

# Integração e solidariedade: a emergência de uma Rede Internacional de saúde na fronteira trinacional

Integration and solidarity: the emergence of an International Health Network on the trinational border

Carlos Guilherme Meister Arenhart<sup>1</sup>, Alberto Durán González<sup>2</sup>

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1937-2050>. Professor. Doutorado. Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, Estado e Brasil.  
E-mail: [carlosmeistera@gmail.com](mailto:carlosmeistera@gmail.com)

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4203-9400>. Professor. Doutorado. Universidade Estadual de Londrina.  
E-mail: [betoduran@uel.br](mailto:betoduran@uel.br)

## RESUMO

Os sistemas de saúde em territórios fronteiriços possuem fragilidades nas ações da tríade gestão-planejamento-cuidado em saúde, como também na oferta de uma assistência integral. No caso da fronteira trinacional entre Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina, a situação é agravada pela inexistência de cooperação multilateral entre os Estados nacionais e intensa fragmentação das Redes de Atenção à Saúde locais. Objetivou-se realizar reflexão crítica sobre a emergência da construção de uma Rede Internacional. A metodologia pautou-se na pesquisa qualitativa em saúde coletiva, com escopo de ensaio teórico crítico-analítico. Os resultados indicam que a sociedade deve mobilizar-se para os desafios que se apresentam, combatendo barreiras simbólicas e institucionais. Para a construção da Rede Internacional, deve-se fortalecer a coprodução de vida entre lugares e o retorno destes diálogos nas instituições públicas, trazendo a pauta do financiamento e da gestão trinacional para a qualificação das políticas de saúde.

**DESCRITORES:** Saúde Pública. Áreas de Fronteira. Organização e Administração.

## **ABSTRACT**

Health systems in border territories face vulnerabilities in the management-planning-care triad, as well as in the provision of comprehensive care. In the case of the trinational border between Foz do Iguacu, Brazil; Ciudad del Este, Paraguay; and Puerto Iguazú, Argentina, the status quo is exacerbated by the lack of multilateral cooperation and the significant fragmentation of local Healthcare Networks. This study aimed to conduct a critical reflection on the need of an International Network. The methodology was based on qualitative research in collective health, adopting a critical-analytical theoretical essay approach. The results indicate that society must mobilize to address the challenges, overcoming symbolic and institutional barriers. To build the International Network, it is essential to strengthen the co-production of life among places and ensure these dialogues influence public institutions, bringing the agenda of financing and trinational management to enhance health policies.

**DESCRIPTORS:** Public Health. Border Areas. Organization and Administration.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUÇÃO

**A** fronteira trinacional entre Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina tem apresentado assimetrias na produção de uma saúde coletiva pública e de qualidade, na operacionalidade da cooperação técnica internacional<sup>1</sup> e na busca da superação de obstáculos da não harmonia entre as proteções sociais destas três nações. Entre um mix de seguridade social, assistência social e seguro social<sup>1,2</sup>, estes três países e seus sistemas de saúde constataam problemas na organização da oferta em saúde para a população residente na territorialidade fronteiriça.

Nesta espacialidade e territorialidade existe um predomínio do racionalismo econômico, tanto institucional como de linguagem, que se baseiam e legitimam a distância relacional que se estabelece no outro – eu. Facilmente é possível identificar, no âmbito da saúde pública do lugar, por exemplo, discursos simbólicos e institucionais que fortalecem rótulos de ‘estrangeiro, não nacional ou forasteiro’ e que impactam sobremaneira na produção de saúde e vida, do amor, da felicidade pública. Identifica-se neste âmbito também uma desigualdade social como marca da territorialidade, assim como em outras fronteiras do continente latino-americano e caribenho.

Os três Estados nacionais que conformam a fronteira organizam sua saúde pública de maneiras distintas entre si. No caso paraguaio, é no capítulo VI e artigo de número 68 que a Constituição prevê o direito à saúde. O Estado deve proteger e promover a saúde como direito humano<sup>3</sup>. No caso argentino, a carta magna sinaliza que é na relação de consumo que prevê o acesso à saúde do país, tendo os consumidores direito a proteção a saúde e a seguridade social<sup>1,4</sup>. E no caso brasileiro, o país estabelece na carta magna um sistema de seguridade social, constituído por saúde pública, previdência social e assistência social, e está na seção II a previsibilidade o direito à saúde, sendo este protegido mediante políticas sociais e econômicas.

Para a Organização Mundial da Saúde<sup>5</sup>, todas as pessoas possuem o direito à saúde e elas deverão usufruir deste, sem discriminação por motivos de idade, etnia, orientação sexual, religiosidade, nacionalidade entre outras condições. A negação da discriminação bem como a igualdade exigem que os Estados nacionais adotem novas medidas para reformular a legislação prática e políticas discriminatórias<sup>5</sup>.

A partir deste prisma de pensamento e reflexão, pode-se citar o pensamento de Hannah Arendt<sup>6</sup> na qual afirma que no mundo o outro/outra ou o próximo/próxima têm o seu lugar ao lado do 'eu'. Disto, resulta, portanto, numa equação de que eu devo amá-lo(a) como eu mesmo me amo, e neste âmbito do amor ao próximo, encontramos um amor que já não é somente desejo. Na fronteira trinacional, as linhas divisórias dos Estados nacionais não restringem na atualidade a livre circulação de pessoas, de afetos, de interesses, e outros elementos como o trânsito para as atividades de trabalho, estudos acadêmicos nas universidades e na compra e aquisição de medicamentos e produtos de todas as ordens.

