



FACULDADES INTEGRADAS DE PONTA PORÃ – FIP/MAGSUL
CURSO DE DIREITO

LUIZ ALSONIL PALHANO BATISTA

**SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN
CABALLERO: O ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE POR
ESTRANGEIROS NÃO REGULARIZADOS**

Ponta Porã/MS

2021

LUIZ ALSONIL PALHANO BATISTA

**SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN
CABALLERO: O ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE POR
ESTRANGEIROS NÃO REGULARIZADOS**

Trabalho de Conclusão Curso – TCC
apresentado à Banca Examinadora das
Faculdades Integradas de Ponta Porã, como
exigência parcial para obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Orientadora: M^a. Lysian Carolina Valdes

Ponta Porã/MS

2021

LUIZ ALSONIL PALHANO BATISTA

**SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO: O
ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE POR ESTRANGEIROS NÃO
REGULARIZADOS**

Trabalho de Conclusão Curso – TCC apresentado
à Banca Examinadora das Faculdades Integradas
de Ponta Porã, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: M^a. Lysian Carolina Valdes

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: M^a. Lysian Carolina Valdes
Faculdades Integradas de Ponta Porã

Componente da Banca Examinadora: Prof.
Faculdades Integradas de Ponta Porã

Componente da Banca Examinadora: Prof.
Faculdades Integradas de Ponta Porã

Ponta Porã, _____ dezembro de 2021.

Ponta Porã/MS

2021

Dedico este trabalho aos meus pais, Nildo e Maria, torres fortes, as colunas que me sustentavam. Minha tia Ilbanisa e aos meus irmãos, que com muito amor, me impulsionavam a seguir na concretização desse sonho. As mensagens de apoio, os abraços, às companhias nas noites em claro, fizeram que a gana de se formar ficasse real.

Aos amigos que fiz ao longo do curso, cuja importância vou levar por toda a vida. O companheirismo, a cumplicidade, a amizade, o suporte, a esperança que compartilhavam. Luana, Mary Márcia, Michelle, Nílío, Ronan e Vanusa, vocês foram os incentivadores para seguir caminhando. Com a força da amizade de vocês, a jornada foi sendo concluída prazerosamente.

Aos padrinhos Nicholas e Maritza, que me presentearam com o curso de direito. Minha eterna gratidão, admiração, respeito e amizade. Obrigado por darem essa oportunidade.

AGRADECIMENTOS

O eterno “muito obrigado” aos amados professores, cuja dedicação, empenho, amizade e auxílio se fizeram material ao longo desses 5 (cinco) anos. A instituição possui um seleto grupo de profissionais maravilhosos, cujo empenho ofertado a todos, fortalece na construção dos profissionais.

Aos colegas de curso. Nesse período que convivemos, pude observar quão valorosos são. Apesar da pouca idade da turma, a maturidade era visível. Obrigado por compartilharem cooperação, a alegria, medos, preocupações, cuja unidade se tornou característica dessa turma querida.

Aos amigos que a vida me deu. Amigos que sempre estavam comigo, mesmo quando, eu me ausentava nos períodos de provas e trabalhos. E, mesmo assim, estavam preocupados comigo, fortalecendo a amizade.

Aos demais anjos, que, ao longo do curso, colaboraram para a trajetória do sonho. Todos foram de grande valia para a conclusão desse projeto.

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”.

Josué 1:9

BATISTA, Luiz Alsonil Palhano. **Saúde Na Fronteira De Ponta Porã E Pedro Juan Caballero: O Acesso Ao Sistema Público De Saúde Por Estrangeiros Não Regularizados**. 61 Páginas. Trabalho de Conclusão do Curso de Direito das Faculdades Integradas de Ponta Porã – FIP Magsul. Ponta Porã/MS. 2021.

RESUMO

A questão da saúde na região de fronteira entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, está calcada em diferentes aplicações dos direitos humanos. No quesito da saúde, não é diferente. Na busca em conhecer como o estrangeiro não regularizado é atendido no Sistema Único de Saúde de Ponta Porã, verificou-se que a universalidade de direitos não é aplicada de fato, se compararmos com o serviço médico público de Pedro Juan Caballero. Em Ponta Porã, o estrangeiro irregular é atendido em casos de urgência ou emergência, caso contrário, deverá estar com visto específico para tratamento médico ou ser regularizado no País. Na cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero, o atendimento médico é amplo e sem restrições. A divergência das realidades da fronteira chama à atenção, visto que são consideradas “cidades-gêmeas”, porém, no campo da saúde, esta disparidade se realça quando o estrangeiro requer atendimento. A arguição dos direitos humanos tem que ser aplicada a qualquer cidadão, sendo irrelevante sua situação migratória. E, o direito à saúde está nos pilares que sustentam a irrestrita garantia destes direitos universais.

Palavras-chave: Saúde. Universal. Fronteira. Ponta Porã. Estrangeiro.

BATISTA, Luiz Alsonil Palhano. **Salud En La Frontera De Ponta Porã Y Pedro Juan Caballero: Acceso Al Sistema De Salud Pública De Extranjeros No Regularizados.** 61 Páginas. Trabalho de Conclusão do Curso de Direito das Faculdades Integradas de Ponta Porã – FIP Magsul. Ponta Porã/MS. 2021.

ABSTRACTO

El tema de la salud en la región fronteriza entre Ponta Porã y Pedro Juan Caballero se basa en diferentes aplicaciones de los derechos humanos. En términos de salud, no es diferente. En la búsqueda por conocer cómo se atiende a los extranjeros no regulados en el Sistema de Salud de Ponta Porã, se encontró que los derechos universales no se aplican efectivamente, si se compara con el servicio médico público de Pedro Juan Caballero. En Ponta Porã, los extranjeros irregulares son atendidos en casos de urgencia o emergencia, de lo contrario, deben tener una visa específica para tratamiento médico o estar regularizados en el país. En la ciudad paraguaya de Pedro Juan Caballero, la atención médica es amplia y sin restricciones. Llama la atención la divergencia de las realidades de la frontera, ya que son consideradas “ciudades gemelas”, sin embargo, en el ámbito de la salud, esta disparidad se pone de relieve cuando el extranjero requiere atención. El reclamo de derechos humanos debe aplicarse a cualquier ciudadano, siendo irrelevante su condición migratoria. Y, el derecho a la salud está en los pilares que sustentan la garantía irrestricta de estos derechos universales.

Palabras chave: Salud. Servicio. Frontera. Ponta Porã. Extranjero.

BATISTA, Luiz Alsonil Palhano. **Health In The Border Of Ponta Porã And Pedro Juan Caballero: Access To The Public Health System By Non-Regularized Foreigners**. 61 Páginas. Trabalho de Conclusão do Curso de Direito das Faculdades Integradas de Ponta Porã – FIP Magsul. Ponta Porã/MS. 2021.

ABSTRACT

The issue of health in the border region between Ponta Porã and Pedro Juan Caballero is based on different applications of human rights. In terms of health, it is no different. In the search to find out how non-regulated foreigners are assisted in the Ponta Porã Health Care System, it was found that universal rights are not actually applied, if compared to the public medical service of Pedro Juan Caballero. In Ponta Porã, irregular foreigners are assisted in urgent or emergency cases, otherwise, they must have a specific visa for medical treatment or be regularized in the country. In the Paraguayan city of Pedro Juan Caballero, medical care is extensive and unrestricted. The divergence of the realities of the border draws attention, as they are considered “twin cities”, however, in the field of health, this disparity is highlighted when the foreigner requires care. The claim of human rights must be applied to any citizen, his migratory status being irrelevant. And, the right to health is on the pillars that support the unrestricted guarantee of these universal rights.

Keywords: Health. Service. Border. Ponta Porã. Foreign.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Adão e Eva. Ticiano (1550).....	16
FIGURA 2: Mundo Tentacular: Criando múmias - os métodos egípcios de mumificação.....	17
FIGURA 3: Esculápio, o Deus da Medicina.....	18
FIGURA 4: Ponta Porã/MS – Divisa Brasil-Paraguai	30
FIGURA 5: Fronteira Brasil-Paraguai em Ponta Porã/Pedro Juan Caballero.....	33
FIGURA 6: Formulário Eletrônico da RFB.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Carteira Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
RFB	Receita Federal do Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. DIREITO À SAÚDE – HISTÓRIA, CONSTITUIÇÕES E LEIS ESPECÍFICAS	15
1.1 POVOS ANTIGOS E A SAÚDE	15
1.1.1 Povo Judeu e Egípcio	15
1.1.2 Povos Xamã.....	17
1.2 DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS E A SAÚDE	20
1.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	22
1.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL.....	24
1.5 COMPARAÇÃO ENTRE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA DE 1988 E A CONSTITUIÇÃO DO PARAGUAI DE 1992	26
1.6 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DO PARAGUAI.....	28
2. DO ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	32
3. O ESTRANGEIRO E O ATENDIMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	39
3.1 REQUISITOS PARA SOLICITAR A PERMANÊNCIA NO BRASIL.....	39
3.2 DA DOCUMENTAÇÃO	40
3.3 A PROBLEMÁTICA DO ACESSO DA SAÚDE NA ÁREA DE FRONTEIRA DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO	42
3.4 DO ATENDIMENTO MÉDICO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ..	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE	57
APÊNDICE A	58
APÊNDICE C	61
APÊNDICE D	62
APÊNDICE E	63

INTRODUÇÃO

Por ser uma região distinta, a fronteira entre Brasil e Paraguai, mais especificamente, às cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, trouxe a importante análise ao se observar e elucidar o trânsito de pessoas, brasileiros e paraguaios, no acesso à saúde.

Sabe-se que a facilidade de circulação entre os Países, traz à tona a problemática de saber, como a saúde pública do Brasil e do Paraguai estão estruturadas e como esse direito fundamental humano é aplicado para a população dos respectivos países e, mais especificamente, para a população residente na região de fronteira.

Constata-se, conforme analisado adiante, que no Brasil, o Sistema Único de Saúde regulariza os atendimentos aos cidadãos nacionais, com o cadastro no Ministério da Saúde e na emissão do Cartão Nacional de Saúde para o usuário do sistema.

Segundo o Ministério da Saúde, o Cartão Nacional de Saúde:

O Cartão Nacional de Saúde – CNS, é o documento de identificação do usuário do SUS. Este registro contém informações dos indivíduos, como: dados pessoais (nome, nome da mãe, data de nascimento, etc.), contatos (telefones, endereço, e-mails) e documentos (CPF, RG, Certidões, etc.). Dessa forma, o CNS possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do acesso às Bases de Dados dos sistemas envolvidos neste histórico, por exemplo: sistema de atenção básica, sistema hospitalar, sistema de dispensação de medicamentos, etc.

Com este preceito do Sistema Único de Saúde brasileiro, questiona-se da estrutura do serviço público de saúde paraguaio, se é similar ao brasileiro e como o cidadão paraguaio tem acesso à saúde pública daquele País. E, se o sistema público de saúde brasileiro pode atender estrangeiro, sem ser em casos de urgência ou emergência.

A presente pesquisa pretende elucidar se há objeções do Estado brasileiro no atendimento a estrangeiros, e, se há reciprocidade de atendimento entre os Países.

Visto que o direito à saúde é direito universal, ou seja, inerente ao ser humano, sem distinção ou discriminação.

Um dos direitos implícitos e primordiais para o ser humano é a saúde. A saúde é o bem inerente ao homem. Quando o ser humano à possui de maneira digna, garante a ele, melhor expectativa de vida, maior disposição e de melhor bem-estar.

