades diversas e controversas. Já o Brasil, também sofreu intensas mudanças políticas que acabaram por diminuir os investimentos e as ações de desenvolvimento e melhoria do setor de saúde, ainda apresenta um setor mais próximo dos preceitos constitucionais, especialmente quanto à universalidade e igualdade. Assim como o setor de saúde, as políticas públicas direcionadas à fronteira também sofreram grandes transformações desde os anos 2000, passando de um enfoque no desenvolvimento e convergência entre os países vizinhos, para uma preocupação com as funções tradicionais de defesa e segurança.

As dificuldades em âmbito regional ainda são muitas, o processo de integração tem sido gradual e lento, baseado principalmente nas questões relacionadas à circulação de produtos e nas ações de saúde pública de alta externalidade, tais como as de vigilância sanitária e epidemiológica (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006). A grande sensibilidade das

ações do Mercosul aos interesses governamentais e políticos de cada país, gerada pelo modelo institucional do bloco, acaba por dificultar a implementação de políticas contínuas e que efetivamente possam garantir a harmonização do acesso à saúde na região. A falta de engajamento e unidade nas motivações dos países envolvidos acaba por impedir medidas que possam garantir a uniformidade no atendimento à saúde e consequentemente no desenvolvimento social das regiões de fronteira, que são as mais afetadas pela livre circulação de pessoas garantidas pelo bloco.

REFERÊNCIAS

- BAUERMAN, C. S.; CURY, M. J. F. Políticas públicas de saúde: o caso da fronteira entre Brasil/Paraguai. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia**, Fortaleza, v. 1, n. 15, p. 3981-3992, jan./jun. 2015.
- BRASIL. Secretaria Especial de Assuntos Estratégicos. **Relatório de Conjuntura n. 01** – Brasil, um país em busca de uma grande estratégia. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.secretariageral.gov.br/estrutura/secretaria_de_assuntos_estrategicos/publicacoes-e-analise/relatorio-de-conjuntura/brasil-um-pais-em-busca-de-uma-grande-estrategia.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.
- CABALLERO, E. G. **Introducción al sector de salud del Paraguay**. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial. Asunción: Instituto Desarrollo, 2012. Disponível em: <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-10-08-657753886.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Pistas da saúde nas fronteiras do Brasil. **Revista Conasems**, ano II, n. 16, mar./abr. 2006.
- DULLAK, R. *et al.* Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.865-2.875, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/24.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2019.
- GAETE, R. **Financiamiento de la cobertura universal de salud en el Paraguay**. Asunción: Centro de Análisis y Difusión de la economía paraguaya (CADEP), 2017. Disponível em: <https://www.cird.org.py/publicaciones/financiamiento-de-la-cobertura-universal-de-salud-en-paraguay/>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- GADELHA, C. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**, n. 40 Especial, p. 11-23, 2006.
- GADELHA, C.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.
- GALLO, E.; COSTA, L.; MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. *In*: GALLO, E.; COSTA, L. (Org.). **SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004. p. 41-53.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, n. 22, p. 1795-807, 2006.

LUCIANO, B. **Democratizando a integração**: eleições diretas para os parlamentos Europeu e do Mercosul. 2013. 125 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – UNB, Brasília, 2013.

MALAMUD, A. Latin American Regionalism and EU Studies. **Journal of European Integration**, v. 32, n. 6, p. 637-657, 2010.

MARIANO, M. **A política externa brasileira e a integração regional**: uma análise a partir do Mercosul. 1. ed. São Paulo: Editora da Unesp Digital, 2015.

MERCOSUL. **Pauta negociadora do SGT n. 11**. 1996. Disponível em: http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF. Acesso em: 9 nov. 2017.

OPAS. **Cooperação técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília: Opas, 2013.

_____. **O perfil do sistema de serviços de saúde do Brasil**. 2001. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/arquivos/perfil2000_wc.pdf. Acesso em: 2 abr. 2018.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Cuentas de Salud**. Asunción, 2017.

PIOLA, S.; BENEVIDES, R.; VIEIRA, F. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Texto para discussão.

PREUSS, L. **O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai**. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SCHMITTER, P. C.; MALAMUD, A. **The experience of European integration and the potential for integration in Mercosur**. Paper presented at the First Global International Studies Conference, WISC, Istanbul, Bilgi University, p. 24-27, 2005.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. M. R.; GOMEZ, M. B. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. M. R. (Org.). **Dilemas do Mercosul**: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. 1. ed. Florianópolis: Lagoa, 2004. p. 81-94.

SOARES, Adilson. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1565-1572, jul. 2007.

SWARTZ, G. FUGA, P.H.D. O acesso à saúde nas fronteiras do Mercosul: entre as normas e a realidade. **Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul (Ajuris)**, Porto Alegre, v. 42, n. 137, p. 343-364, mar. 2015.