Já ao nos apresentar o real significado da política, Arendt pontua que, sem dúvidas, sua verdadeira significação encontra-se na liberdade humana<sup>7</sup>. Desse modo, pontua-se que o ser-fazer saúde coletiva em território de fronteira internacional têm grande potencialidade existencial com ganhos nos projetos de vida e saúde da cidadania local e internacional, se o acesso aos sistemas de saúde dos três países estivesse pautado na universalidade e na saúde como direito humano inerente às pessoas, coletivos e sociedades fronteiriças e transfronteiriças.

A inquietação principal que balizou a construção deste ensaio foi de realizar uma reflexão crítica sobre a emergência da construção de uma Rede Internacional de Atenção à Saúde ao modo que esta possa se conformar em bases universalistas, resolutivas e humanas em suas ofertas de cuidado na fronteira trinacional, buscando compreender o lugar como conformação única e a oferta de saúde na perspectiva dos direitos humanos e da saúde internacional.

## **MÉTODO**

O desenho deste estudo sustenta-se na pesquisa social em saúde coletiva, com abordagem qualitativa e de estruturação de ensaio teórico-analítico. No primeiro momento de construção deste ensaio foi definido o objeto no formato de inquietação norteadora para posterior problematização e construção teórica-reflexiva. A pergunta que serviu de partida para este estudo foi 'é possível conceber e operacionalizar uma Rede Internacional de Atenção à Saúde na fronteira trinacional?'

O ensaio teórico analítico se configura mais por sua natureza interpretativa e reflexiva do que pelo endeusamento das técnicas tradicionais das ciências. Estudo<sup>8</sup>

demonstra que o ensaio valoriza aspectos relacionados às mudanças qualitativas que ocorrem nos objetos ou fenômenos analisados pelos ensaístas e ainda discorre que ensaio é o possível caminho para descobertas, “independentemente de sua natureza ou característica [...] não é instrumento da identidade entre sujeito e objeto, mas é meio para apreender a realidade, por renúncia ao princípio da identidade”<sup>8</sup>.

No momento da construção da inquietação principal, buscou-se amenizar os possíveis problemas teórico-metodológicos baseados no tempo e no espaço, focalizando a inquietação no arcabouço e na produção intelectual existente para a busca de pistas teóricas. Nestes casos a inquietação não deve ser tão ampla que permita apenas uma visão superficial e tampouco muito restrita que dificulte a compreensão e interconexões<sup>9</sup>.

O tratamento do material ocorreu pela leitura, reflexão e crítica pautando-se na historicidade social da saúde na fronteira trinacional, bem como movimentação teórica dos desafios e nós críticos que podem se apresentar na construção de uma possível Rede Internacional de Atenção à Saúde. Nos convida a refletir sobre a afirmação de que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”<sup>10</sup> (p.17). Afirma que o problema a ser estudado é resultado de determinado mergulho na vida real, ou seja, na existência.

Concorda-se que ao refletir sobre o método qualitativo em ensaios, desvela-se que “pesquisar nas abordagens qualitativas é criar e recriar os conhecimentos, é posicionar-se e movimentar-se no mundo, é buscar singularidades e especificidades sem ignorar as relações com questões mais amplas”<sup>11</sup> (p.135).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **DILEMAS PRESENTES NA CONFORMAÇÃO DA FRONTEIRA TRINACIONAL**

Antes de adentrar nos debates sobre a saúde e os processos loco regionais que conformam a conjuntura da fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai se faz importante resgatar alguns movimentos teóricos no âmbito das Relações Internacionais (RIs). Estudo importante<sup>12</sup> aborda em seus aspectos complexos e profundos das RIs e amplifica o debate em torno da epistemologia internacional e suas teorias, bem como os discursos e narrativas predominantes em cada escola das RIs no sistema-mundo. Importante assinalar que há conformações de escolas das RIs no

campo do realismo, liberalismo e suas vertentes, marxismo, economia política e pós colonialista.

Para tal, ainda se faz presente realizar rupturas da tríade força-poder-interesse para a discussão-norma-valores. Reforça, inclusive, que a paz, segurança e estabilidade são valores centrais destas escolas<sup>12</sup>. Outro estudo<sup>13</sup> sinaliza sobre questões relacionadas a atualidade da disputa do poder global e da ordem liberal dominante no sistema-mundo atual, bem como suas implicações para a América Latina e Caribe, em nosso caso, para a fronteira trinacional. O autor contextualiza que o neoliberalismo de práxis dos anos 90 na região latino-americana intensificou desigualdades na renda, riquezas e tecnologias dos povos do continente. Relata que “apesar de todos os avanços registrados na institucionalização regional, constata-se atualmente um processo de paralisia e posterior retrocesso, a partir de mudanças políticas no Brasil e de governos em alguns países da região”<sup>13</sup> (p.31).

Neste caso, chama a atenção para a agenda intencional de enfraquecimento sistemático da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), o empobrecimento do debate sobre a saúde coletiva no Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) e a extinção de estratégias direcionadas para as áreas de fronteira<sup>1</sup>.

Concordamos com as premissas de que as transformações geopolíticas e de governo na América Latina na última década trouxeram prejuízos viscerais para a garantia do direito à saúde como direito humano universal e, também, que “as mudanças de governo nos países da região acabaram levando a mudanças em suas políticas externas e de segurança, reforçando a nuance de que nos países da região prevalece uma política de governo, e não de Estado”<sup>13</sup> (p.32).