Tal bem resulta, quando garantido com qualidade e de maneira correta, na presteza do ser humano ao exercer atos da vida civil, tais como trabalho, estudo, lazer, entre outros.

A relação do ser humano com a saúde, destaca-se desde os primórdios das civilizações. Povos e tribos vetustos detinham diferentes interpretações na relação entre a saúde e os métodos de cura quando a pessoa era acometida por mazelas que afetavam seu corpo.

Entretanto, cabe salientar que o conceito de saúde e o acesso a ela, é percebido de maneira variada de acordo com o período histórico e acontecimentos específicos no momento histórico, conforme assevera Scliar (2007):

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito.

Nesse diapasão, se entende que para cada período histórico vivido, cada realidade sentida através de inúmeras eras, crenças, filosofias de vida, a saúde e a doença trilham concomitantemente em perspectivas diferentes, ou seja, caminham juntas, porém os olhares de diferenciações variam de acordo com a época.

1. DIREITO À SAÚDE – HISTÓRIA, CONSTITUIÇÕES E LEIS ESPECÍFICAS

1.1 POVOS ANTIGOS E A SAÚDE

Conforme acima indicado, os povos e tribos originais, detinham o conhecimento da saúde e o modo de garanti-la, através de preceitos religiosos e manejos arcaicos.

Já praticavam o uso da medicina, ofertando tratamentos de conhecimento da época, conforme conhecimentos adquiridos através dos estudos de escribas, como era no antigo Egito, de pensadores na antiga Grécia, e, principalmente, mediante de conhecimentos passados de geração em geração.

Vejamos, portanto, como às civilizações antepassadas exerciam o acesso à saúde.

1.1.1 Povo Judeu e Egípcio

No contexto bíblico, o povo judeu acreditava que a enfermidade se originou através da queda do homem, ou seja, do pecado de Adão e Eva ao desobedecerem a Deus, consumindo do fruto proibido. É o que está escrito em Romanos 5:12: “Por intermédio de um só homem entrou o pecado no mundo, e a morte por intermédio do pecado.”

Figura 1: Adão e Eva. Ticiano (1550)



Fonte: Vírus Da Arte. Disponível em <https://virusdaarte.net/ticiano-adao-e-eva/>.

Nota-se, que nos ensinamentos bíblicos, o pecado adentrou no mundo, para coexistir com o homem, através da desobediência. E, como consequência do pecado, a morte. Ou seja, a desobediência trouxe para o homem toda a sorte de doenças e mortandade.

Nos tempos dos faraós, o Egito já efetuava técnicas de tratamentos e embalsamentos aos seus doentes e mortos, conforme o livro de Gênesis, capítulo 50, versículo 2, José, governador do Egito, dá ordem aos médicos egípcios, para embalsamarem o corpo de seu pai: “Gênesis 50:2 E José ordenou aos seus servos, os médicos, que embalsamassem a seu pai; e os médicos embalsamaram a Israel”.

Às técnicas de mumificação dos mortos era uma técnica extremamente avançada para à época, devido a complexidade dos rituais e dos materiais específicos para o processo.

Figura 2: Mundo Tentacular: Criando múmias - os métodos egípcios de mumificação.



Fonte: Mundo Tentacular. 2020. Disponível em <http://mundotentacular.blogspot.com/2020/03/criando-mumias-os-metodos-egipcios-de.html>

Deus, preocupado com seu povo, dava orientações a estes para os proteger de todo mau. No livro de Levítico, capítulo 11, Deus ordena a nação de Israel para que não consumissem certos tipos de alimentos para que não ficassem doentes por

meio de contaminação.

Nestas proibições, havia, entre inúmeras regras, a restrição ao consumo da carne suína, que após anos, a ciência descobriu que o consumo irregular desta proteína, pode causar cisticercose e teníase. A carne de camarão, por poder causar alergias, e a ingestão de ostra, que pode causar hepatite.

Entende-se, portanto, que através destas ordenações impostas por Deus, o intuito era que o seu povo, fosse separado e resguardado contra toda doença que pairava na humanidade.

A medicina era muito prezada no pelo povo judeu, conforme histórico bíblico. Reis, Profetas e Apóstolos reconheciam a importância da medicina e o acesso da população a ela. O próprio Jesus Cristo, no Evangelho de Mateus, capítulo 9, versículo 12, reconhecia o tamanho da importância da medicina: “Mateus 9:12. As pessoas com saúde não precisam de médico, mas sim os enfermos”.

Com essa afirmação dita por Jesus, comprova-se que o exercício da medicina no seio social já acontecia desde os primórdios da civilização.

1.1.2 Povos Xamã

Outro povo histórico que já exercia o processo de saúde, eram os Xamanistas. Os Xamãs, líderes religiosos dos xamanistas, que expurgavam às doenças com rezas aos espíritos e aos elementos, num ritual de introspecção, levando a pessoa a um processo solitário entoando canções religiosas. Estes elementos naturais e transcendentais, é o que contextualiza o ritual do Xamã e a cura:

[...] um dos principais aspectos do xamanismo é cura. Os conceitos de saúde e de doença têm relação com a base da cosmovisão, como a transcendência do sagrado, a relação corpo-espírito, a unidade de existência e a vivificação da natureza, e a idealização das relações sociais. (BAPTISTA, p. 374, 2012)

A prática de rituais, unindo a natureza e o oculto, traduz a crença dos xamãs no processo de interação do homem com os espíritos e o alcance de uma melhor qualidade de vida.

As crenças ancestrais destas tradições nos lembram ao longo do tempo da humanidade que os seres humanos aplicam a sabedoria da natureza, unindo o microcosmo e o macrocosmo por meio de rituais, auxiliando na permanência e transformação da vida, no reestabelecimento, nas relações de vida-saúde-doença, ao invés de refutar a existência dos processos vitais. O propósito saudável é reintegrar o enfermo ao universo total, buscando obter conhecimento de cura, poder, equilíbrio e saúde individual ou coletiva (ARRIEN, 1997; KRIPPNER, 1998; SCILIAR, 2007).

É no equilíbrio entre homem, natureza e espíritos, que há o alcance da saúde na coletividade da tribo e no indivíduo.

1.1.3 Povo Grego

Na Grécia antiga, os gregos usavam conceitos filosóficos sobre a ciência médica e às doenças. Acreditavam, por meio das mitologias, que as doenças eram castigos dos deuses. As curas eram bênçãos dos mesmos deuses. Tudo era regido, doença, morte e cura, conforme as vontades de seus deuses. Conforme Miranda (2011) conceitua:

A medicina grega, baseada na mitologia, associava a cura a diversos deuses. Não apenas Apolo, Ártemis, Atenas e Afrodite, mas também às divindades do mundo inferior, que eram capazes de curar ou evitar doenças. O culto a Esculápio evoluiu dessas entidades. De acordo com a lenda, Esculápio é filho do deus Apolo com uma jovem terráquea. Apolo determinou que o centauro Quíron fosse tutor e seus professores na arte da curação. Quíron era o mais sábio dos centauros e um exímio cirurgião. Esculápio possuía duas filhas que o auxiliavam na arte de curar: Panaceia – versada em conhecimentos sobre todos os remédios da terra, capaz de curar qualquer doença humana – e Higeia – responsável pelo bem-estar social, pela manutenção da saúde e prevenção das enfermidades, cuidava da higiene e da saúde pública.

Figura 3: Esculápio, o Deus da Medicina.



Fonte: CCMS SAUDE. 2018. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/esculapio-o-deus-da-medicina>

Os povos da antiguidade já se rendiam a complexa relação do homem, saúde, formas de tratamentos e acesso aos medicamentos.

Esses pequenos fragmentos primitivos da medicina, exercidos pelos povos antigo, contribuíram para a evolução de medicamentos e procedimentos voltados para saúde e que pudessem ser disponibilizados para a população.

A saúde é uma das maiores buscas do homem. A oferta da saúde, cura e tratamentos, na evolução da sociedade, não era disponibilizada a população de forma igualitária.

Disponibilizar saúde à toda sociedade, não era uma tarefa fácil, visto que, apenas a parcela mais abastada da população conseguia acesso à saúde. Assim, Garcia e Silva (2016), descrevem que:

As doenças transmissíveis relacionadas à pobreza afetam desproporcionalmente pessoas que vivem em comunidades pobres e marginalizadas. A pobreza cria condições que favorecem a disseminação de doenças transmissíveis e impede que as pessoas afetadas obtenham acesso adequado à prevenção e à assistência.

Com a precariedade de saneamento básico e a falta de médicos e medicamentos, houve a crescente contaminação da população, principalmente a mais carente.

Na Idade Média, surgiram os primeiros hospitais, que eram dirigidos pela Igreja Católica. Porém, eram voltados para a caridade, pois, dependiam de doações para a manutenção do estabelecimento hospitalar e o atendimento médico não conseguia alcançar toda a população, conforme relata Scliar (1988):

A Idade Média, uma era de pestilências, não trouxe contribuições apreciáveis para o desenvolvimento da saúde pública. Nessa fase surgiram os primeiros hospitais, mas esses eram estabelecimentos destinados sobretudo à caridade e não à cura dos doentes.

Após inúmeros percalços que a saúde pública sofreu durante toda a sua trajetória, da concepção até a sua aplicabilidade igualitária para a população, foram anos de tentativas para que ela não fosse disponibilizada apenas para as pessoas que de poder aquisitivo superior às demais.

Buscar entender a complexidade da aplicabilidade da saúde e o reconhecimento deste bem jurídico, se fez necessária assegurar este bem a toda pessoa humana.

Na história, temos por exemplo de garantia do direito à saúde, Tratados e Convenções Internacionais, que refletiram em mudanças nas Constituições, para que Estado aderisse à saúde em seu seio, sendo direito universal do homem e aplicando este recurso para todo seu povo.

1.2 DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS E A SAÚDE

Após a Segunda Guerra Mundial (1945), 193 (cento e noventa e três) nações signatárias da Organização das Nações Unidas se reuniram em Assembleia Geral e redigiram um acordo de direitos e garantias universais inerentes ao ser humano.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, assumida pela Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, trouxe à luz, direitos e garantias do homem, em sentido *lacto sensu*. Buscando garantir, a todos, sejam homens, mulheres, crianças, jovens, velhos, grupos minoritários e marginalizados da sociedade, direitos iguais, independentemente da nacionalidade, crença, orientação sexual e inclinação política.

A saúde, sendo um direito do ser humano, está garantida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em conjunto com a liberdade, dignidade, entre outros, sem discriminação de raça, cor, sexo, religião.

Em seu art. 3º, está constituído que todo ser humano tem direito à vida. E, para que o homem possa gozar do direito a vida, é necessário que esta esteja à sua disposição interligado com a saúde.

O Estado deve promover, por meio de políticas públicas, atendimento médico de qualidade e universal a todo àquele que procura pelo sistema de saúde.

É o que está consagrado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Sendo, portanto, o Estado sujeito passivo na relação entre o povo e o governo, a este, coube a capacidade de disponibilizar aos seus cidadãos, vida que garanta a dignidade por meio de saúde, do emprego, da renda, do saneamento básico, da educação, do lazer, do esporte e outros elementos.

Nessa toada, houve a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, promulgada em 12/09/1978, onde ressalta a necessidade de garantir aos povos, a promoção da saúde, conforme seu item I:

I – A conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença

ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. (DECLARAÇÃO DA ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS).