TRINDADE, A. A. M. **Cooperação internacional em saúde no Mercosul**: Argentina, Brasil e Uruguai. 2015. 379f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFBA, Salvador, 2015.

UNIC. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, 10 dez. 1948. Unicef, Rio/005, jan. 2009. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 2 abr.2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health**: investing in health for economic development. Washington DC: World Health Organization; 2001.



Capítulo 6

POLÍTICAS PÚBLICAS NA FAIXA DE FRONTEIRA DO BRASIL: IMPACTOS NAS CIDADES GÊMEAS DE PEDRO JUAN CABALLERO E PONTA PORÃ

PUBLIC POLICY THE BRAZILIAN BORDER BAND: IMPACTS IN THE TWIN CITIES OF PEDRO JUAN CABALLERO AND PONTA PORÃ

Adriel Seródio de Oliveira¹

Gustavo de Souza Preussler²

RESUMO: O presente trabalho foca nas cidades gêmeas de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, e busca analisar os impactos das políticas públicas voltadas à defesa e à segurança das fronteiras. Utiliza-se como metodologia a pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, pautada em análises bibliográficas e documentais. Com o escopo de fortalecer as capacidades dos núcleos internos de populações vulneráveis, bem como para valorizar suas peculiaridades de organização e de produção social, o governo caminhou para o desenvolvimento de mecanismo de promoção da economia, da infraestrutura urbana, social e política no contexto local; sendo que a faixa de fronteira do Brasil foi uma das regiões favorecidas por políticas públicas que ocorreram sobretudo entre 2003 e 2011. Assim incentivou-se a melhoria da conjuntura da cidadania ao estimular aos agentes e as características de produção e de organização social. Porém, a partir de 2011 o governo brasileiro retornou às tradicionais funções de defesa e segurança ao tratar das fronteiras. Naquele ano foram implementadas a Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (Enafron) e o Plano Estratégico de

1 Mestrando em Fronteiras e Direitos Humanos pela UFGD. Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (2018). E-mail: adrielsrodio@gmail.com.

2 Doutor em Direito pela UERJ. Professor do Programa de Pós-Graduação em Fronteiras e Direitos Humanos da UFGD. E-mail: gustavopreussler@ufgd.edu.br.

Fronteiras (PEF), com o intuito de prevenir e reprimir a ação de criminosos na divisa do Brasil com países sul-americanos, que acompanhou o encerramento de projetos desenvolvimentistas para a faixa de fronteira. As políticas passaram a focar no controle de pessoas e na guerra às drogas, que acabaram por transformar o trabalhador fronteiro em um potencial criminoso em uma região já estigmatizada e criminalizada.

Palavras-chave: Pedro Juan Caballero; Ponta Porá; cidades gêmeas; PDSFF; PEF.

ABSTRACT: The present assignment focuses on the twin cities of Pedro Juan Caballero and Ponta Porá, and seeks to analyze the impacts of public policies on defense and border security. The methodology used is qualitative research, with an exploratory character, based on bibliographical and documentary analyzes. Within the aim of strengthening the capacities of the internal cores of vulnerable populations, as well as enhancing their peculiarities of organization and social production, the government moved towards the development of a mechanism for promoting the economy, urban, social and political infrastructure in the region in local context; which the border area of Brazil was one of the regions favored by public policies that occurred mainly between 2003 and 2011. Therefore, the improvement of the citizenship situation was stimulated by stimulating the agents and the characteristics of production and social organization. However, as from 2011, the Brazilian government has returned to traditional defense and security functions when dealing with borders. That year, Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (Enafron) and Plano Estratégico de Fronteiras (PEF) were implemented to prevent and repress criminal activity on the Brazilian border with South American countries, which accompanied the closure development projects for the border area. Policies have been focused on the control of people and drug war, which have turned the frontier worker into a potential criminal in an already stigmatized and criminalized region.

Keywords: Pedro Juan Caballero; Ponta Porá; twin cities; PDSFF; PEF.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz à baila as questões atinentes à região de fronteira brasileira, mas mais precisamente as cidades gêmeas de Pedro Juan Caballero e Ponta Porá. Essas duas cidades formam um grande centro urbano, de fato conurbado, que abarca dois povos distintos, de duas nações distintas, que juntas constroem uma rica história baseada no multiculturalismo que, não podendo ser diferente, traz consigo toda uma carga de desafios a serem enfrentados, bem como todo um espírito de cooperação em prol do desenvolvimento e do bem coletivo.

Após a introdução, na segunda parte do trabalho consta como as cidades limítrofes brasileiras possuem singularidades compartilhadas; sendo que, apesar das características