Assim, importante também se faz refletir sobre o multilateralismo necessário para que se conforme uma cooperação entre Brasil, Paraguai e Argentina que garanta a saúde como um direito humano às cidadanias que aqui vivem, além dos princípios como a solidariedade, reciprocidade e indivisibilidade, sendo esta última com a significação que todos os atores contribuiriam nos custos e no compartilhamento dos benefícios. Estudo classifica que “três ou mais Estados se engajam em cooperação multilateral quando as relações entre eles se baseiam em princípios que identificam conduta apropriada para uma série de ações, sem relação com os interesses particulares das partes”<sup>14</sup> (p.571).

Uma questão aqui se apresenta como um possível problema lógico é quando consideramos para a reflexão que os sistemas de proteção social e de saúde dos três

países analisados possuem bases distintas e concepções diferentes sendo estruturados num *mix* entre seguro, assistência e seguridade social<sup>15</sup>. Assim, como uma das problemáticas que surgem na prática teórica e na operacionalidade de uma possível Rede Internacional de Atenção à Saúde seria em como se harmonizaria a oferta de saúde da população tri-fronteiriça sem, ao menos atualmente, não se ter um diagnóstico da oferta e utilização dos serviços.

É preciso considerar que a rede de cuidados na região de fronteira internacional é impactada por diferentes fatores, como, por exemplo, a constituição do espaço transfronteiriço, as assimetrias das políticas públicas de saúde, as diferenças sociais e econômicas das populações, os sentidos atribuídos pela população à saúde e à doença e as instituições públicas presentes nesses espaços.

Ao se debruçar sobre as condições de vida e a disponibilidade de serviços de saúde nas fronteiras do Brasil, um estudo<sup>16</sup> discorreu que há diversas assimetrias colocadas no cotidiano das populações fronteiriças, ao modo que se organizam de alguma forma para terem acesso aos sistemas de proteção social. “As populações das zonas de fronteira vivem essas assimetrias de modo particular, estabelecendo estratégias para superar os obstáculos postos pelo limite internacional”<sup>16</sup> (p.238).

Desse modo, ressaltamos que o limite internacional colocado pelos Estados nacionais, neste caso, não são barreiras intransponíveis quando o tema é a atenção à saúde. Defende-se que o território construído e edificado nesta localidade não se estanca pelos rios Paraná e Iguaçu e, tampouco, se conforma apenas como uma paisagem. O território trinacional é vivo, dinâmico, complexo e possui singularidades na ordem das desigualdades socioespaciais. As assimetrias dos sistemas de saúde de um ou outro lado da fronteira impactam sobremaneira o viver destes povos, especialmente pela intensa exploração econômica na qual estão submetidas as cidadanias locais<sup>17, 18, 19</sup>.

Em ‘Pensando o Espaço do Homem’<sup>17</sup>, há a indicação filosófica complexa sobre o Espaço que une e que separa, afirmando que com a mundialização da sociedade, o espaço tornou-se possibilidade de uma utilização global e, entretanto, sua utilização ficou reservada àqueles cidadãos/ãs que dispõem de capital particular e que, com isso, a ideia de propriedade privada reforçou-se. Já em ‘Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal’<sup>18</sup> há a contextualização da violência do dinheiro e como a internacionalização do capital agrava as desigualdades socioespaciais. Nesse sentido, narra o autor que “[...] se o dinheiro em estado puro se

tornou despótico, isso se deve também que tudo se torna um valor de troca [...] a monetarização da vida cotidiana ganhou enorme terreno nos últimos 25 anos [...]”<sup>18</sup> (p.44).

As autoras de uma pesquisa considerada como marco para a saúde das regiões de fronteiras internacionais<sup>17</sup> revelou que não há registro sobre o atendimento da cidadania transfronteiriça nos sistemas locais de saúde. Para estas pesquisadoras, “Ainda que na percepção dos gestores a procura de estrangeiros por serviços do SUS seja elevada, gerando dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, esta demanda não é dimensionada<sup>17</sup> (p.257). Aqui trazemos outro possível tensionamento, pautado especialmente pela ineficiência dos sistemas de informação em saúde (SIS) que não conseguem mensurar a demanda de atendimento de um ou outro lado da fronteira trinacional quando o tema é assistência, cuidado e vigilância em saúde.

Ao analisarem a saúde coletiva nas fronteiras, especialmente no acesso de não nacionais e de brasileiros não residentes à política social de saúde local, afirmam que:

“Os processos de integração descortinam a exigência de se repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos econômicos em espaços internacionais. Assim, o debate, hoje, sobre o tema dos direitos sociais e de saúde não se restringe aos limites dos Estados-nações, mas alarga-se para os blocos regionais, na esteira das exigências econômicas, conformando novos espaços de regulação”<sup>17</sup> (p.252).

Assim, algumas barreiras podem ser citadas para que se efetive o pleno direito à saúde nestas localidades, como, por exemplo, dificuldades de comunicação entre equipes de saúde e usuários no tocante a linguística; impedimentos da ordem do acesso, onde algumas normas exigem a apresentação de comprovante de residência para garantir o atendimento; a escassa oferta de infraestrutura, talentos humanos e equipamentos de densidade tecnológica de média e alta complexidade em saúde; discursos e ações pautados pela xenofobia; ausência de cooperação internacional nas políticas públicas, na oferta e na regulação do acesso e da atenção integral, como também ausência de planejamento estratégico situacional e da compreensão da realidade socioepidemiológica, entre outros.