Assim, à saúde do homem, está além de mera relação entre doença e enfermidade, mas, sim, numa complexa ligação entre ambientes internos e externos do cidadão, unindo fatores físicos, psíquicos e sociais.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, seguindo os entendimentos humanitários que se fundamentava nas Constituições, inseriu os direitos humanos em seu corpo constitucional, se tornando direitos fundamentais, que em seu art. 6º, garante direitos sociais a todos, inclusive a saúde, de forma igualitária:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição.

As expressões humanitárias se concretizavam ao redor do mundo. Em 1969, ocorreu na cidade de San José, a Convenção Americana de Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, cujo cunho foi de consolidar direitos do homem, garantindo a esta proteção internacional.

Declarando os direitos em seu texto, o art. 12 da Convenção Americana de Direitos Humanos garante a saúde para os povos:

3. A liberdade de manifestar a própria religião e as próprias crenças está sujeita apenas às limitações previstas em lei e que se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral pública ou os direitos e as liberdades das demais pessoas.

Entretanto, para que o acesso à saúde seja garantido de fato, os governantes possuem o dever de executar políticas públicas e sociais para que, o mandamento constitucional, pactuado mediante tratados e convenções internacionais, sejam concretizados e acessível à população.

O item V da Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, reafirma o papel dos governantes para a promoção da saúde:

V – Os governantes têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes

permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito de justiça social.

Conforme entendimento, para que haja desenvolvimento na sociedade, ao poder público, incumbe o papel de executar por meios que façam o cidadão alcançar meio de vida com qualidade, intrínseco ao conceito de qualidade de vida, à saúde está perpetrada.

1.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira constituição brasileira a inserir em seu regulamento, direitos fundamentais e sociais, sem distinção.

Dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), a erradicação das desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III), a prevalência dos direitos humanos (art. 4º, II) e o direito social à saúde (art. 6º), são alguns dos pressupostos constitucionais garantidos aos cidadãos nacionais ou estrangeiros.

Assim, a Constituição Federal de 1988, incumbiu ao Estado, políticas de fornecimento de saúde aos seus cidadãos, conforme previsão em seu artigo 196:

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

Portanto, ao governo foi encarregado o dever de garantir medidas que visem a diminuição do risco de doenças e outras mazelas da população.

Através de mecanismos sobre saúde, fiscalização dos órgãos responsáveis pela saúde e mediante controle, afim de evitar condutas fora dos ordenamentos jurídicos.

Em seu art. 198, a Constituição regulamenta um sistema público de Saúde, com a finalidade de garantir a saúde a todos os cidadãos, em patamar igualitário.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto de arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – revogado

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos para sua atuação.

5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 69 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Vislumbrou-se, assim, a criação de um órgão integrado entre os estados, municípios e Distrito Federal, chamado de Sistema Único de Saúde, para o oferecimento de saúde à toda população.

A Constituição Federal de 1988, anteveio e possibilitou o acesso da iniciativa privada para incrementar a assistência à saúde, conforme preceitua o art. 199:

“Art. 199 A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e

tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Desta forma, o Sistema Único de Saúde, com a assistência da iniciativa privada, recebe incentivos maiores que podem alcançar, em escalar maior, a população.

1.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

Neste diapasão, de garantir saúde sem marginalização da população, o governo federal, por meio da previsão legal da Constituição Federal de 1988, trouxe à luz, no ano de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), com a premissa de ofertar aos cidadãos, saúde pública digna e igualitária.

A Lei nº 8.080/1990 foi a genitora do SUS, sendo sua essência a criação de diretrizes eficientes para que a saúde, mediante os governos, conjuntamente com a iniciativa privada, alcance os cidadãos.

É o que assegura o artigo 2º da Lei 8.080/1990:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

A saúde está interligada com outros fatores sociais. A junção de saneamento básico, educação, moradia, entre outros, cria a expectativa de maior qualidade de vida e bem-estar do cidadão.

É o regimento discriminado no art. 3º da Lei nº 8.080/90:

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O Sistema Único de Saúde, baseia-se em ações conjuntas entre os entes federados, de forma descentralizada e regionalizada, tornando-se responsabilidade destes a promoção de ações para a prestação dos serviços de saúde, conforme

disposto no art. 4º da Lei nº 8.080/190:

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º. Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Se propôs, assim, com a criação do SUS, com a participação de órgãos públicos, da iniciativa privada e sociedade, onde, juntos, pudessem se envolver no âmbito da saúde, cujo o objetivo se averigua no art. 5º da Lei 8.080/1990.

Art. 5º. São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS);

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

É o Sistema Único de Saúde que detém a diretriz de organizar, controlar, administrar e fiscalizar, os quesitos referentes à aplicabilidade da saúde de forma universal. Para isso, ao sistema compete, conforme art. 200 da Constituição Federal de 1988:

Art. 200 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – executar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

V – incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação.

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano.

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Coube ao SUS, o papel de participar de toda e qualquer ação envolvendo a saúde. De forma a controlar e administrar insumos dos hospitais e postos de saúde e

na produção de produtos da indústria.

É cediço, conforme estudado acima, que o Brasil possui um sistema regionalizado e hierarquizado de aplicação da saúde, que é o Sistema Único de Saúde, disponibilizado a todo cidadão, sem discriminação.

1.5 COMPARAÇÃO ENTRE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA DE 1988 E A CONSTITUIÇÃO DO PARAGUAI DE 1992

Brasil e Paraguai, possuem 1.365,4 quilômetros de fronteira (FUNDAÇÃO ALEXANDRE GUSMÃO). Devido a aproximação dos países, se torna relevante para a abordagem do tema, realizar um comparativo das Constituições.

Neste tópico, analisaremos às similaridades inerentes à saúde que estão consagrados nas constituições.

A *Constitución de la República de Paraguay*, de 1992, garante aos seus cidadãos o direito à vida, conforme o art. 4:

Artículo 4 – DEL DERECHO A LA VIDA

Em derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por ele Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la liberta de las personas para disponer de su propio cuerpo, sólo con ines científicos o médico.

O direito a vida, está consagrado na Constituição Federal brasileira de 1988 no art. 5º, *caput*:

Art. 5º 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, à segurança e à propriedade.

Com a visão humanitária, a Constituição Federal brasileira de 1988, em especial o art. 5º, de maneira extensiva, conforme entendimento de Mazzuoli (2020, p. 1.015):

A constituição brasileira de 1988 garante, no *caput* do art. 5º, “aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, nos termos por ela estabelecidos. Mas deve-se fazer a observação de que a referência aos “estrangeiros residentes no País” é de ser interpretada de acordo com a moderna sistemática internacional de proteção dos direitos humanos, bem como com os valores constitucionais da cidadania e da dignidade da pessoa humana, que atribuem a todas as pessoas o caráter de seres humanos universalmente protegidos, independentemente de sua nacionalidade e do fato de residirem ou não em determinado Estado. Desta forma, o

entendimento do dispositivo deve ser no sentido de se admitir a quaisquer estrangeiros (residentes ou não no Brasil) os direitos e garantias individuais mínimos consagrados pela Constituição.

Sendo elemento do rol dos direitos humanos, às nações brasileira e paraguaia, adaptaram nas suas Cartas Magna, o direito anunciado na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Também, observamos o direito da qualidade de vida na constituição paraguaia, conforme art. 6:

ARTÍCULO 6 – DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad. El Estado también fomentará la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de los habitantes.

Na Constituição brasileira, a qualidade de vida encontra-se discriminada no art. 5º e no art. 225:

Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Por ser direito do homem, a saúde está disciplinada no art. 68 da Constituição do Paraguai:

ARTÍCULO 68 – DEL DERECHO A LA SALUD

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en 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.

Em seu art. 6º, a Constituição brasileira consagra o direito à saúde, sendo de direitos sociais:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Sobre a execução de um sistema que implante e disponibilize saúde à toda população, a Constituição do Paraguai dá um vislumbre de semelhança com o Sistema Único de Saúde brasileiro, já mencionado acima, conforme art. 70:

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.

Com a breve análise aqui estudada, chega a conclusão que os dois Países, Brasil e Paraguai, possuem semelhanças significativas, na consagração dos direitos fundamentais dispostos nas referidas Constituições.

Ao trazer em foco à saúde, há a disponibilização da saúde aos seus cidadãos, respeitando os direitos inerentes ao homem.

1.6 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DO PARAGUAI

Como ocorreu na Constituição Federal Brasileira de 1988, onde garantiu um sistema público de saúde equitativo e regulamentado através da Lei nº 8.080/1990, emergindo o Sistema Único de Saúde brasileiro, o mesmo ocorreu no Paraguai.

A República do Paraguai, no ano de 1996, criou por meio da *Ley 1.032/1996*, o chamado “*Sistema Nacional de Salud*”, cuja finalidade veremos no artigo 1º e seguintes:

Artículo 1º - Créase el Sistema Nacional de Salud, en adelante “el Sistema”, en cumplimiento de una política nacional que posibilite la plena vigencia del derecho a la salud de toda la población.

Artículo 2º - El Sistema tiene el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y a través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad de individuos y comunidades, dentro del territorio de la República.

Artículo 3º - El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.

Assim, com a participação a União, Estados, Município e a iniciativa privada, há a movimentação da saúde pública no Brasil, no Paraguai também há a aproximação do Poder Público com o setor privado, na benesse da saúde, conforme preceitua o art. 4º da *Ley 1.032/1996*:

Artículo 4º - El Sistema operará mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes.

Posto que a saúde pública brasileira e a paraguaia, possuem entendimentos semelhantes no que tange a criação de ordenamentos jurídicos que disciplinam sobre o tema e a prestabilidade difundida a toda a população.

Segundo Alum e Bejarano (2011), o sistema de saúde do Paraguai se personaliza na junção de setores que auxiliam ao disponibilizar a saúde ao nível populacional:

El Sistema de Salud de Paraguay comprende los sub sectores, público y el privado. El subsector público está representado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá.

Estes órgãos públicos, atuando conjuntamente com a iniciativa privada, executam no âmbito social, a saúde de forma ampla, que, conforme a ideia cerne da Constituição e da lei regulamentadora nº 1.032/1992, a oferta e aplicação de saúde igualitária para todos.

Verificou-se, então, através deste estudo, que o plano de saúde pública do Brasil e do Paraguai, se identificam ao garantir os direitos fundamentais, por meio de políticas públicas harmonizadas e igualitárias aos cidadãos e, a efetiva adoção social a todos, conforme preceituados nas suas referidas Constituições.

1.7 CIDADES FRONTEIRIÇAS: PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO

Figura 4: Ponta Porã/MS – Divisa Brasil-Paraguai



Foto: Eduardo Dantas

Fonte: Mapio Net. Disponível em <https://mapio.net/pic/p-110205926/>

A cidade de Ponta Porã, se localizada na região sul do estado de Mato Grosso do Sul, distante 350 km da capital (UFMS, Localização), Campo Grande. Sua origem se deu nos campos de erva mate, quando era território do Paraguai. Com o final da Guerra do Paraguai no ano de 1872, houve a criação da fronteira e anexando a cidade de Ponta Porã ao domínio brasileiro (IBGE).

Atualmente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2021 a cidade de Ponta Porã possui cerca de 95.320 habitantes, cuja economia funda-se no comércio e agricultura.

Ponta Porã faz fronteira com a cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero, cuja divisão de fronteira entra as cidades é de 13.800 metros em perímetro urbano. (GEO)

Do outro lado da fronteira, localiza-se a cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero, delimitada como fronteira no ano de 1874. Antes desta feita, Pedro Juan Caballero e Ponta Porã eram uma cidade única, denominada de *Punta Porá*, conforme relato histórico no portal da *Municipalidad* de Pedro Juan Caballero:

Pedro Juan Caballero aintigua Punta Purã, tiene sus origenes como ciudad relacionados a la práctica comercial y por fecha fundacional celebra el 1º de diciembre em rememoración cuando por Decreto del poder Ejecutivo del año 1899, fue creada una comisaria de carácter policial que reconoció al poblado y dio seguridade a sus moradores, ya que el Estado Paraguayo toma posesión del mismo, siendo nombrado Juan de la Cruz Meza como el primer Comisario. Posteriormente, el 30 de agosto de 1901 se da la creación del Departamento, perdiéndose em nombre histórico de Punta Porã y pasando a llamarse desde entonces por decisión del Congreso, Pedro Juan Caballero. (Municipalidad de Pedro Juan Caballero. Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://www.municipalidadpjc.gov.py/historia.php>)

Por ter essa peculiaridade de fronteira seca, às cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero são conhecidas como “cidades-gêmeas”, segundo entendimento do Ministério da Integração:

Serão considerados cidades gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, integrada ou não por obra de infraestrutura, que apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar a unificação da malha urbana com cidade do país vizinho. Não serão consideradas cidades gêmeas aquelas com população inferior a 2 mil habitantes. (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL)

Conforme informação do Ministério do Desenvolvimento Regional, até o ano de 2019, o Brasil possui 33 (trinta e três) Municípios considerados como “cidades-gêmeas” (APÊNDICE A).

Conforme a Estratégia nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (ENAFRON), o Brasil possui 7.363 quilômetros de fronteira em linha seca, 122 (cento e vinte e dois) municípios limítrofes, entre elas, a cidade de Ponta Porã, no Estado de Mato Grosso do Sul.

Figura 5: Fronteira Brasil-Paraguai em Ponta Porã/Pedro Juan Caballero.



Fonte: ReserChgate. Disponível em https://www.researchgate.net/figure/Figura-4-Fronteira-Brasil-Paraguai-em-Ponta-Pora-Pedro-Juan-Caballero-Fonte_fig2_287973063

Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, são, portanto, cidades separadas, em alguns pontos, por apenas uma rua, resultando na livre circulação de pessoas das duas nacionalidades, sem nenhum controle migratório.

Esse tráfego entre os cidadãos das duas cidades de fronteira, acaba resultando, na saúde pública brasileira, demanda maior do que que o gestor possa suportar. Em virtude de os cidadãos estrangeiros buscarem auxílio no Sistema Único de Saúde local.

2. DO ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Já explanado acima, o direito à saúde é garantido a todos, independente do sexo, raça, nação, religião, pois é próprio do ser humano.

Desta maneira, surge a investigação do presente trabalho, se o acesso do estrangeiro na saúde pública do Brasil é permitido.

Antes de adentrarmos no tema, faz-se necessário que entendamos o conceito de estrangeiro, para que se possa discernir às partes relevantes neste estudo.

De acordo com o dicionário *Michaelis*, a palavra estrangeiro se define em:

Que ou o que é proveniente ou característico de outra região” e “que ou quem efetivamente não pertence ou não é natural de um país, de uma nação, de uma comunidade etc. ou que não se considera como tal, sentindo-se alheio, estranho, ádvena, forasteiro.

No campo jurídico, segundo Mazzuoli (p.1003, 2020), estrangeiro é definido como:

Ao escolher quem são seus nacionais (em virtude das regras domésticas editadas no exercício de sua soberania), o Estado automaticamente classifica como estrangeiros todos os demais indivíduos que estejam em seu território, quem a título provisório ou definitivo.

Após a definição da palavra estrangeiro, podemos identificar como estrangeiro, toda pessoa que não é de um país. Levanta-se, então, a indagação de, se o cidadão ádvena busque auxílio médico fora do seu país de origem, poderá este conseguir tal feito?

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 5º, disciplina a igualdade perante a lei, entre brasileiros e estrangeiros residentes no País.

Regulamentado pela Portaria nº 1.820/09, em seu artigo 2º e parágrafos, o SUS garante o acesso indiscriminado a toda pessoa que procure atendimento em sua rede pública de saúde:

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

Para que tais orientações sejam concretizadas, o Estado, por meio do Ministério da Saúde, criou o Cartão Nacional de Saúde (CNS) para que o cidadão consiga atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

No Cartão Nacional de Saúde, há a qualificação do usuário, contendo no banco de dados do paciente, seu o histórico clínico, assim, como os atendimentos médicos do cidadão, quanto este procurou o Sistema Único de Saúde, garantindo eficiência, confiabilidade e agilidade no atendimento, pois, no cartão ficam armazenados às ocorrências médicas do indivíduo.

Se consegue constatar, que o Cartão Nacional de Saúde é totalmente individual. Pois, em seu histórico contêm todas às ocorrências médicas do usuário, não podendo ser transferido para outra pessoa.

Para a aquisição do CNS, o requerente deverá comparecer na Secretaria Municipal de Saúde, portando consigo a Carteira de Identidade, o Cadastro de Pessoa Física (CPF) e comprovante de residência.

Conforme o órgão de proteção ao crédito - SERASA, conceitua-se o CPF em:

O CPF é o Cadastro de Pessoa Física. Ele é um documento feito pela Receita Federal e serve para identificar os contribuintes. O CPF é uma numeração com 11 dígitos, que só mudam por decisão judicial.

Com o requerimento na Secretaria Municipal de Saúde, o sujeito será cadastrado e obterá seu registro no Ministério da Saúde, portando seu número do CNS. Para atendimento médico pelo SUS, o cidadão deverá apresentar na unidade de saúde ou hospital, a Carteira Nacional de Saúde, documento de identificação e o comprovante de residência.

Todo esse trâmite é para o cidadão brasileiro ou estrangeiro residente no Brasil. A esses indivíduos, a Constituição Federal lhes garante tratamento igualitário, inclusive em relação ao tratamento médico.

Se o estrangeiro se encontrar em território nacional, conforme orientação da Nota Informativa nº 3/2018-DIAHV/SVS/MS, lhe será garantido o atendimento

médico pelo SUS:

Que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação e, enquanto direito humano e em consonância com a recém-publicada lei da Migração (nº 13.445), é extensível aos estrangeiros que se encontrem no território nacional.

Entretanto, tal procura à saúde brasileira por estrangeiros, se depara para os seguintes questionamentos:

1) O estrangeiro que esteja em trânsito no Brasil, com finalidade diversa ao acesso à saúde, poderá ter acesso à saúde no sistema SUS?

2) O estrangeiro que adentra em território nacional, com o propósito específico de utilizar o sistema de saúde brasileiro, a esse ser está acessível o sistema do SUS?

Conforme a Lei de Migração nº 13.445/2017, art. 3º, incisos II, III e IX, é assegurado ao estrangeiro, através da política migratória brasileira, o fundamento de não criminalização da migração e o tratamento igualitário entre brasileiros e estrangeiros. Disponibilizando para o estrangeiro e sua família, tratamento equiparado ao que é concedido para o cidadão brasileiro (nato ou naturalizado).

O tratamento humanitário e igualitário estendido ao migrante, faz-se explícito na Lei de Migração, onde, em seu artigo 4º, garante a inviolabilidade dos direitos do estrangeiro, aferido aos direitos dos brasileiros:

Art. 4º Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados:

I - direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos;

II - direito à liberdade de circulação em território nacional;

III - direito à reunião familiar do migrante com seu cônjuge ou companheiro e seus filhos, familiares e dependentes;

IV - medidas de proteção a vítimas e testemunhas de crimes e de violações de direitos;

V - direito de transferir recursos decorrentes de sua renda e economias pessoais a outro país, observada a legislação aplicável;

VI - direito de reuniões para fins pacíficos;

VII - direito de associação, inclusive sindical, para fins lícitos;

VIII - acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

IX - amplo acesso à justiça e à assistência jurídica integral gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

X - direito à educação pública, vedada a discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

XI - garantia de cumprimento de obrigações legais e contratuais trabalhistas e de aplicação das normas de proteção ao trabalhador, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

XII - isenção das taxas de que trata esta Lei, mediante declaração de hipossuficiência econômica, na forma de regulamento;

XIII - direito de acesso à informação e garantia de confidencialidade quanto aos dados pessoais do migrante, nos termos da Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011;

XIV - direito a abertura de conta bancária;

XV - direito de sair, de permanecer e de reingressar em território nacional, mesmo enquanto pendente pedido de autorização de residência, de prorrogação de estada ou de transformação de visto em autorização de residência; e

XVI - direito do imigrante de ser informado sobre as garantias que lhe são asseguradas para fins de regularização migratória.

Deste modo, evidencia-se que a legislação brasileira alcançou os propósitos dos direitos humanos e os materializou em direitos fundamentais, não havendo discriminação aos migrantes que pretendam ingressar no Brasil.

Referente às concessões de autorizações de entrada no País, com finalidade alheia ao de turista, o governo brasileiro disponibiliza vistos específicos para a modalidade de acesso em território nacional.

A Lei de Migração, em seu artigo 14, relaciona os tipos de vistos temporários concedidos pelo governo brasileiro, por meio de seus consulados, para os estrangeiros que desejam ingressar no Brasil com o intuito de instituir residência.

Entre os vistos temporários elencados no artigo 14 da Lei nº 13.445/2017, encontra-se o de visto temporário para tratamento de saúde, inciso I, alínea b. Este visto é exclusivo para que o estrangeiro possa ter acesso ao sistema de saúde no território brasileiro.

A Portaria Interministerial nº 8, de 13 de março de 2018, em seu artigo 2º, esclarece que o governo brasileiro concederá visto para o tratamento de saúde, quando:

Art. 2º O visto temporário para tratamento de saúde poderá ser concedido ao imigrante que venha ao país para se submeter a tratamento médico.

Parágrafo único. A concessão do visto temporário para tratamento de saúde estará condicionada à comprovação, pelo imigrante, de meios suficientes para custear seu tratamento e sua manutenção durante o pedido em que permanecer em território brasileiro.

Nota-se, portanto, para que o estrangeiro requisite o visto temporário para o tratamento de médico no Brasil, em regra, é obrigatória a comprovação de meios econômicos de subsistência e para custear o tratamento médico.

Para que mantenha o tratamento médico no Brasil, o estrangeiro deverá se regularizar no Departamento de Polícia Federal da cidade onde fixar residência, portando, entre os documentos necessários discriminados no portal do órgão, laudo médico que ateste a necessidade do tratamento.

Suponhamos que o estrangeiro necessite de tratamento médico pelo SUS. Conforme o § 3º, artigo 7º da Portaria Interministerial nº 8/2018, o comprovante de subsistência é dispensado se o tratamento for pelo Sistema Único de Saúde, desde que comprovado.

E o estrangeiro que reside em cidade de fronteira? Os estrangeiros que residem em cidades de fronteira, são caracterizados como “Fronteiriço”.

Conforme a Lei de Migração, em seu artigo 1º, § 1º, IV, esta conceitua o cidadão que reside em zonas de fronteira:

IV – residente fronteiriço: pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserva a sua residência habitual em município fronteiriço de país vizinho;” Ao estrangeiro fronteiriço, a Lei de Migração, em seus artigos 23 e 24, possui a modalidade do Residente Fronteiriço:

Art. 23. A fim de facilitar a sua livre circulação, poderá ser concedida ao residente fronteiriço, mediante requerimento, autorização para a realização de atos da vida civil.

Parágrafo único. Condições específicas poderão ser estabelecidas em regulamento ou tratado.