Na consolidação do que se propõe o Mercosul, ainda falta avançar na prestação de serviços públicos e universais de saúde, na questão das vigilâncias em saúde para a prevenção da disseminação de doenças e agravos nas fronteiras, e as

assimetrias dos sistemas de regulamentação técnica e medidas sanitárias entre os países membros<sup>20</sup>.

No sentido de superar as barreiras, são inúmeros os motivos que levam às pessoas residentes em Foz do Iguaçu, Cidade do Leste e Puerto Iguazú a transitarem para ter acesso a saúde pública. Pode-se citar, por exemplo, a oferta de medicamentos gratuitos, melhor assistência, melhor qualidade de serviços no país vizinho e uma atenção mais qualificada e humanizada.

## **FEDERALISMO, ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE**

A relação que se estabelece entre a engenharia institucional do Estado moderno e seus impactos na construção de políticas sociais de saúde precisam ser examinadas para melhor compreensão de como os resultados dos sistemas de saúde podem intervir na condução da agenda de políticas específicas para a região tri-fronteiriça. Para determinado autor do campo<sup>21</sup>, as principais características que atuaram na história sobre a Estrutura do Estado, sociedade e sistema político são a escravidão; a violência e submissão; o patriarcado; um cenário misto onde as instituições religiosas e o Estado se confundem; o patrimonialismo; o coronelismo e, por fim, frágeis processos de democratização ao longo da história do país.

Outro estudo importante<sup>22</sup> discute notas críticas à literatura sobre o Estado, Políticas Estatais e atores políticos afirmando que as décadas de 1970 a 1980 representaram grandes transformações em diversas áreas da vida social e uma intensa mudança no âmbito das ciências sociais. Destaca os seguintes pontos: a) Sindicatos de trabalhadores perdem força; b) Indústria das finanças ficam em evidência; c) Estados nacionais tiveram seus poderes alterados; d) Houve um esgotamento dos modelos macroteóricos, e) Ocorre uma convergência de olhares, onde o Estado e seu papel na condução de políticas é alocado no prisma da análise teórica; f) Há limites postos pela globalização da economia e pelo ataque neoliberal às estruturas do Welfare State.

Ainda, este estudo<sup>22</sup> relata que o Estado e os atores pressupõem que o Estado tem um caráter de classe, onde há uma subordinação do Estado frente ao capital. O Estado, portanto, é um filtro contra as políticas que enfraquecem e prejudicam a acumulação capitalista. Dentre as análises do autor, o Estado possui uma autonomia relativa pois ele representa um órgão de classe, existindo uma manobra para a

realização de ações burguesas que não entrem em choque com os interesses dos capitalistas.

Nos desafios da operacionalidade, da democratização e da reforma política, outro autor<sup>23</sup> contextualiza que a organização política territorial do poder é um dos aspectos mais importantes para o funcionamento das democracias contemporâneas. Para este autor, “a expansão e complexificação do Estado moderno tornaram mais relevante ainda a questão da organização política-territorial do poder”<sup>23</sup> (p.228). Neste sentido, “a demanda pela autonomia dos governos subnacionais também cria espaços de atuação dessas unidades no plano político nacional, alterando assim o desenho geral do sistema político nacional”<sup>23</sup> (p.229). Nesse contexto, afirma também que o Estado federado, no caso do Brasil, deriva da formação de uma nação onde a soberania é compartilhada entre governos centrais e subnacionais e a principal regra é a busca pela compatibilização do autogoverno com a interdependência.

A partir deste prisma de análise, um estudo<sup>24</sup> analisa o desempenho e padrão de governo em trinta e seis países, pontuando a divisão de poder e as dualidades entre Estado federal e unitário e modelo centralizado e descentralizado. Discorre que o Federalismo vem ligado com a ideia de descentralização, onde ocorre a divisão de poder entre governo central e governos regionais, adotando-se o federalismo em sociedades plurais e territórios extensos.

Neste âmbito relacional entre governos subnacionais e governos centrais, está uma grande dualidade para a saúde em região de fronteira internacional. São vários motivos que congregam esta complexidade de relação, entre elas, citamos a ausência de políticas fortes de financiamento nos sistemas de saúde dos três lados da fronteira, um modelo de atenção à saúde que opera ainda na lógica do hospital como centro da RAS, além de ociosos processos de gestão do trabalho e educação na saúde.

Ao refletir sobre o balanço dos processos de descentralização e regionalização da Política de Saúde no período de 1990 a 2010, estudo<sup>25</sup> informa que “a análise das políticas federais desenhadas ao longo dos anos 1990 e 2000 permite aferir o descompasso entre os processos de descentralização e regionalização”<sup>25</sup>(p.89). Para esta autora, a década de 1990 pode ser considerada como um exemplo de como os governos municipais no tocante à saúde coletiva ganharam autonomia, mesmo que a regionalização tenha se destacado tardiamente.

Desse modo afirma que se analisarmos as funções delegadas à União, Estados e municípios na política de saúde, é possível notar que há uma ausência de

responsabilidades definidas em diversas áreas das políticas sociais de saúde. Defende que há um excesso de normas e diretrizes em algumas áreas, como a assistência à saúde, e deficiência em outras, como a formação de talentos humanos para a saúde<sup>25</sup>. Adentrando no debate sobre o pacto federativo e o desafio da regionalização de políticas públicas, concorda-se com autor<sup>26</sup> que afirma que “se o Estado já obteve alguns importantes resultados na política de proteção e seguridade sociais, tem sido pouco capaz em colocar em sua agenda a promoção do combate às desigualdades regionais”<sup>26(p.163)</sup>. E são nestas desigualdades regionais e loco regionais que as fronteiras do Brasil com países da América Latina se encontram na atualidade.