Art. 24. A autorização referida no caput do art. 23 indicará o Município fronteiriço no qual o residente estará autorizado a exercer os direitos a ele atribuídos por esta Lei.

§ 1º O residente fronteiriço detentor da autorização gozará das garantias e dos direitos assegurados pelo regime geral da migração desta Lei, conforme especificado em regulamento.

Frisa-se, em anuência ao artigo 1º, § 1º, IV, que a qualificação de residente fronteiriço é a obrigatoriedade de o estrangeiro residir em município de país vizinho. Em referência à realização dos atos da vida civil, previstos no artigo 23 da Lei de Migração, se encontra respaldo no artigo 89 do Decreto nº 9.199/2017, que identifica a permissão de praticar os atos na qualidade de fronteiriço:

Art. 89. O residente fronteiriço que pretenda realizar atos da vida civil em Município Fronteiriço, inclusive atividade laboral e estudo, será registrado pela Polícia Federal e receberá a Carteira de Registro Nacional Migratório, que o identificará e caracterizará a sua condição.

Assim, com o advento do Decreto supramencionado, entende-se que o cidadão fronteiriço possui a discricionariedade de estudar ou trabalhar no município limítrofe brasileiro. O acesso a tratamento médico em território nacional não é contemplado.

Como visto anteriormente, o estrangeiro poderá ter acesso ao sistema de saúde brasileiro, desde que detenha de visto específico, que é concedido pela autoridade consular brasileira.

A Política Migratória brasileira é seletiva. Para àqueles que pretendem

ingressar no País com o intuito adverso ao informado para o agente do posto de imigração, poderá ter seu ingresso impedido em território nacional impedido.

É o que assevera o artigo 45, VII da Lei de Migração: “VII – cuja razão da viagem não seja condizente com o visto ou com o motivo alegado para a isenção de visto.”

Com a conjectura da Lei de Migração, o agente de imigração tem autonomia em autorizar ou impedir a entrada do estrangeiro que estiver com desvio de finalidade em seu ingresso. Exemplo, estrangeiro que almeja adentrar em território nacional para tratamento médico, porém, apresenta visto de turista (quando este é exigível). Tal faculdade do agente em aceitar ou não a entrada de estrangeiro em território nacional, deriva da soberania do país.

O ato da entrevista e análise da permissão de acesso do estrangeiro em território brasileiro é totalmente discricionário. Em consonância a Lei nº 13.445/2017, em tempos de paz, o estrangeiro pode ingressar no Brasil. É o que confirma MAZZUOLI (p. 1.006, 2020):

No Brasil, em tempo de paz, desde que satisfeitas as condições previstas na Lei nº 13.445/2017, qualquer estrangeiro pode entrar e permanecer no território nacional ou dele sair. O ingresso e saída do país são permitidos, em tempo de paz, aos estrangeiros, mas não de forma absoluta, podendo cada Estado disciplinar de maneira diversa os requisitos de ingresso, permanência e retirada do território nacional, em atenção aos interesses nacionais. No Brasil, as funções de polícia marítima, aeroportuária e de fronteira são realizadas pela Polícia Federal nos pontos de entrada e de saída do território nacional (Lei de Migração, art. 38, *caput*).

No que concerne às restrições impostas aos estrangeiros, recentemente o mundo passou por uma pandemia, onde vários países implementaram restrições aos estrangeiros que queriam adentrar em seus territórios.

No Brasil, não foi deferente aos que desejavam ingressar no Brasil. A pandemia do SARS-coV-19 (COVID-19) que se iniciou em março de 2020, restringiu as restrições para o ingresso.

O governo federal, no propósito de minimizar a contaminação do vírus, editou a Portaria nº 652/21, impondo restrições significativas no ingresso ao país:

Art, 2º Fica restringida a entrada no País de estrangeiros de qualquer nacionalidade, por rodovias, por outros meios terrestres ou por transporte aquaviário.

Tal restrição possuía o desígnio de impedir o aumento da contaminação no Brasil e a possível infecção de variantes do vírus. Porém, a restrição da Portaria,

concedia exceções.

Conforme a realidade diferenciada das regiões de fronteira, excepcionalmente cidades-gêmeas, a Portaria, entendendo as peculiaridades destas regiões fronteiriças, abriu ressalvas ao tráfego de pessoas residentes dessas cidades, conforme artigo 4º, II:

II – o tráfego de residentes fronteiriços em cidades-gêmeas, mediante a apresentação de documento de residente fronteiriço ou de outro documento comprobatório, desde que seja garantida a reciprocidade no tratamento ao brasileiro pelo país vizinho;

Com esta previsão legislativa, o livre acesso entre às cidades se manteve, desde que haja reciprocidade entre às nações.

Destaca-se, nesta pesquisa, se o estrangeiro não residente no Brasil e/ou que não esteja regularizado pelo País, tenha acesso ao sistema de saúde nacional. Assim, Martins (2018) ressalta:

[...] embora alguns países admitam restrições ao exercício desses direitos sociais a estrangeiros, a doutrina e a jurisprudência brasileira ainda não se detiveram sobre o tema [...] A questão é mais sensível nas regiões de fronteiras do Brasil com outros países (onde muitos estrangeiros costumam migrar para o Brasil para se utilizar de nosso sistema de saúde).

Descortina-se, então, a incerteza na jurisprudência e ordenamento jurídico brasileiro, se existe a possibilidade de o estrangeiro utilizar o SUS para atendimento médico.

3. O ESTRANGEIRO E O ATENDIMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ao estrangeiro que deseja ingressar em território brasileiro em busca de atendimento médico, conforme relatado acima, precisa portar visto para tratamento de saúde e estar definitivamente legalizado no País.

Porém, caso ele pretenda definir residência no Brasil, o ordenamento jurídico pátrio relaciona as modalidades para a pretensão de permanente residência.

3.1 REQUISITOS PARA SOLICITAR A PERMANÊNCIA NO BRASIL

Para que o estrangeiro possa requerer a sua regularização e residir na modalidade de permanente no Brasil, a Secretaria Nacional de Justiça, por meio do seu departamento de Estrangeiros apresenta um rol de possibilidades que o estrangeiro deve se enquadrar, para ocorrer permanência.

As modalidades para requerer o pedido de permanência, são:

- a) permanência definitiva a Asilado ou Refugiado;
- b) ao titular de visto Temporário na condição de professor, técnico ou pesquisador de alto nível e cientista estrangeiro;
- c) ao estrangeiro que perdeu a condição de permanente por ausência ininterrupta por período superior a dois anos;
- d) permanência definitiva, com base em cônjuge brasileiro; permanência definitiva, com base em filho(a) brasileiro(a);
- e) permanência definitiva, com base em Reunião Familiar; e transformação do registro provisório em permanência definitiva. (SECRETARIA NACIONAL DE JUSTIÇA).

Essas são às possibilidades que o estrangeiro poderá solicitar, ao governo brasileiro, a sua permanência e aqui residir legalmente.

Dentre os direitos adquiridos através da solicitação do pedido de permanência, está o direito de buscar auxílio médico no serviço de saúde.

Para que o estrangeiro consiga conquistar o serviço de saúde, ao analisar a Constituição Federal de 1988 e Normas Reguladoras do funcionamento do Sistema Único de Saúde, revela-se, nitidamente, que não há indicativos de segregação entre brasileiros natos, naturalizados e estrangeiros, nos atendimentos médicos.

O princípio de igualdade está explícito na leitura do art. 5º da Constituição Federal, *caput*. Pois, sendo o acesso à saúde, um direito universal, deve ser disponibilizado a todos, sem qualquer discriminação.

No entanto, para acessar o sistema de saúde, há requisitos especiais para os estrangeiros não regularizados no Brasil, possam ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde ou pelo sistema privado de saúde no Brasil.

3.2 DA DOCUMENTAÇÃO

Sabe-se, então, que para adentrar em território nacional, a exigência de visto está diretamente ligada ao *animus* do agente. Dependendo da característica do acesso, poderá ocorrer a incidência da obrigatoriedade de visto emitido pela Repartição Consular brasileira.

Exemplo de exigência de visto é o para tratamento de saúde, emitido pelos consulados do Brasil, conforme orientação do Governo Federal:

O visto é o documento concedido pelas Representações Consulares do Brasil no exterior que possibilita a expectativa de ingresso de estrangeiros no território nacional, desde que satisfeitas as condições previstas na legislação vigente” e o art. 14 da Lei nº 13.445/2017.

Novamente, frisa-se a importância do visto adequado para a finalidade da entrada do estrangeiro em território nacional, pois, o mesmo será concedido de acordo com a motivação de acesso.

Antes de ser signatário de tratados e convenções internacionais, a documentação exigida pelo governo brasileiro, era unicamente o passaporte. Somente, mediante a apresentação deste documento, o cidadão poderia ingressar no Brasil.

Entretanto, sendo o Brasil co-fundador e membro de bloco econômico dos países latino-americanos, chamado MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), através de acordos internacionais e decisões, houve a alteração, em entendimento unânime dos países membros do bloco, ressalvada a soberania de cada País, o estabelecimento de diretrizes para estreitar laços de amizade, acordos econômicos e sociais.

O MERCOSUL define-se em, segundo o Governo Federal Brasileiro:

O MERCOSUL é instrumento fundamental para a promoção da cooperação, do desenvolvimento, da paz e da estabilidade da América do Sul. É o principal instrumento com que o Brasil conta para cumprir o disposto no parágrafo único do art. 4º da Constituição Federal, segundo o qual “a República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos das América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações”.

Os países membros fundadores do bloco são Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

O bloco consolidou entendimento na Decisão MERCOSUL/CMC/DEC nº 18/2008 sobre os documentos permitidos para a circulação de cidadãos residentes nos países-membros do bloco, sendo, portanto, além do passaporte, também é aceito a cédula de identidade do indivíduo.

Reservada o princípio da soberania da nação, cada país disciplinou sobre a aceitação da cédula de identidade. O país que recebe o estrangeiro, verificando o documento de identificação e constatada que o mesmo está expirado, ou seja, com a validade vencida, poderá negar a entrada, conforme entendimento do Acordo sobre Documentos de Viagem e de Retorno dos Estados partes do MERCOSUL e Estados Associados:

Artigo 1 [...] O prazo de validade dos documentos do Anexo I será o neles estabelecido pelo Estado emissor. No caso de não possuir data de vencimento, entender-se-á que os documentos mantêm sua vigência por tempo indefinido. Caso a fotografia ou os dados pessoais gerem dúvidas sobre a identidade do portador do documento, poderá ser solicitada outra documentação efetiva para sanar tal circunstância.

Dos países membros do MERCOSUL, o Paraguai é o único país que põe data de validade nas cédulas de identidades de seus cidadãos.

No art. 3º da Decisão nº 18/2008, o bloco dispõe sobre a dispensa de visto:

Art. 3º - Os estrangeiros com residência regular em algum Estado Parte ou Associado do MERCOSUL poderão transitar com os documentos estabelecidos no Anexo no território dos Estados Partes e Associados do MERCOSUL sempre que, em razão de seus nacionalidade, o visto consular não constituir requisito para ingresso no outro Estado. Não sendo o caso, deverá utilizar o passaporte de sua nacionalidade e o visto correspondente.

Tal entendimento do MERCOSUL respalda a posição do Brasil, que, segundo determinação da Lei nº 13.445/2017, estes documentos são permitidos para o estrangeiro que queira adentrar no Brasil, na modalidade de turista.

Caso o intuito do ingresso seja outro, o estrangeiro deverá ter visto próprio para o propósito que deseja, conforme o rol do art. 14 da Lei de Imigração.

3.3 A PROBLEMÁTICA DO ACESSO DA SAÚDE NA ÁREA DE FRONTEIRA DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO

Devido à circulação de pessoas e veículos na região da fronteira entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, houve a diminuição de aferição dos protocolos de controle migratório, exercidos pelas autoridades competentes de ambos os países.

Brasil e Paraguai fazem parte de bloco econômico do MERCOSUL e conforme decisão nº 18/2008 do MERCOSUL, dispensa-se a exigência de visto e a obrigatoriedade do cidadão possuir passaporte. A partir desta decisão do bloco econômico, a cédula de identidade passou a ser aceita. Facilitando a dinâmica dos acessos entre os países membros, principalmente nas cidades de fronteira.

A especificidade da região fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero se beneficiou com a decisão do bloco econômico, no tocante da aceitação do documento de identidade. Trouxe ganhos, não apenas a economia da região, mas, também, na identificação das pessoas, caso haja barreira policial.

É importante salientar, que a decisão do bloco visou empenhar ganhos econômicos e social, no que se refere a desburocratização dos acessos de turistas aos países-membros. Não abraçou o acesso dos estrangeiros na saúde pública.

Conforme mencionado anteriormente, no Brasil, os documentos hábeis para o atendimento médico pelo Sistema Único de Saúde são: a apresentação do passaporte com o visto para tratamento médico, ou, para os estrangeiros que residem no país e estejam devidamente regularizados, documento de identidade e o cartão do sistema público de saúde.

Em regra, estrangeiros não regularizados no Brasil, não podem ter acesso ao Sistema Único de Saúde, por não possuírem tais documentos (documento de identidade compatível, Cadastro de Pessoa Física e o Cartão Nacional de Saúde).

Para que haja a confecção do cartão do sistema de saúde é necessário que o estrangeiro possua Cadastro de Pessoa Física (CPF), emitido pela Receita Federal do Brasil.

Para tanto, o órgão responsável pelo fornecimento do CPF, em seu canal de atendimento na *internet*, fornece à todo cidadão residente ou em trânsito pelo País, o direito de conseguir o CPF.

E, para se obter o Cartão Nacional de Saúde, precisa-se da apresentação do CPF. Também, para obter CPF, o estrangeiro precisa estar residindo no Brasil ou estar em trânsito, conforme orientação da Receita Federal do Brasil.

Vejamos, portanto, os conceitos de residente e em trânsito, conforme entendimento do MERCOSUL, em sua decisão nº 18/2018, art. 2º:

Art. 2º - Para efeitos do presente Acordo entende-se como:

Trânsito: o movimento de nacionais ou residentes regulares provenientes do território de algum dos Estados Partes ou Associados do MERCOSUL, com destino a outro Estado Parte ou Associado do MERCOSUL, não sendo necessário que sua partida seja de seu país de origem ou residência.

Residente regular: são aqueles estrangeiros que obtiveram uma permanência ou residência permanente, temporária ou provisória conforme a legislação migratória correspondente do Estado Parte ou Associado do MERCOSUL do local onde reside, sempre que, como consequência desta, a legislação o habilite a ser titular de algum dos documentos de viagem enumerados do presente.

Verifica-se, então, os sujeitos que possuem o direito de obterem do governo brasileiro o CPF.

A Instrução Normativa RFB nº 1548/2015, da Receita Federal do Brasil, em seu art. 3º, elenca o rol de sujeitos que estão obrigados a se inscrever e obter o CPF:

Art. 3º Estão obrigadas a inscrever-se no CPF as pessoas físicas:

I – residentes no Brasil que integrem o polo passivo de relação tributária principal ou acessória, seja na condição de contribuinte ou responsável, bem como os respectivos representantes legais, nos termos da legislação tributária da União, estados, Distrito Federal ou municípios;

II – residentes no Brasil ou no exterior que:

- a) pratiquem operações imobiliárias de quaisquer espécies no Brasil;
- b) possuírem, no Brasil, contas bancárias, de poupança ou de investimentos;
- c) operarem no mercado financeiro ou de capitais no Brasil, inclusive em bolsas de valores, de mercadorias, de futuros ou assemelhados; ou
- d) possuírem, no Brasil, bens e direitos sujeitos a registro público ou cadastro específico, incluídos imóveis, veículos, embarcações, aeronaves, instrumentos financeiros e participações societárias ou no mercado de capitais;

III – que constem como dependentes para fins de Imposto sobre a Renda da Pessoa Física, observando o disposto no § 2º;

IV – cuja inscrição seja exigida por órgãos ou entidades da administração pública federal, estadual, distrital ou municipal, nos termos da legislação própria afeta aos negócios desses órgãos ou entidades;

V – registradas em ofício de registro civil de pessoas naturais no Brasil, no momento da lavratura do assento de nascimento, e após a entrada em operação do convênio celebrado entre a RFB e a entidade prevista no inciso VIII do caput do art. 24; ou

VI – filiadas como segurados obrigatórios da Previdência Social ou requerentes de benefícios de qualquer espécie no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

§ 1º As pessoas físicas, mesmo que não estejam obrigadas a inscrever-se no CPF, podem solicitar a sua inscrição.

§ 2º Estão dispensadas da inscrição do CPF, relativamente ao exercício de 2018, ano-calendário da 2017, as pessoas físicas a que se refere o inciso III do *caput* com menos de 8 (oito) anos de idade.

Para tanto, o estrangeiro deverá preencher formulário disponível no endereço eletrônico da Receita Federal do Brasil e solicitar o CPF;

Figura 6: Formulário Eletrônico da RFB

Fonte: Receita Federal do Brasil. Formulário disponível eletrônico. Disponível em <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/InscricaoCpfEstrangeiro/default.asp>

Após o preenchimento do formulário de inscrição, o requerimento será analisado administrativamente pela Receita Federal do Brasil.

Com esta abertura da possibilidade do estrangeiro não regularizado devidamente no Brasil, questiona-se se poderá abrir precedentes de fraude contra à Fazenda Nacional, visto que, as simples informações dos dados do estrangeiro, não comprova que ele realmente resida no Brasil.

A Instrução Normativa RFB nº 1548/2015, capítulo VII, artigos 17 e seguintes, orienta os procedimentos a serem tomados no caso de fraude:

Art. 17. Será declarada nula pela RFB a inscrição no CPF em que for constatada fraude.

Art. 18. A declaração de nulidade da inscrição no CPF será realizada pelo titular da unidade da RFB na Internet, indicando sua motivação.

Art. 19. A declaração de nulidade da inscrição no CPF produzirá efeitos retroativos à data de inscrição, ressalvado o disposto no § 1º.

§ 1º Havendo multiplicidade de inscrições fraudulentas para a mesma pessoa, ficarão elas vinculadas à inscrição legítima, desde que comprovado, em processo administrativo em que se assegure o contraditório e a ampla defesa, que a pessoa tinha ciência da fraude e dela se aproveitou.

§ 2º Constatada a fraude ao final do processo administrativo, o fato deverá ser comunicado aos órgãos responsáveis pela persecução penal.

E, conforme art. 21, III, da Instrução Normativa RFB nº 1548/2015, a situação cadastral do CPF terá *status* de suspensão, quando houver inconsistência cadastral.

O percalço da cidade de Ponta Porã, no Sistema Único de Saúde, é garantir que os protocolos que regulam o atendimento, sejam respeitados e seguidos, afim de que não haja fraude no sistema, ao atender estrangeiro ilegal.

Para que este trabalho fosse confeccionado, foram solicitadas informações ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, via aplicativo do governo, e entrevista presencial do representante da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã, sobre o quantitativo dos atendimentos médicos a estrangeiros não regularizados no Brasil. Houve, também, entrevista presencial do administrador do Hospital Regional da cidade de Pedro Juan Caballero, no Paraguai, sobre o atendimento médico a estrangeiros.

No Ministério da Saúde e na Secretaria Estadual de Saúde, a solicitação para o acesso à tais informações, foi obrigatório o cadastramento do usuário na plataforma fala.br do governo federal. Às informações na Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã, teve prévio agendamento com o representante do órgão.

No Hospital Regional da cidade de Pedro Juan Caballero, o acesso aos dados sobre a incidência de estrangeiros que utilizam o sistema de saúde do Paraguai, houve agendamento com a representante e o total acesso aos dados.

Via de regra, estrangeiros irregulares são impedidos de serem usuários dos sistemas SUS. Conforme declaração da Ouvidoria da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, data no dia 08 de novembro de 2021, todos os atendimentos devem ser faturados, e o faturamento é feito mediante o Cartão SUS. Caso haja o atendimento de estrangeiros irregulares, estes atendimentos não podem ser faturados, ocasionando perda orçamentária para a saúde do município em que houve o atendimento.

Em entrevista concedida no dia 12 de maio de 2021, via presencial, o representante da Secretaria de Saúde do Município de Ponta Porã (Apêndice B),

informou que os atendimentos médicos para estrangeiros irregulares são aferidos apenas nos casos de urgência e emergência.

Estando o estrangeiro em quadro de melhora ou apto para alta hospitalar, é convidado a se retirar da unidade hospitalar e deverá ser encaminhado para seu país de origem ou outro país que o receba.

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio de seu representante, também informou que comunica às autoridades brasileiras e paraguaias, para que realizem às devidas tratativas para a remoção do estrangeiro do Hospital Regional da cidade e seu traslado para o país de origem.

Conforme o representante da Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria não consegue quantificar os atendimentos aos estrangeiros irregulares, por não poderem tais atendimentos serem faturados, ocasionando perda orçamentária.

A Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul (Apêndice C) e o Ministério da Saúde (Apêndice D), por meio do aplicativo “*fala.br*”, compartilharam a mesma informação de não contabilizar os atendimentos concedidos aos estrangeiros, por não poderem serem faturados.

Tais órgãos gestores do SUS não disponibilizam de banco de dados informando tais atendimentos, sendo, portanto, impossível mensurar o quantitativo de estrangeiros que são atendidos pelo SUS.

Na contramão do posicionamento do governo brasileiro no atendimento aos estrangeiros, em entrevista presencial realizada no Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, no dia 17 de novembro de 2021 (Apêndice E), não há no hospital, quaisquer restrições aos que procuram o estabelecimento hospitalar. Todos, paraguaios, brasileiros, argentinos, venezuelanos e etc., são atendidos de forma igualitária e sem discriminação.

Conforme relatório do hospital paraguaio, no período de janeiro a dezembro de 2020, foram atendidos 159 (cento e cinquenta e nove) brasileiros, na modalidade de consultas. Na mesma modalidade, no período de janeiro à outubro de 2021, a quantidade de brasileiros atendidos teve alta nos atendimentos, no total de 211 (duzentos e onze) brasileiros.

Enquanto que no Brasil, os estrangeiros são atendidos apenas em casos de urgência e emergência, no Paraguai, todos os serviços hospitalares, tais como, consultas, tratamentos, cirurgias, internação e partos, são estendidos aos brasileiros. A transferência de brasileiros para os hospitais do Brasil, são realizadas quando o

paciente, expressamente, solicita a transferência. Não há, portanto, nenhuma iniciativa por parte do gestor em dispensar o brasileiro para seu país de origem, salvo quando solicitado.

Tanto às secretarias de saúde do Brasil e o Hospital Regional de Pedro Juan Caballero/Paraguai, relataram que não há ajuda financeira para compensar atendimentos aos estrangeiros, ficando a cargo do gestor, a faculdade de atendimento.