### **A EMERGÊNCIA DE UMA REDE INTERNACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE NA FRONTEIRA TRINACIONAL**

Nenhum lugar sozinho, considerando a escala demográfica e social de cidades de pequeno e médio porte, é capaz de assegurar aos seus municípios todas as necessidades de saúde coletiva/pública, e, por isso, o sistema de saúde do lugar deve estar integrado através de Região de Saúde (RAS) para que se fortaleça a promoção da equidade federativa na saúde. É a partir dessa integração dos serviços ofertados pelos entes públicos que será possível assegurar a integralidade da atenção<sup>27</sup>.

Ao definirem conceitualmente Redes, estes autores informam que um sistema de rede de organizações tem como elemento decisivo a utilização de tecnologias da informação e a junção destas permite uma constituição de relações, ou seja, as redes podem ser organizadas tanto no âmbito social, como cultural, econômico ou de prestação de serviços<sup>30</sup>. Para eles, “na área pública, há anos tenta-se estruturar redes de serviços como uma forma de garantir a efetividade de políticas públicas, uma vez que já se demonstrou a exaustão do modelo burocrático”<sup>27 (p.30)</sup>. As RAS, portanto, têm como objetivo principal promover a coordenação da assistência e atenção à saúde entre os diversos profissionais e organizações envolvidos na prestação de serviços nos sistemas de saúde.

Estas redes permitem que os serviços de saúde sejam organizados de forma mais eficaz e eficiente, pois possibilitam a integração dos serviços, permitindo que a cidadania seja atendida de forma mais completa e contínua. As redes de atenção à saúde, quando bem desenhadas e operacionalizadas, também contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ao possibilitar que os profissionais de

saúde e as organizações mantenham um fluxo contínuo de informações sobre os pacientes, possibilitando o compartilhamento de conhecimento e o desenvolvimento de novas tecnologias e técnicas de atendimento.

Este estudo<sup>27</sup> brinda para o campo da saúde coletiva informações sobre as vantagens e riscos da construção e operacionalização de redes na arena pública. Através de suas análises técnicas, construiu-se e adaptou-se os riscos e vantagens conceituais e operacionais para a realidade na saúde coletiva transfronteiriça entre Argentina, Brasil e Paraguai:

**Quadro 1.** Riscos e Vantagens de uma possível Rede Internacional de Atenção à Saúde na fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai.

<b>RISCOS</b>	<b>VANTAGENS</b>	<b>IMPACTO NA SAÚDE COLETIVA TRANSFRONTEIRIÇA*</b>
Descentralização concentrada	Democratização do conhecimento	Entes subnacionais integrados, ativos na construção de políticas de saúde próprias para o cuidado ao cidadão transfronteiriço.
Fragmentação da autoridade	Cooperação	Instituições de saúde articulando solidariamente a tomada de decisão na condução das estratégias de melhoria das condições de saúde.
Perda de controle de processos	Planejamento integrado	Planejamento Integrado Internacional Regional, através dos perfis epidemiológicos, da análise de situação de saúde nos três lados da fronteira.
Individualismo e personalismo	Otimização dos recursos	Harmonização e horizontalidade a longo prazo das correlações de forças institucionais, gerando novas lideranças para a saúde coletiva trinacional.
Conflitos permanentes	Negociação/Consenso	Liderança da RAS cooperada, pautada em negociação permanente entre os atores políticos e técnicos da gestão

		dos sistemas de saúde coletiva da região trinacional. Instituição de uma Câmara Técnica Trinacional.
Desequilíbrio de poder	Conhecimento das múltiplas realidades	Abertura de espaços para um poder local internacional, preparado éticamente para representar os interesses de saúde do cidadão transfronteiriço.
Negociação infundável	Solidariedade e compartilhamento	Aproximação das instituições de saúde, trabalhadores da saúde e gestores dos três lados da fronteira, exercitando a co-vizinhança e a troca de experiências gestoras.

Fonte: Criação dos autores através da elaboração de Santos e Andrade (2013).

É no decreto 7.508 de 2011, no Brasil, que se regulamenta a principal lei orgânica do SUS, a lei 8.080/90 e traduz as normativas que devem ser seguidas na organização do sistema de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa da política pública de saúde do país. É no seu artigo 7º que há a configuração das RAS na saúde pública do Brasil<sup>28</sup>. Neste decreto, há a previsão de que os entes federativos definirão alguns elementos da RAS, como, por exemplo, seus limites geográficos, população usuária das ações e serviços, rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços<sup>28</sup>.

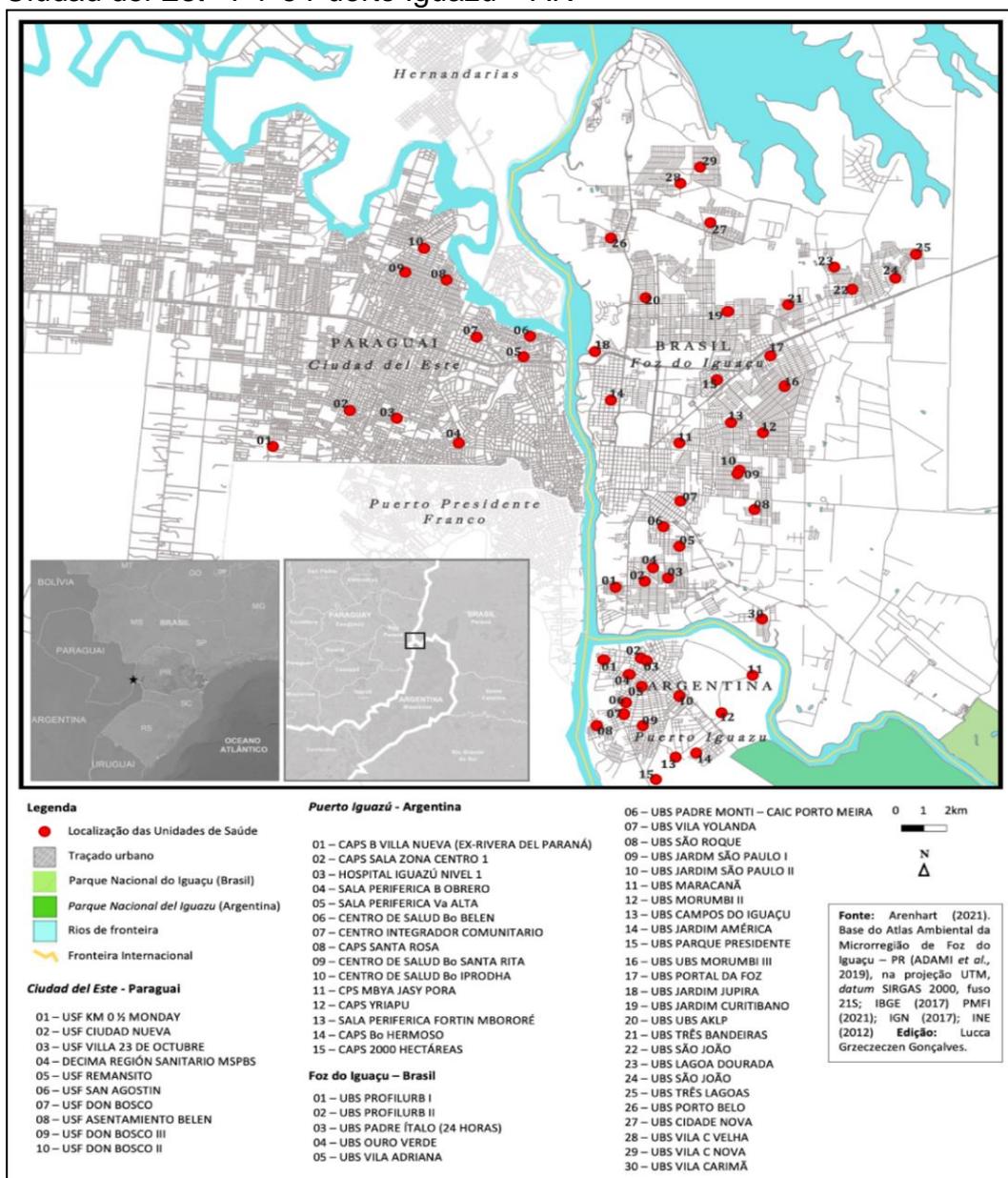
Estudo recente<sup>29</sup> destaca três argumentos que são fundamentais para que se entenda a construção de RAS no Brasil. São eles: aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas, maior perspectiva de avanços na integralidade e a construção de vínculos e custos crescentes no tratamento de doenças<sup>29</sup>. Para estes dois autores, as RAS podem ser definidas como algo que “representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-a sistematicamente para que diferentes densidades tecnológicas estejam articulados para o atendimento integral”<sup>28 (p.85)</sup>.

A rede internacional aqui sob análise necessita de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por

meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”<sup>30</sup> (p.53).