A crítica feita pelo Hospital Regional de Pedro Juan Caballero/Paraguai, sobre a falta de reciprocidade do Brasil, bloqueando atendimentos aos estrangeiros, é válida. Por serem cidades-gêmeas, os gestores públicos de ambas as cidades, em acordo, poderiam se unir, garantindo o princípio basilar da saúde a todos. E, não como está acontecendo no SUS, sendo estes atendimentos em casos de urgência e emergência.

3.4 DO ATENDIMENTO MÉDICO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Passamos a entender os conceitos de urgência e emergência, que os gestores do Sistema Único de Saúde permitem que os estrangeiros irregulares sejam atendidos.

O entendimento do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, urgência e emergência se caracterizam em:

2.1 Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

2.2 Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Esta prerrogativa de exceção para o entendimento do estrangeiro, caso não cumprida, poderá configurar crime de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal:

Art. 135 – Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não impedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único – A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Em conceito doutrinário, Capez (2018), dispõe que o ato de omissão, é o dever de agir para salvaguardar um bem jurídico:

Aqui exige-se uma atividade do agente, no sentido de salvaguardar um bem jurídico cuja desconsideração do comando legal por omissão gera o ajustamento dessa conduta omissiva de modo direto e imediato à situação tipificada. Dessa forma, aquele que ficou inerte diante de uma pessoa gravemente ferida, vítima de uma tentativa de homicídio, em tese, não deveria responder por crime algum, pois inexistente um dever especial de agir imposto pela norma no sentido de impedir o resultado; contudo, como há um dever de solidariedade imposto a todos pela normal penal no sentido de socorrer aqueles que necessitam de assistência, deverá o agente responder pelo delito autônomo de omissão de socorro, por ter deixado de prestar auxílio a pessoa ferida, se podia fazê-lo sem risco pessoal. Se não houvesse previsão desse tipo penal autônomo, a conduta seria atípica.

Para que não recaia sobre o sistema de saúde público a imputabilidade do crime de omissão de socorro, é que os atendimentos são permitidos, apenas, nos casos de urgência e emergência.

O relator do Recurso Extraordinário 587.970 São Paulo, Ministro Marco Aurélio de Melo, do Supremo Tribunal Federal, em seu voto dispõe:

Basta constatar o fato de o Sistema Único de Saúde – SUS ser regido pelo princípio da universalidade e tutelar a saúde, direito fundamental do ser humano. Nessa ótica, ao adentrar em território brasileiro, o estrangeiro tem direito a atendimento médico pelo SUS caso precise de assistência de urgência. Não há necessidade de reciprocidade para garantir tal suporte.

Em uniformidade, às Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde, seguem entendimento do Ministério, prestando serviço médico ao estrangeiro, em casos de emergência ou urgência.

Enquanto que o Paraguai estende seu sistema de saúde a todos que o procura, o Brasil reprime o atendimento. Conforme a *Resolución 12/6 del Consejo de Derechos Humanos* do governo do Paraguai:

“Esto se traduce en el reconocimiento de la necesidad de que el Estado proteja los derechos humanos de los migrantes y, en consecuencia, rechace la criminalización de las personas que se encuentran en situación irregular en los países de destino, teniendo como fundamento de sus principios la Protección, defensa y promoción de los derechos de los migrantes”.

Segundo informação do Parlamento do MERCOSUL (PARLASUL), o atendimento médico no Paraguai não impõe restrições aos migrantes em situação irregular.

A recomendação do Parlamento do Mercosul MERCOSUR/PM/SO/REC.18/2018, sobre a gratuidade do acesso à saúde dos residentes dos membros do MERCOSUL, recomenda assegurar o acesso aos serviços públicos de saúde, mediante documento de identidade e, em casos de urgência e emergência:

Que, sin perjuicio de ello, hoy todos los países miembros del MERCOSUR se encuentran posibilitados, em caso de urgencia y/o riesgo de vida, para garantizar el acceso a la salud en establecimientos públicos a ciudadanos de otro país miembro. Que, en consecuencia, surge necesario recomendar al CMC que proponga a los Estados miembros del MERCOSUR la sanción de normas de derecho interno que establezcan la presentación del documento de identidad de un nacional de un país miembro como único requisito a ser tenido en cuenta por las autoridades locales para garantizar la atención gratuita de la salud en establecimientos públicos, en casos de emergencia y riesgo de vida de la persona. (PARLAMENTO MERCOSUR)

A recomendação do Parlamento do MERCOSUL não restringe a soberania do País sobre sua política migratória ou sobre seu método de fornecimento da saúde, porém, visa reduzir às dificuldades que os estrangeiros encontram quando necessitam da saúde pública daquele País.

Em observância da informação do Parlamento do MERCOSUL e da entrevista do representante do Hospital Regional da cidade de Pedro Juan Caballero, o Paraguai não limita seu serviço público de saúde. O contrário acontece no serviço público de saúde do Brasil, onde o serviço é fornecido dentro do entendimento da Lei de Migração.

Todavia, devido a realidade peculiar dos municípios fronteiriços, considerados como “cidades-gêmeas”, em especial as cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, os governos deveriam se unir e realizar acordos para o bem da população da faixa de fronteira.

Em parceria entre Brasil e Uruguai, temos o Acordo Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, para prestação de serviços de saúde, ratificado através do Decreto nº 7.239/2010, cujo empenho é de encontrar, em ação conjunta, o bem-estar e a saúde da população dos dois países.

Essa parceria entre os governos do Brasil e do Uruguai, delimita a população que será contemplada com a iniciativa, mediante comprovação. É o que se averigua no Artigo 1, parágrafos 1 e 2 do acordo:

1. O presente Ajuste Complementar visa a permitir prestação de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas situadas nas Localidades

Vinculadas estabelecidas no Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios.

2. A pessoa física ou jurídica contratada somente admitirá pacientes residentes nas zonas urbanas, suburbanas ou rurais de uma das Localidades Vinculadas mencionadas no parágrafo anterior, mediante a apresentação da documentação que conforme sua identidade e domicílio expedido por autoridade policial correspondente ou outro documento comprobatório de residência, com o Documento Especial de Fronteiriço.”

Assevera Pucci (2010, p. 154) em seu livro “O Estatuto da Fronteira Brasil – Uruguai”, no acordo entra às nações não elenca os municípios contemplados com a iniciativa bilateral, entretanto, o autor informa às cidades vinculadas, em faixa de fronteira de 20 km:

As localidades situadas na faixa de fronteira de 20 km de cada lado da linha de fronteira, mas não listadas no Anexo de Localidades Vinculadas, não dão direito ao documento especial de fronteiriço. A relação estabelece as seguintes vinculações, envolvendo dezessete localidades ao todo:

- Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julho, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai);
- Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai);
- Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai);
- Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai);
- Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai);
- Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai).

No ponto de vista do autor, essa iniciativa de acordo entre países que fazem fronteira, ascende uma eventual possibilidade para cooperação com outros países que fazem fronteira com o Brasil:

As lições aprendidas com as dificuldades na aplicação do Acordo Fronteiriço e as fórmulas encontradas para a superação desses obstáculos poderão orientar ações em outros pontos da fronteira brasileira, ao mesmo tempo em que constituem um indicador da viabilidade da construção do futuro Estatuto da Fronteira. O monitoramento da eficácia desse acordo é central para a compreensão dos limites e das possibilidades de construção da malha de direitos atinentes à cidadania fronteiriça em áreas limítrofes onde a integração ainda é incipiente.

Tal cooperação entre Brasil e Uruguai, dá seguimento a previsão constitucional, em seu artigo 4º, inciso IX, onde se buscou a união entre os povos, objetivando o progresso da humanidade, principalmente na região de fronteira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fronteira reserva em sua excentricidade, particularidades que destoam em relação ao restante do País. E, no acesso à saúde, vemos a atuação dos Estados ao garantir um dos direitos universais mais importantes do homem.

Perante o exposto, mostrou-se nitidamente clara a disparidade do serviço de saúde entre Brasil e Paraguai.

Se observa que o governo brasileiro permite o ingresso do estrangeiro que almeja tratamento médico no Brasil, por duas maneiras: visto para tratamento de saúde ou que esteja regularizado no país. Caso contrário, o acesso poderá ser impedido, conforme redação do art. 45, VII da Lei nº 13.445/2014 (Lei de Migração) ou os atendimentos serão realizados somente nos casos de urgência e emergência.

Realidade inversa é a da saúde do Paraguai, onde o acesso ao serviço de saúde é garantido a todos. Não há empecilhos ou barreiras para que o agente acesse à saúde.

A realidade da região fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, carece de políticas públicas equitativas que busquem a coarctação do desequilíbrio das duas cidades.

A dissimetria visualizada na região, retrata o posicionamento restritivo de um ente que mitiga a saúde, suprimindo o direito universal à saúde. O contraponto está na postura do Paraguai ao assegurar a saúde em entendimento global, sem restrições, para qualquer cidadão que requeira seu atendimento.

Conforme o doutrinador VALÉRIO DE OLIVEIRA MAZZUOLI, supramencionado, acrescenta, os direitos humanos devem ser vistos como direito amplo, macro, universal. Aos Estados, é preciso sair das linhas do seu direito restrito, fechado e caseiro, e adentrar no campo do direito abrangente, onde o acesso seja garantido a qualquer pessoa.

As desigualdades da fronteira poderão ser suprimidas, se os governos tomassem partido sobre os assuntos inerentes da região e se comprometessem conjuntamente, diminuir a disparidade da saúde pública da região.

A desproporção no atendimento médico entre Brasil e Paraguai é explícito e repugnante. Enquanto o Brasil restringe o acesso do estrangeiro, o Paraguai libera a todo àquele que procura sua rede de saúde.

Políticas públicas de assistência entre às nações, são necessárias e devem ser criadas com urgência. Pois, os direitos da vida, da saúde e do bem-estar social, necessitam ser respeitados, preservados e garantidos a qualquer cidadão.

Temos a exemplo de ação conjunta entre os países, a cooperação entre Brasil e Uruguai, no anseio de sanar ou diminuir as dificuldades da fronteira. Essa iniciativa das nações serve como pontapé inicial de ajuda mútua dos países, visando a garantia de qualidade de vida e oportunidades para o povo.

O Estado que abarca a universalidade dos direitos humanos, não deixa sua soberania de lado. Ele encontra um equilíbrio de posição entre sua soberania e os anseios sociais.

E, a cooperação entre os demais Estados, auxilia na construção de direito público interno e externo, no respaldo de garantir a qualquer cidadão, a inviolabilidade e a concretização de seus direitos, seja este nacional ou estrangeiro.