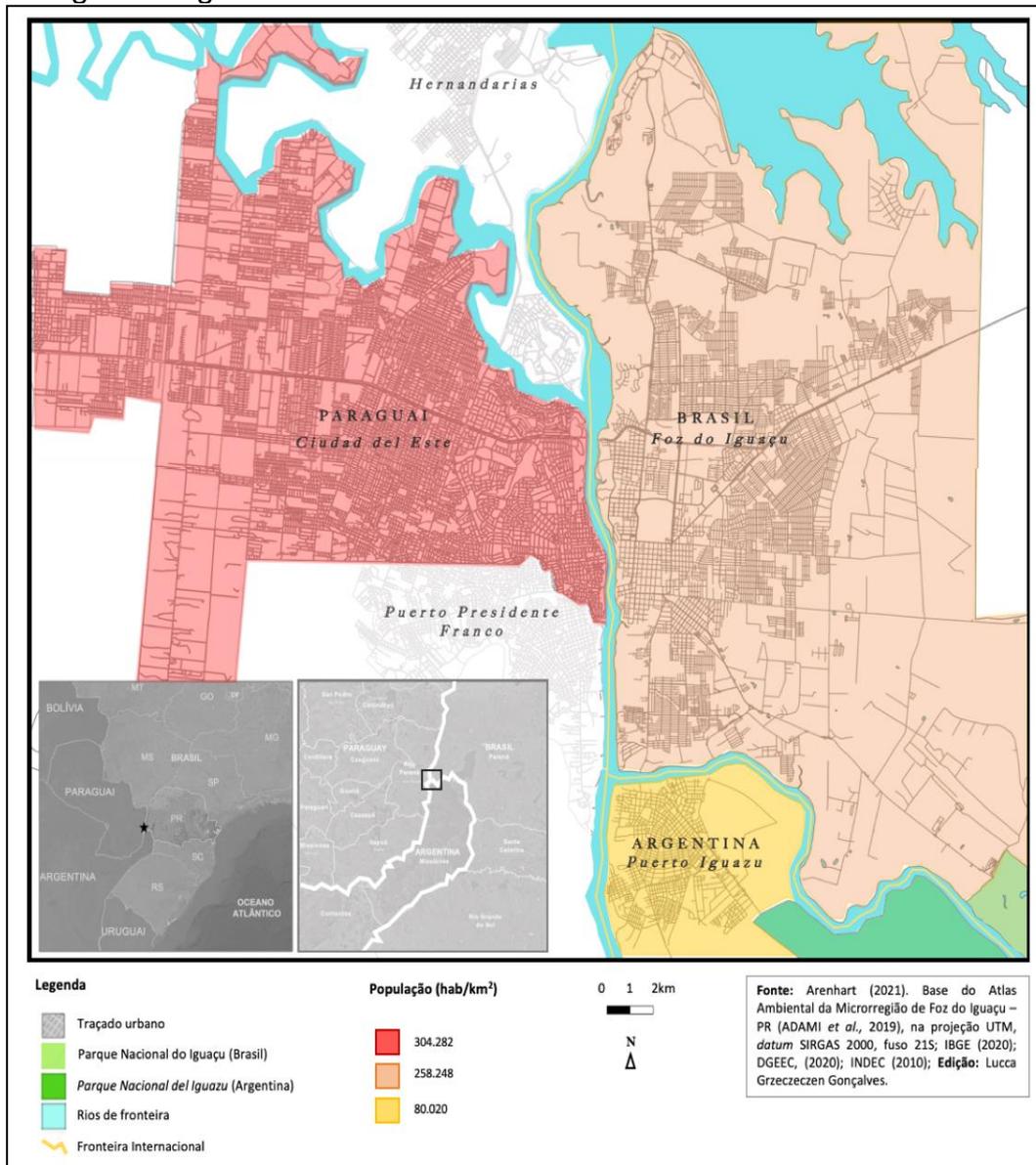
Para o CONASEMS<sup>30</sup> (p.53) “atenção Básica coordenadora ou gestora do cuidado e ordenadora da rede e participe da regulação, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica”. Dessa forma, a RAS pode ser vista aqui como uma estratégia de consolidação da organização e gestão dos sistemas de saúde, podendo ser mensurada através do impacto na atenção prestada aos usuários e também na qualidade da atenção à saúde ofertada.

**Figura 1.** Mapa das Unidades de Saúde geo-localizadas em Foz do Iguaçu - BR, Ciudad del Est - PY e Puerto Iguazu – AR



Fonte e Elaboração: Arenhart e Grzecczezen (2021)

**Figura 2.** Mapa das populações nos países de fronteira trinacional entre Brasil, Paraguai e Argentina



Fonte e elaboração: Arenhart e Grzeczeczen (2021)

A integração dos serviços de saúde hoje existente na fronteira trinacional ocorre de maneira precária, com pouca ou inexistente articulação entre si. Isto decorre de fatores históricos, da fragilidade dos processos de gestão em saúde e do protagonismo desestruturado de lideranças institucionais no processo de operacionalização da paradiplomacia em saúde para a população transfronteiriça.

Neste sentido, há uma reflexão crítica que precisa ser colocada em pauta nas agendas públicas dos três Estados nacionais e seus entes subnacionais: quem exercerá a liderança institucional e como se promoverá a governança, no caso da criação de uma Rede Internacional de atenção à saúde? Qual é o papel do

MERCOSUL? Qual seriam as atribuições das três municipalidades? E quais seriam as atribuições dos demais entes federados? Como se estimularia a paradiplomacia em formato longitudinal? Como promover o financiamento das políticas, programas e ações de saúde neste espaço-entre?

O diálogo para a análise da portaria de número 4.279/2010 traz ao debate diretrizes orientadoras e estratégias no processo de implementação de uma RAS. Destaca-se as seguintes diretrizes da RAS: a) Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção; b) Rever e ampliar a política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população estratificada; c) Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico; d) Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades loco regionais, identificando os principais agravos e condições; e) Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional e f) Redefinir e reforçar o financiamento da APS no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

## **CONCLUSÃO**

O território tri-fronteiriço possui capacidade institucional, técnica e política para operacionalizar estudos e articulações interfederativas e internacionais para analisar a possível construção de uma Rede Internacional de Atenção à Saúde.

Acredita-se que seja necessário ampliar o debate sobre as consequências e os impactos da ausência de integração entre os sistemas de saúde da Argentina, Brasil e Paraguai e como isto resulta nas condições de saúde da população transfronteiriça. As assimetrias legislativas poderiam ser superadas com projeto pautado no multilateralismo e na cooperação Sul-Sul, em defesa do direito humano à saúde e com valores solidários entre as sociedades que compõe a fronteira trinacional.

Se faz necessário coesão nos diálogos regionais sobre a fronteira, compreensão ampla das singularidades locais e a própria tensão dentro da busca pela consolidação dos direitos sociais de saúde, nas quais estes devem buscar edificar o

coeficiente de paz, segurança e estabilidade na conformação desta integração para que, assim, se consiga ampliar a lógica da saúde para todas e todos.

A possibilidade da criação desta Rede na fronteira trinacional necessita partir da radicalidade num movimento transformador entre os sistemas de saúde da territorialidade, garantindo a vida no mundo e a existência como molas impulsionadoras, sustentando que a ação da cidadania nos cuidados em saúde demonstre um novo mundo possível para estes sistemas, na qual a sustentabilidade e a universalidade necessitam ser lógicas centrais nestes movimentos.

Como necessidades emergentes para a constituição desta Rede, se faz necessário além de criar a necessidade da agenda pública, romper com as imobilizações institucionais historicamente examinadas nos três sistemas de saúde quando se discute saúde internacional e as singularidades do território transfronteiriço.

## **Agradecimentos**

Agradecemos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutoramento concedida e às existências das fronteiras internacionais da América Latina e Caribe que se corresponsabilizam pelo cuidado, justiça social e saúde coletiva nestes territórios.

## **REFERÊNCIAS**

1. Aikes S, Rizzotto MLF. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. Saude soc [Internet]. 2020;29(Saude soc., 2020 29(2)):e180196. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180196>.
2. Fleury S. Estado Sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. Available from: <https://books.scielo.org/id/jm5wd>
3. Paraguai. Constituição (1992). Constituição da República do Paraguai. Asunción, PY, 1992. Disponível em: <https://www.siteal.iiep.unesco.org/pt/bdnp/993/constitucionrepublica-paraguay.py> Acesso em: 14 fev 2023.
4. Argentina. Constituição (1994). Constituição da República da Argentina. Buenos Aires, AR, 1994. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0039.pdf>. Acesso em: 15 fev 2023.
5. Organização Mundial da Saúde OMS. Salud y Derechos Humanos. Disponível em Salud y derechos humanos (who.int). Acesso em 06 mar 2022

6. Arendt H. O conceito de amor em Santo Agostinho. Coleção Pensamento e Filosofia, Tradução de Alberto Pereira Dinis. Instituto Piaget, Lisboa. Portugal, 1997.
7. Arendt H. A promessa da política. Rio de Janeiro: Tradução de Pedro Jorgensen Jr. Editora DIFEL, 2012.
8. Meneghetti FK. O que é um Ensaio-Teórico? Revista de Administração Contemporânea, 15(2), 320-332. (2011). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/4mNCY5D6rmRDPWXtrQQMyGN/>.
9. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. Ciênc. saúde coletiva, 2012 17(3), mar. 2012. Acesso em 14 de fev de 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/>
10. Minayo MCS (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
11. Grippa DW. Pesquisa qualitativa: O caminho se faz ao caminhar. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.8, n.3, p.130-135, 2017. Acesso em 14 de fev 2023. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4749>
12. Castro T. Teoria das Relações Internacionais. Brasília: Funag/Itamaraty, 2012.
13. Padula R. A disputa de poder global e a ordem liberal no século XXI. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://homologacao-saudeamanha.icict.fiocruz.br/textos-discussao/td-58-a-disputa-de-poder-global-e-a-ordem-liberal-no-seculo-xxi/>
14. Peterson J, Caroline B. Making Multilateralism Effective: Modernising Global Governance. In: Bouchard, C.; Peterson, J.; Tocci, N. Multilateralismo no século XXI: a busca da Europa pela eficácia. London: Routledge, 2013.
15. Fleury S e Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. 52 Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012
16. Peiter, PC. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, Supl. 2, p. S237-50, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JvM7BRg8ZJgwqyMxNWBw9zv/>
17. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damacena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-66, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c3dJ5WtjKZZw5JyvV/CN93fB/?lang=pt>

- 18.Santos M. O espaço do cidadão. 7. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.
- 19.Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2015.
- 20.Mercosul. A Saúde no Mercosul. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mercosul.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mercosul.pdf). Acesso em: 30 jul. 2022
- 21.Carvalho JM. Fundamentos da política e da sociedade brasileiras. In: AVELAR, L.A; CINTRA, A.O. (orgs). Sistema Político brasileiro: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp, 2004. p.21-33.
- 22.Marques EC. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. Revista BIB, 43: 67-102, 1997.
- 23.Abrucio FL. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M.V.; KERCHE, F.; VANNUCHI, P. (Org.) Reforma Política e Cidadania. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-243.
- 24.Lipjhart A. Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p. 213-225. Disponível em: <https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/6021>
- 25.Lima LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 271 p. Isbn 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books.
- 26.Brandão C. Pacto federativo, reescalonamento do Estado e desafios para a integração e coesão regionais e para legitimar políticas de desenvolvimentos regional no Brasil. In: Brandão C.; Siqueira, H. (organizadores). Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 163-174. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2020/10/DOC\\_0013-2.pdf](https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2020/10/DOC_0013-2.pdf)
- 27.Santos L, Andrade OM. Redes no SUS: marco legal. In Silvio Fernandes da Silva, organizador. Redes de Atenção à Saúde no Brasil: desafio da regionalização no SUS. Campinas: Ed. Saberes, 2013.
- 28.Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Brasília, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)

- 29.Silva SF, Júnior HMM. Redes no SUS: marco legal. In Silvio Fernandes da Silva, organizador. Redes de Atenção à Saúde no Brasil: desafio da regionalização no SUS. Campinas: Ed. Saberes, 2013
- 30.Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Saúde e Regionalização da Saúde e Posicionamentos e Orientações Brasília: Conasems; 2019.

RECEBIDO: 28/01/2025  
APROVADO: 14/05/2025