REFERÊNCIAS

ALUM, Julia Noemi Mancuello; BEJARANO, Maria Stella Cabral de. **Sistema de Salud de Paraguay**. Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965939/13-25.pdf>

BAPTISTA, E. R. 2012. **Conhecimentos e práticas de cura em comunidades rurais amazônicas: recursos terapêuticos vegetais**. Manaus: Edua/Naea. 374 p

BRASIL. **Constituição Federal De 1988**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. **Lei 8.080/1990**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei de Migração n 13.445/2017**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

BRASIL. **Decreto nº 9.199/2017**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9199.htm

BVS/MS. **Portaria nº 1.820/09**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

BVSMS. **Declaração De Alma Ata Sobre Cuidados Primários**. Acesso em 28/08/21. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

CAPEZ, Fernando. **Direito Penal**. 21 ed. São Paulo. Saraiva – Educação. 2021

GARCIA, Leila Posenato. MARQUES, Gabriela Drummond da Silva. **Doenças Transmissíveis E Situação Socioeconômica No Brasil: Análise Espacial**. Acesso em 29/08/21. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7364/1/td_2263.pdf

CIDH. **Convenção Americana De Direitos Humanos**. Disponível em https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em 28/28/2021

CCMS SAÚDE. **Esculápio, o Deus da Medicina**. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/esculapio-o-deus-da-medicina>

ENAFRON. **Estratégia Nacional De Segurança Pública Nas Fronteiras. Ações e dificuldades encontradas para prover a devida proteção as fronteiras brasileiras**. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww2.camara.leg.br%2Fatividade-legislativa%2Fcomissoes%2Fcomissoes-permanentes%2Fcredn%2Farquivos%2Farquivos-de-apresentacoes-em-eventos%2F2011%2Facompanhar-e-esclarecer-as-acoes-e-dificuldades->

encontradas-para-prover-a-devida-protecao-as-fronteiras-brasileiras-1%2Fapresentacao-enafron&clen=1424954&chunk=true. Acesso de 10/11/2021

GEO. **Ponta Porã.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://terrabrasil.org.br/ecotecadigital/pdf/geo-ponta-pora.pdf>

GOV. Ministério Do Desenvolvimento Regional. **Cidades Gêmeas.** Disponível em <https://www.gov.br/mdr/pt-br/noticias/caceres-no-mato-grosso-e-incluida-na-lista-de-cidades-gemeas-brasileiras>. Acesso em 07/11/2021

GOV. **Receita Federal.** Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-no-cpf>. Acesso em 30/10/2021

GOV. **Receita Federal.** Disponível em <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?idAto=61197&visao=a-notado>. Acesso em 31/10/21

GOV – INFORMAÇÃO. **Portaria 652/21.** Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-652-de-25-de-janeiro-de-2021-300740786>

GOV. **Municipalidad de Pedro Juan Caballero.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://www.municipalidadpjc.gov.py/historia.php>

GOV. **Ley 1.032/1996.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud>

GOV. **Imprensa Nacional.** Disponível em https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10487129/do1-2018-04-16-acordo-sobre-documentos-de-viagem-e-de-retorno-dos-estados-partes-do-mercosul-e-estados-associados-10487125. Acesso em 03/11/2021

IBGE. **Cidades – Históricos.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/ponta-pora/historico>

IBGE. **Panorama.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/ponta-pora/panorama>

MARTINS, Flávio. **Curso de Direito Constitucional.** 2018. Ed. Saraiva. São Paulo.

MAPIOU. **Ponta Porã,MS - Divisa Brasil-Paraguai.** Disponível em <https://mapio.net/pic/p-110205926/>

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011

MERCOSUL. **Cidades.** Disponível em <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclcfindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.sindetur->

rij.com.br%2Ftabelas%2Flegislacao%2F2008RMI_Acordo01%5B1%5D.pdf&clic=29609&chunk=true. Acesso em 31/10/21

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ações e Programas – Cartão Nacional de Saúde.** Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude#:~:text=O%20Cart%C3%A3o%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,RG%2C%20Certid%C3%B5es%2C%20etc>). Acesso em 28/08/2021

MIRANDA, Jair Junior. **Conhecimentos.** Acesso em 28/08/2021. Disponível em <file:///E:/DIREITO/10%20SEMESTRE/TC%20II/244-Texto%20do%20artigo-955-1-10-20130912.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aceso a informação a ações e programas/ cartão nacional de saúde.** Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude>.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. **Ministério da Integração define conceito de cidades gêmeas.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://www.gov.br/secretariadegoverno/pt-br/portalfederativo/arquivos-privados/noticias/midias/ministerio-da-integracao-define-conceito-de-cidades-gemeas>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ser atendido pelo sistema Único de saúde.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Saude/Atencao-a-Saude/Ser-atendido-pelo-Sistema-Unico-de-Saude-SUS-jINDzmrq>

MUNDO TENTACULAR. **Criando múmias - os métodos egípcios de mumificação.** Disponível em <http://mundotentacular.blogspot.com/2020/03/criando-mumias-os-metodos-egipcios-de.html>

MRE – SISTEMAS. **Portaria Interministerial nº 8/2018.** Disponível em <https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/Cingapura/en-us/file/Portaria%2008-2018.pdf>

OHCHR. **Consultation, leis, documentos.** Disponível em <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/MHR/Consultation2010/Paraguay.pdf>. Acesso em 08/12/21.

PARLAMENTO MERCOSUR. **Acceso Gratuito a la salud para migrantes del merconsur en la agenda del PARLASUR.** Disponível em <https://www.parlamentomercosur.org/innovaportal/v/15898/1/parlasur/aceso-gratuito-a-la-salud-para-migrantes-del-mercosur-en-la-agenda-del-parlasur.html>. Acesso em 08/12/21.

PARLAMENTO MERCOSUR. **Documento.** Disponível em <https://www.parlamentomercosur.org/innovaportal/file/15898/1/rec.-18-2018.pdf>. Acesso em 08/12/21.

PUC SP. **Ações.** Revista Do Programa De Pós-Graduação Em Ciência Da Religião. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/ultimoandar/article/view/49715/pdf>. Acesso em 02/11/2021.

PGE/SP. **Convenção Americana De Direitos Humanos.** Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/san jose.htm> Acesso em 28/08/21.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Como obter o cartão do sus.** Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/pergunta/como-obter-o-cartao-sus/>

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **Atendimento pelo Sistema Único de saúde.** Disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Saude/Atencao-a-Saude/Ser-atendido-pelo-Sistema-Unico-de-Saude-SUS-jlNDzmrq>.

SCLiar, Moacyr. **História do conceito de saúde.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt>

SCLiar, Moacir. **O Nascimento Da Saúde Pública.** Acesso em 29/08/21. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/kDw45s4PtzzfWBr8LW3R5JK/?format=pdf&lang=en>

TERRA BRASIL. **GEO Ponta Porã.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://terrabrasil.org.br/ecotecadigital/pdf/geo-ponta-pora.pdf>

UNESCO. **Constitución de la República del Paraguay.** Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/py_3054.pdf Acesso em 19/09/21.

UNICEF. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos.** Acesso em 28/08/21. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Localização.** Acesso em 19/09/21. Disponível em <https://cPPP.ufms.br/localizacao/>

VIRUS DA ARTE. **Adão e Eva.** Ticiano (1550) Disponível em <https://virusdaarte.net/ticiano-adao-e-eva/>

APÊNDICE

APÊNDICE A

ESTADO	MUNICÍPIO
Acre	Assis Brasil
Acre	Brasiléia
Acre	Epitaciolândia
Acre	Santa Rosa do Purus
Amapá	Oiapoque
Amazonas	Tabatinga
Mato Grosso	Cáceres
Mato Grosso do Sul	Bela Vista
Mato Grosso do Sul	Corumbá
Mato Grosso do Sul	Coronel Sapucaia
Mato Grosso do Sul	Mundo Novo
Mato Grosso do Sul	Paranhos
Mato Grosso do Sul	Ponta Porã
Mato Grosso do Sul	Porto Murtinho
Paraná	Barracão
Paraná	Guaíra
Paraná	Foz do Iguaçu
Paraná	Santo Antônio do Sudoeste
Rio Grande do Sul	Aceguá
Rio Grande do Sul	Barra do Quaraí
Rio Grande do Sul	Chuí
Rio Grande do Sul	Dionísio Cerqueira
Rio Grande do Sul	Itaqui
Rio Grande do Sul	Jaguarão
Rio Grande do Sul	Porto Mauá
Rio Grande do Sul	Porto Xavier
Rio Grande do Sul	Quaraí
Rio Grande do Sul	Santana do Livramento
Rio Grande do Sul	São Borja

Rio Grande do Sul	Uruguaiana
Rondônia	Guajará-Mirim
Roraima	Bonfim
Roraima	Pacaraima

Fonte: GOV BR. disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/noticias/caceres-no-mato-grosso-e-incluida-na-lista-de-cidades-gemeas-brasileiras>. Acesso em 07/11

APÊNDICE B

**QUESTIONÁRIO FEITO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PONTA PORÃ/MS, NO DIA 15/05/2021**

A pesquisa será no intuito de conhecer como o Município de Ponta Porã está atuando no atendimento a estes estrangeiros, devido estar localizado em região de fronteira seca e ao fácil acesso de nacionais paraguaios em território brasileiro, à procura de atendimento médico, nos casos de COVID.

- 1- Há um protocolo especial para essa situação?
- 2- O atendimento está sendo realizado ou há o impedimento no atendimento a estes cidadãos estrangeiros?
- 3- Há um banco de dados que a Secretaria de Saúde de Município possua, onde há a alimentação destes atendimentos aos não nacionais?
- 4- Há uma estatística de quantos estrangeiros são atendidos por dia, mês ou ano na cidade, via SUS?
- 5 - Em relação aos "brasiguaios" que residem em Pedro Juan Caballero/PY, existe um protocolo especial de atendimento e cadastro no sistema de saúde Municipal?
- 6 - Há parceria entre os governos do Brasil e Paraguai, Ponta Porã e Pedro Juan Caballero no atendimento de estrangeiros?
- 7 - Devido ao fácil acesso entre os municípios, qual o entendimento do Município de Ponta Porã em evitar a disseminação da COVID-19 em território brasileiro?
- 8 - O Ministério da Saúde repassa um quantitativo financeiro separado para o atendimento de estrangeiros?
- 9 - O atendimento aos estrangeiros é apenas em caso de urgência/emergência ou é possível o atendimento em casos de tratamento e outros procedimentos comuns?
- 10 - Há parceria entre a Secretaria e a Polícia Federal no intuito de coibir que estrangeiros venham a utilizar o SUS?

APÊNDICE C

**QUESTIONÁRIO FEIRO PARA A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, NO DIA 30/10/2021**

A cidade de Ponta Porã faz fronteira seca com a cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero. Devido a livre circulação de pessoas entre as cidades, acaba ocorrendo o fato de inúmeros estrangeiros buscarem atendimentos não emergenciais, no sistema de saúde público brasileiro.

Gostaria de saber se há, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, alguma orientação sobre como se deve proceder, caso haja a ocorrência de estrangeiro não regularizado, busque atendimento médico-hospitalar no SUS?

Conforme a Lei nº 8.080/90, o SUS é universal. Porém, na região de fronteira, a incidência de estrangeiros buscando atendimento médico é alta.

Portanto, minha dúvida é se há portarias, normativas ou outras normas orientadoras para os gestores do SUS sobre a possibilidade de atendimento de estrangeiro não regularizado e que não possua visto específico para o tratamento médico.

APÊNDICE D**QUESTIONÁRIO FEITO PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, EM
02/11/2021**

Gostaria de saber, se há um percentual de atendimento médico de estrangeiros no SUS? Estou fazendo o Trabalho de Conclusão de Curso, cuja abordagem é o atendimento médico de estrangeiros no SUS, principalmente na cidade de Ponta Porã/MS. E às Portarias que regulamentam o atendimento e direitos do estrangeiro no sistema.

APÊNDICE E

**QUESTIONÁRIO FEITO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE PEDRO
JUAN CABALLERO/PARAGUAI, EM 17/11/2021**

1. O hospital atende apenas paraguaios?
2. Estrangeiros procuram atendimento médico neste hospital?
3. Há incidência de brasileiros que procuram atendimento médico aqui?
4. Quantos brasileiros utilizaram do sistema público de saúde do Paraguai no período de 2020 a 2021?
5. O Brasil auxilia financeiramente o Paraguai, quando um brasileiro é atendido no sistema público de saúde?